VIII LECCIONES EN ACTUALIZACIÓN Y FORMACIÓN SANITARIA

Ciencia Sanitaria.es

SOCIFOSA
Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria
Socifosa.es

VIII Lecciones en Actualización y Formación Sanitaria

Ciencia Sanitaria.es

SOCIFOSA
Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria

VIII Lecciones en Actualización y Formación Sanitaria

Fecha de publicación: 16 de agosto de 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: 978-84-19560-80-3

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1 **MANEJO DE LA DISFUNCIÓN TIROIDEA EN GESTANTES**
ELENA LÓPEZ VIESCA 3

2 **CALIDAD DEL SUEÑO EN LAS PERSONAS MAYORES**
MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO, CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ, PAULA CUETO CANTERO, AIDA NAVAS SIERRA Y MªJESÚS FERNÁNDEZ CONDE 9

3 **CONTENCIONES MECÁNICAS EN PERSONAS MAYORES: PRINCIPIOS BIOÉTICOS**
MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO, CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ, PAULA CUETO CANTERO, AIDA NAVAS SIERRA Y MªJESÚS FERNÁNDEZ CONDE 13

4 **ACUPUNTURA: UNA ALTERNATIVA PARA ALIVIAR EL DOLOR ONCOLÓGICO**
MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO, CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ, PAULA CUETO CANTERO, AIDA NAVAS SIERRA Y MªJESÚS FERNÁNDEZ CONDE 19

5 **PROCEDIMIENTO DE LA MEDICIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO**
ALICIA VALENZUELA GÓMEZ Y PAULA PÉREZ SOLER 25

6 **ACTITUD ANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
PAULA FERNÁNDEZ TOLOSA 31

7 **MEJORA EN LA SALUD MENTAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD CON LA PRÁCTICA DE YOGA**
PAULA PÉREZ SOLER Y ALICIA VALENZUELA GÓMEZ 37

8 **LA IMPORTANCIA DE LA POSTURA EN LA LACTANCIA MATERNA**
ANDREA BRAVO CARRILERO, MIRIAM MORENO MANRIQUE, ANA ROBLES CAMPILLO, RAQUEL MUELA RODRIGUEZ Y ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE 41

9 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CAMBIO DE CÁNULA AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO**
ANDREA BRAVO CARRILERO, MIRIAM MORENO MANRIQUE, ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE, ANA ROBLES CAMPILLO Y RAQUEL MUELA RODRIGUEZ 47

10 **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL PRODUCIDAS POR VIRUS**
GEA NELIA CHUMILLAS PEREZ 53

11 **EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**
CARMEN CALIXTO PEREZ, NATALIA SERNA VILLAMAYOR, AITANA SERRANO BUITRAGO, PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS Y CARMEN BARBA SANCHEZ 67

12 **EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL FALLECIMIENTO (EXITUS) DE UN PACIENTE**
AITANA SERRANO BUITRAGO, PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS, CARMEN BARBA SANCHEZ, CARMEN CALIXTO PEREZ Y NATALIA SERNA VILLAMAYOR 73

13 **ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS EN EL CÁNCER DE MAMA**
PAULA GARCÍA TUÑÓN 77

14 **DIÁLISIS PERITONEAL. LA IMPORTANCIA DE UN BUEN ENTRENAMIENTO PARA SU REALIZACION Y MINIMIZAR POSIBLES COMPLICACIONES**
INMACULADA RODRIGO CAMACHO, NOELIA RIVERA TEJERO, FADWA EL BALGHITY MOUATADIR Y VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO 85

15 EL PAPEL FUNDAMENTAL DEL ENFERMERO EN EL CUIDADO INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON DOLENCIAS Y CIRUGÍA DE CADERA: UNA REVISIÓN DE LA EVIDENCIA
ELENA FERRER ALVADO, MARTA GARCÍA QUINTANILLA Y ROSA MARIA APARICIO SANCHEZ 91

16 IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE PADECEN DE UNA OSTOMÍA CON ALTO DÉBITO
ELENA FERRER ALVADO, MARTA GARCÍA QUINTANILLA Y ROSA MARIA APARICIO SANCHEZ 97

17 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
ELENA FERRER ALVADO, MARTA GARCÍA QUINTANILLA Y ROSA MARIA APARICIO SANCHEZ 103

18 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA CATETER ARTERIAL: INDICACIONES Y POSIBLES COMPLICACIONES
INMACULADA RODRIGO CAMACHO, NOELIA RIVERA TEJERO, FADWA EL BALGHITY MOUATADIR Y VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO 109

19 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN
MARIA DE LOS ANGELES RIOS GIL 115

20 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA
CARMEN BARBA SANCHEZ, CARMEN CALIXTO PEREZ, NATALIA SERNA VILLAMAYOR, AITANA SERRANO BUITRAGO Y PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS 119

21 AVANCES EN LA TERAPIA GÉNICA Y SU APLICACIÓN EN ENFERMEDADES HEREDITARIAS
SARA MELLADO GARCIA, LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE Y ALEJANDRO BÓGALO GALLEGO 123

22 **DRUNKORESIA, UN NUEVO TRANSTORNO ALIMENTICIO**
ALEJANDRO BÓGALO GALLEGO, LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE Y SARA MELLADO GARCIA **127**

23 **PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH (PSH)**
MIREN MIRARI GOYOGANA ALCIBAR **131**

24 **OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO Y GESTIÓN POR EL ENFERMERO EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO**
INMACULADA RODRIGO CAMACHO, NOELIA RIVERA TEJERO, VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO Y FADWA EL BALGHITY MOUATADIR **135**

25 **CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES**
MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ, CRISTINA LÓPEZ GARCÍA, CLARA COMPANY GARCÍA, NATALIYA TYUKALOVA Y MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ **141**

26 **CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CONJUNTIVITIS INFANTIL**
MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ, CRISTINA LÓPEZ GARCÍA, CLARA COMPANY GARCÍA, MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ Y NATALIYA TYUKALOVA **145**

27 **EL PERSONAL DE ENFERMERÍA GRUPOS DE RIESGO EN LA REACCIÓN ALÉRGICA AL LÁTEX**
MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ, MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ, NATALIYA TYUKALOVA, CRISTINA LÓPEZ GARCÍA Y CLARA COMPANY GARCÍA **149**

28 **BRONCOASPIRACIÓN EN PACIENTE CON PATOLOGÍA TUMORAL DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**
LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE, ALEJANDRO BÓGALO GALLEGO Y SARA MELLADO GARCIA **153**

29 EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES DE ALTO FLUJO NASAL EN URGENCIAS
IVAN POVEDA CANTERO, MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ, NATALIA CAVA RUIZ, MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ Y LAURA RAMIREZ MUÑOZ 159

30 LOS CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON UNA FRACTURA DE CADERA
IVAN POVEDA CANTERO, MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ, NATALIA CAVA RUIZ, MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ Y LAURA RAMIREZ MUÑOZ 163

31 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE LA TIROIDES
IVAN POVEDA CANTERO, MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ, NATALIA CAVA RUIZ, MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ Y LAURA RAMIREZ MUÑOZ 167

32 USO DE SACAROSA EN LA CURACIÓN DE HERIDAS DE ORIGEN VASCULAR
LIDIA LÓPEZ BARBERO 171

33 TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN LA CURA DE HERIDAS: VENTAJAS E INCONVENIENTES
LIDIA LÓPEZ BARBERO 175

34 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LAS URGENCIAS HIPERTENSIVAS
MARINA GUILLEM SÁNCHEZ, ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO, JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN, CARMEN RAMIREZ ROSILLO Y ALBA GOMEZ DIAZ 181

35 ALIMENTANCIÓN EN EL LACTANTE, PERIODO PREESCOLAR Y ESCOLAR
MARINA GUILLEM SÁNCHEZ, ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO, JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN, CARMEN RAMIREZ ROSILLO Y ALBA GOMEZ DIAZ 185

36 TÉCNICA CONTINUA DE REEMPLAZO RENAL: HEMOFILTRACIÓN
ANA PARRA ARRIBAS 189

37 PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DIABETES MELLITUS
MARINA GUILLEM SÁNCHEZ, ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO, JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN, CARMEN RAMIREZ ROSILLO Y ALBA GOMEZ DIAZ 195

38 SHOCK ANAFILÁCTICO: MEDICAMENTOS QUE LO CAUSAN Y LO REVIERTEN
ANA PARRA ARRIBAS 199

39 TRABAJO DE PARTO. BUSCANDO ALTERNATIVAS ANALGÉSICAS
MARÍA GARCÍA RODRÍGUEZ Y ALBA PIÑEIRO SÁNCHEZ 207

40 FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA REALIZACIÓN DE UN IMPLANTE VITREO
CARMEN SILLER ZAMORA, ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ, MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA, MARÍA MORANTE IZQUIERDO Y RAQUEL GARRIDO LOPEZ 213

41 FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA FIJACIÓN DE FRACTURA ABIERTA
CARMEN SILLER ZAMORA, ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ, MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA, MARÍA MORANTE IZQUIERDO Y RAQUEL GARRIDO LOPEZ 217

42 EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y LOS PACIENTES NEUROPSIQUIÁTRICOS
LORENA PATERNA SERRANO, JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA, MARÍA INÉS GIL GARCÍA, LORENA CERRILLO PÉREZ Y ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ 221

43 ENFERMERÍA ANTE LAS PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA DE LA MENOPAUSIA
LORENA PATERNA SERRANO, JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA, MARÍA INÉS GIL GARCÍA, LORENA CERRILLO PÉREZ Y ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ 225

44 ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES QUE PRESENTAN MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA
LORENA PATERNA SERRANO, JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA, MARÍA INÉS GIL GARCÍA, LORENA CERRILLO PÉREZ Y ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ 231

45 ENFERMERÍA Y EL PROCESO DEL PACIENTE CON HIPOTERMIA DESPUÉS DE FALLO CARDIACO
SARA TIRADO CALONGE, MARÍA GALLEGO ALONSO, ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO, FRANCISCA AROCA DESCALZO Y JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ 237

46 ENFERMERÍA ANTE LAS FUNCIONES A REALIZAR EN LOS QUIRÓFANOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS
SARA TIRADO CALONGE, MARÍA GALLEGO ALONSO, ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO, FRANCISCA AROCA DESCALZO Y JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ 243

47 ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON TROMBOFLEBITIS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
SARA TIRADO CALONGE, MARÍA GALLEGO ALONSO, ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO, FRANCISCA AROCA DESCALZO Y JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ 247

48 FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR CATARATAS
BLANCA JODAR ROMERO, ALVARO MORENO GÓMEZ, LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS, FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ Y ROSARIO LEÓN EXPÓSITO 251

49 FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE CORRECCIÓN DE ASTIGMATISMO Y MIOPÍA
BLANCA JODAR ROMERO, ALVARO MORENO GÓMEZ, LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS, FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ Y ROSARIO LEÓN EXPÓSITO 255

50 FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR HEMORROIDES
BLANCA JODAR ROMERO, ALVARO MORENO GÓMEZ, LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS, FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ Y ROSARIO LEÓN EXPÓSITO 259

51 LA BOLSA DE OSTOMÍA: ¿QUÉ TIPO DE DISPOSITIVO ES?, ¿QUÉ CUIDADOS SE DEBEN BRINDAR POR PARTE DEL DIPLOMADO EN ENFERMERÍA?
JOSE LUIS TOLMOS RIVERA 263

52 ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN DE LOS PACIENTES CON PARKINSON POR PARTE DE ENFERMERÍA
BEATRIZ CASADO PAULINO, ROCIO MORA PÉREZ, ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO Y MARTA MUÑOZ RUIZ 267

53 LAS CURAS REALIZADAS POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE HERIDAS INFECTADAS
BEATRIZ CASADO PAULINO, ROCIO MORA PÉREZ, ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO Y MARTA MUÑOZ RUIZ 273

54 ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON MALA CIRCULACIÓN DE LA SANGRE
BEATRIZ CASADO PAULINO, ROCIO MORA PÉREZ, ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO Y MARTA MUÑOZ RUIZ 277

55 PACIENTES QUE REQUIEREN DE LAVADO DE ESTÓMAGO POR INTOXICACIÓN Y LA FUNCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA
ALICIA LÓPEZ GÓMEZ, ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO, LORENA LÓPEZ MOLINA, MARTINA NARDONI MARRAU Y DANIEL CARMONA RUIZ 281

56 LA ORGANIZACIÓN DE PACIENTES EN LOS REGISTROS INFORMÁTICOS POR PARTE DE ENFERMERÍA
ALICIA LÓPEZ GÓMEZ, ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO, LORENA LÓPEZ MOLINA, MARTINA NARDONI MARRAU Y DANIEL CARMONA RUIZ 285

57 PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN ANTE SUS COMPLICACIONES Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA
ALICIA LÓPEZ GÓMEZ, ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO, LORENA LÓPEZ MOLINA, MARTINA NARDONI MARRAU Y DANIEL CARMONA RUIZ **289**

58 ENFERMERIA ANTE LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A LOS PACIENTES
DAVID CUESTA PÉREZ, SARA EXPÓSITO CAUTADO, MILAGROS HONRUBIA PÉREZ, ALMUDENA TORRES ATIENZAR Y MARIA ELENA MORA MARTINEZ **293**

59 ENFERMERÍA EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EXTRAHOSPITALARIA EN NIÑOS Y LACTANTES
DAVID CUESTA PÉREZ, SARA EXPÓSITO CAUTADO, MILAGROS HONRUBIA PÉREZ, ALMUDENA TORRES ATIENZAR Y MARIA ELENA MORA MARTINEZ **297**

60 ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CARDIACO Y EL INGRESO EN LA UNIDAD CORONARIA DE UCI
DAVID CUESTA PÉREZ, SARA EXPÓSITO CAUTADO, MILAGROS HONRUBIA PÉREZ, ALMUDENA TORRES ATIENZAR Y MARIA ELENA MORA MARTINEZ **305**

61 LOS CUIDADOS DE LA ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA Y ONCOLOGÍA INFANTIL
LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE, DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN, YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI, JOANA LENDRINO LENDRINO Y CRISTIAN LENDRINO LENDRINO **311**

62 EL PAPEL Y LOS CUIDADOS DE LA ENFERMERA CON LOS PACIENTES DEL ÁREA DE SALUD MENTAL
LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE, CRISTIAN LENDRINO LENDRINO, JOANA LENDRINO LENDRINO, YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI Y DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN **317**

63 EL TRABAJO DE LA ENFERMERÍA OBSTÉTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y CENTROS DE SALUD
LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE, YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI, DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN, CRISTIAN LENDRINO LENDRINO Y JOANA LENDRINO LENDRINO 321

64 ACTUACIÓN EN EL PREPARATORIO DE PRE CIRUGÍA CARDIACA
DAVID INIESTA RODRÍGUEZ DE TEMBLEQUE 325

65 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS TERAPIAS DE INMUNOSUPRESIÓN EN EL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL ADULTO
ROCÍO LÓPEZ GONZÁLEZ 331

66 INFECCIONES NOSOCOMIALES
ANA BELÉN GONZALEZ GONZALEZ Y LAURA ANTUÑA MENENDEZ 345

67 INFECCION NOSOCOMIAL Y EL RIESGO BIOLÓGICO CON MÁS PREVALENCIA
MARI CARMEN SAL GARCIA 349

68 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU LABOR EN EL AREA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN HOSPITAL
RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ, RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ, ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ, SHEILA CASTILLO APARICIO Y VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA 355

69 LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE QUE HA SUFRIDO UNA FRACTURA DE CADERA
RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ, RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ, ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ, SHEILA CASTILLO APARICIO Y VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA 359

70 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACIÓN EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA**
RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ, RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ, ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ, SHEILA CASTILLO APARICIO Y VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA **363**

71 **EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA ORGANIZACIÓN DE MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES**
BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA, LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, CRISTINA GARCIA REYES Y SUSANA AVILA UBEDA **367**

72 **EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y SU FUNCION CON LOS ANCIANOS CON POCA MOVILIDAD**
BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA, LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, CRISTINA GARCIA REYES Y SUSANA AVILA UBEDA **373**

73 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. LA LIMPIEZA Y ORGANIZACION DE LOS CARROS DE CURAS**
BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA, LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, CRISTINA GARCIA REYES Y SUSANA AVILA UBEDA **377**

74 **TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE): PACIENTE EPILÉPTICO**
FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ, ELENA BARRIO HERRERO, CLOTILDE MARTINEZ MAGAN, ANA VANESA CIUDAD RUIZ Y ROCÍO CAMACHO TORRES **381**

75 **VALOR DEL USO DE HABILIDADES SOCIALES POR PARTE DE LOS TCAES EN EL ÁMBITO SANITARIO**
FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ, ROCÍO CAMACHO TORRES, ANA VANESA CIUDAD RUIZ, CLOTILDE MARTINEZ MAGAN Y ELENA BARRIO HERRERO **385**

76 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): MANTENIMIENTO DE LA CAMA O DE LA CAMA HOSPITALARIA EN LAS ADECUADAS CONDICIONES HIGINICO- SANITARIA
FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ, ELENA BARRIO HERRERO, CLOTILDE MARTINEZ MAGAN, ANA VANESA CIUDAD RUIZ Y ROCÍO CAMACHO TORRES 389

77 LAS APLICACIONES INFORMÁTICAS EN EL ÁMBITO SANITARIO HABITUALES EN EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER, ESMERALDA TEBAR MARTINEZ, ADELA JIMENEZ TENDERO, LAURA BALLESTEROS VILLEGAS Y MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ 393

78 LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
ANGELA OCAÑA CAMINERO, INMACULADA RUBIO CARRETERO, MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ Y MILA LÓPEZ GONZÁLEZ 399

79 LA VÍA CENTRAL Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
ANGELA OCAÑA CAMINERO, INMACULADA RUBIO CARRETERO, MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ Y MILA LÓPEZ GONZÁLEZ 403

80 EL CATÉTER ARTERIAL Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
ANGELA OCAÑA CAMINERO, INMACULADA RUBIO CARRETERO, MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ Y MILA LÓPEZ GONZÁLEZ 407

81 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIAARES Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN LOS CENTROS SANITARIOS
NOELIA MENA GARCIA, MARÍA ARENAS MOTILLA, ANTONIA GÓMEZ BARCO, MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA Y INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ 411

82 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LAS PRUEBAS A LOS RECIÉN NACIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD
NOELIA MENA GARCIA, MARÍA ARENAS MOTILLA, ANTONIA GÓMEZ BARCO, MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA Y INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ 415

83 LOS CENTROS DE SALUD Y LAS FUNCIONES ESTABLECIDAS DE LOS TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
NOELIA MENA GARCIA, MARÍA ARENAS MOTILLA, ANTONIA GÓMEZ BARCO, MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA Y INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ 419

84 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DESDE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN GERIATRÍA
IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE, MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO, JENNIFER SABOGAL, MARÍA ALARCÓN CORTÉS Y SANDRA MAS ROMERO 425

85 COMPLICACIONES DE LA DIABETES: EL PIE DIABÉTICO DESDE LA PERSPECTIVA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE, MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO, JENNIFER SABOGAL, SANDRA MAS ROMERO Y MARÍA ALARCÓN CORTÉS 429

86 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL NEONATO
IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE, MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO, SANDRA MAS ROMERO, MARÍA ALARCÓN CORTÉS Y JENNIFER SABOGAL 433

87 LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA
BELEN MUÑOZ GONZALEZ DE LA ALEJA Y CECILIA GONZÁLEZ DE LA ALEJA SÁNCHEZ CAMACHO 437

88 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL CUIDADO A PACIENTES DIABÉTICOS
LORENA PIERNAS CARCELÉN, MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ Y CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA 441

89 ANSIEDAD: NUEVOS RETOS DE ACTUACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE)
GUILLERMO ROPERO FUERTES Y ANA BELEN ARAQUE ROMERO DE ÁVILA 445

90 EL TÉCNICO EN ENFERMERÍA Y EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE EN ETAPA TERMINAL
ADRIÁN MARTÍN GAVÍN 451

91 PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS Y SUS CONSECUENCIAS MÁS FRECUENTES EN EL PACIENTE ANCIANO
ELENA RODRÍGUEZ MELIA, MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN, MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS, MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO Y CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN 459

92 PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO QUE CONLLEVAN A LA APARICIÓN DEL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE
MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN, ELENA RODRÍGUEZ MELIA, MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS, MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO Y CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN 465

93 CÓMO PREVENIR EL CARCINOMA DE PIEL Y LOS DIFERENTES Y PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER DE PIEL
MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS, ELENA RODRÍGUEZ MELIA, CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN, MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN Y MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO 469

94 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE, JOSE CHACON AGUILAR, RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS, MAIRENA LÓPEZ CABALLERO Y MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA 473

95 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE, MAIRENA LÓPEZ CABALLERO, MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA, JOSE CHACON AGUILAR Y RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS **477**

96 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA: CONTRIBUCIONES Y FUNCIONES
CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE, MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA, JOSE CHACON AGUILAR, RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS Y MAIRENA LÓPEZ CABALLERO **481**

97 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL SOCK ANAFILÁCTICO
ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO, ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA, VANESSA SÁNCHEZ SORIA, MILAGROS MORENO CLEMENTE Y JUAN TOMAS GALÁN PINA **485**

98 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO
ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO, ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA, VANESSA SÁNCHEZ SORIA, MILAGROS MORENO CLEMENTE Y JUAN TOMAS GALÁN PINA **489**

99 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA PSORIASIS GRAVE
ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO, ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA, VANESSA SÁNCHEZ SORIA, MILAGROS MORENO CLEMENTE Y JUAN TOMAS GALÁN PINA **495**

100 TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA PREVENIR LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS
MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ, LORENA PIERNAS CARCELÉN Y CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA **499**

101 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO
BEATRIZ PÉREZ CAMPO, MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ, JOSEFA SANCHEZ PARDO, ISABEL GONZALEZ LOPEZ Y MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO 503

102 MEDIDAS PREVENTIVAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE AISLADO
BEATRIZ PÉREZ CAMPO, MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ, JOSEFA SANCHEZ PARDO, ISABEL GONZALEZ LOPEZ Y MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO 507

103 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ASEO DEL PACIENTE
BEATRIZ PÉREZ CAMPO, MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ, JOSEFA SANCHEZ PARDO, ISABEL GONZALEZ LOPEZ Y MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO 511

104 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS ULCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO
FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ, ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ, MARÍA JESÚS BAOS DE TORO, ROCIO DE LA CRUZ LOZANO Y ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO 515

105 LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CARDIOLÓGIA
FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ, ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ, MARÍA JESÚS BAOS DE TORO, ROCIO DE LA CRUZ LOZANO Y ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO 519

106 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON SONDA NASOGÁSTRICA
FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ, ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ, MARÍA JESÚS BAOS DE TORO, ROCIO DE LA CRUZ LOZANO Y ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO 523

107 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA, LORENA PIERNAS CARCELÉN Y MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ **527**

108 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL MATERIAL SANITARIO Y LOS DISTINTOS DISPOSITIVOS
ROSA MARIA PIQUERAS JIMENEZ, MARIA LUISA NAVARRO GONZÁLEZ, MARIA DOLORES ELBAL RUBIO, MARIOLA DE LA CRUZ NAVARRO Y ALMUDENA LOZANO CASTILLO **531**

109 MANEJO DE EQUIPOS MÉDICOS Y TECNOLOGÍA SANITARIA
MADAY SIMÓN RISOTO, MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ, ANA MARIA TENDERO PICAZO, MARIA DEL OLMO CASTILLO Y CRISTINA CANO PÉREZ **535**

110 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA BÁSICAS PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MADAY SIMÓN RISOTO, MARIA DEL OLMO CASTILLO, CRISTINA CANO PÉREZ, MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ Y ANA MARIA TENDERO PICAZO **541**

111 ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIONES DE EMERGENCIA
MADAY SIMÓN RISOTO, MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ, ANA MARIA TENDERO PICAZO, CRISTINA CANO PÉREZ Y MARIA DEL OLMO CASTILLO **547**

112 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA APLICANDO TÉNICAS PSICOLÓGICAS EN SITUACIONES DE EMERGENCIA
LAURA BALLESTEROS VILLEGAS, ESMERALDA TEBAR MARTINEZ, ADELA JIMENEZ TENDERO, MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER Y MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ **553**

113 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA FRENTA A LOS TIPOS DE QUEMADURAS, GRAVEDAD Y TRATAMIENTOS
ESMERALDA TEBAR MARTINEZ, ADELA JIMENEZ TENDERO, LAURA BALLESTEROS VILLEGAS, MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER Y MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ 559

114 EL TRATO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
ANDREA LÁZARO VIÑA 565

115 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES
JOAQUÍN MORAL CHICA, ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA, DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ Y MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO 569

116 ACOSO PSICOLÓGICO EN LOS TRABAJADORES DEL ÁMBITO HOSPITALARIO
LORENA SUSTACHA DUARTE, MARIA DEL CARMEN MARTÍNEZ BAYÓN, MARÍA MANUELA NAVES DÍAZ, VERONICA GOMEZ NAVES Y PATRICIA ALONSO ANTUÑA 575

117 LABOR Y RELACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO HOSPITALARIO
DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ, JOAQUÍN MORAL CHICA, MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO Y ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA 579

118 FUNCIONES Y ACTUACIONES DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE NEONATOS
NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ 583

119 TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ 587

120 FALLO CEREBROVASCULAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO Y LA FUNCION DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
SANDRA DELGADO ARANDA 591

121 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA
SANDRA DELGADO ARANDA 595

122 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS. EL PROTOCOLO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS
MARÍA CARMEN LÓPEZ JAREÑO, JOAQUÍN MORAL CHICA, MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO, ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA Y DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ 599

123 EL MANEJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS DIETAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS
LUCÍA MONTOTO RODRIGUEZ 605

124 LA CELIAQUÍA SIEMPRE EXIGE CONOCIMIENTO
SUSANA INSA SERRANO 609

125 EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL PROCESO DE OSMÓSIS
ANGELES SANCHEZ SANCHEZ, CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO, MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO, BELEN SIMARRO CARRETERO Y MARÍA DOLORES BUENO LAYA 613

126 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PROCESO DEL LAXANTE A UN PACIENTE HOSPITALIZADO
ANGELES SANCHEZ SANCHEZ, CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO, MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO, BELEN SIMARRO CARRETERO Y MARÍA DOLORES BUENO LAYA 617

127 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS MEDICACIONES EN LA UNIDAD DE FAMARCIA
ANGELES SANCHEZ SANCHEZ, CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO, MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO, BELEN SIMARRO CARRETERO Y MARÍA DOLORES BUENO LAYA 621

128 LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL INTERIOR DEL QUIRÓFANO DEL MEDIO HOSPITALARIO
JADWIGA MARÍA SAK **625**

129 LA COVID 19 COMO FACTOR DE ESTRES PSICOSOCIAL PARA LAS PERSONAS TRABAJADORAS
ANGELES IBÁÑEZ ALONSO, BEATRIZ GONZÁLEZ CHICHARRO, JOSÉ MARÍA MEDINA BERNARDO, ROSALIA GOMEZ MURCIEGO Y MONTSERRAT GONZÁLEZ FERNÁNDEZ **629**

130 PROTOCOLO ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) EN BIOPSIAS
ESMERALDA SEVILLA MORENO, EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO, ANA TERCERO ALFARO, SANDRA MELLINAS GARCIA Y SONIA FAJARDO MELLINAS **633**

131 ULCERAS DE PRESIÓN
ROSA ANA RODRIGUEZ MACIAS **637**

132 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
BEATRIZ GONZALEZ PEREZ, SANDRA MARTÍN ANTONA, Mª ANGELES ORTIZ LÓPEZ, SILVIA SESMA MOLINA Y MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ **641**

133 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA HOSPITALARIA
BEATRIZ GONZALEZ PEREZ, SANDRA MARTÍN ANTONA, Mª ANGELES ORTIZ LÓPEZ, SILVIA SESMA MOLINA Y MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ **645**

134 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS DEL NIÑO
BEATRIZ GONZALEZ PEREZ, SANDRA MARTÍN ANTONA, Mª ANGELES ORTIZ LÓPEZ, SILVIA SESMA MOLINA Y MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ 649

135 EL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD Y LA ASISTENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ANA BELEN BARRERO DIAZ 653

136 LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIOS
MARIA ROSA FAURA ROMERO, NOELIA TERUEL MONTAÑEZ, BÁRBARA CARRASCO ROJO, ÁFRICA ARCOS ESPEJO Y MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA 657

137 LOS CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS SEGÚN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MARIA ROSA FAURA ROMERO, MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA, ÁFRICA ARCOS ESPEJO, BÁRBARA CARRASCO ROJO Y NOELIA TERUEL MONTAÑEZ 663

138 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU TRABAJO EN EL ÁREA DE URGENCIAS
MARIA ROSA FAURA ROMERO, BÁRBARA CARRASCO ROJO, NOELIA TERUEL MONTAÑEZ, MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA Y ÁFRICA ARCOS ESPEJO 667

139 PROTOCOLO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN MANTENIMIENTO DEL FIBROSCOPIO
ANA TERCERO ALFARO, SANDRA MELLINAS GARCIA, EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO, ESMERALDA SEVILLA MORENO Y SONIA FAJARDO MELLINAS 671

140 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MANEJO DE LAS MEDIAS DE COMPRESIÓN
SANDRA MELLINAS GARCIA, EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO, ANA TERCERO ALFARO, ESMERALDA SEVILLA MORENO Y SONIA FAJARDO MELLINAS 675

141 ABORDAJE DE LA FATIGA ASOCIADA AL CÁNCER MEDIANTE EJERCICIO FÍSICO: UN ENFOQUE DE LA FISIOTERAPIA
DAVID GARCÍA RONCERO, MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO, SAMUEL VILLORA GARCÍA, SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR Y CELIA VELASCO CORTÉS 679

142 ABORDAJE DEL SÍNDROME CUELLO-LENGUA: PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA
DAVID GARCÍA RONCERO, MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO, SAMUEL VILLORA GARCÍA, SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR Y CELIA VELASCO CORTÉS 687

143 FISIOTERAPIA EN LA RADICULOPATÍA LUMBOSACRA: DIAGNÓSTICO, CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO
DAVID GARCÍA RONCERO, MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO, SAMUEL VILLORA GARCÍA, SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR Y CELIA VELASCO CORTÉS 693

144 STRETCHING GLOBAL ACTIVO EN FISIOTERAPIA
PAULA USEROS GARCÍA 699

145 TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA INFANTIL CON LA TERAPIA VOJTA
PAULA USEROS GARCÍA 705

146 REVISIÓN SISTEMÁTICA: EFECTO DE LA APLICACIÓN DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR EN FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON HOMBRO DOLOROSO Y POSIBLES DAÑOS PRODUCIDOS
CRISTINA HERRERO MARTÍN, LAURA ROMO DE LA LLAVE, SONIA GARCÍA GARCÍA, LAURA BONIL CHACÓN Y RAFAEL BAEZA MONSALVE 711

147 REVISIÓN SISTEMÁTICA: BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON PARKINSON
CRISTINA HERRERO MARTÍN, LAURA BONIL CHACÓN, RAFAEL BAEZA MONSALVE, LAURA ROMO DE LA LLAVE Y SONIA GARCÍA GARCÍA 717

148 REVISIÓN SISTEMÁTICA: INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN ESTENOSIS LUMBAR Y LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA
CRISTINA HERRERO MARTÍN, RAFAEL BAEZA MONSALVE, LAURA BONIL CHACÓN, SONIA GARCÍA GARCÍA Y LAURA ROMO DE LA LLAVE 721

149 EL FISIOTERAPEUTA CON EL PORTEO ERGONÓMICO EN EL POSTPARTO
MARTA VELASCO JIMENEZ Y LUIS CARLOS MORENO SAIZ 725

150 MASAJE PERINEAL. EFICACIA Y APLICACIÓN EN FISIOTERAPIA
MARTA VELASCO JIMENEZ Y LUIS CARLOS MORENO SAIZ 729

151 FISIOTERAPIA EN EL SUELO PÉLVICO E HIPOGRESIVOS
MARTA VELASCO JIMENEZ Y LUIS CARLOS MORENO SAIZ 733

152 ¿ES REALMENTE ÚTIL LA APLICACIÓN DE KINESIOTAPING EN EL MANEJO DE LAS PATOLOGÍAS DEL MANGUITO ROTADOR?
RAFAEL GUZMÁN ASOLAS Y JOAQUÍN CASAS CARRASCO 737

153 ¿LA APLICACIÓN DE ULTRASONIDO ES EFECTIVA PARA LA ARTROSIS DE RODILLA?
RAFAEL GUZMÁN ASOLAS Y JOAQUÍN CASAS CARRASCO 741

154 EFICACIA DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO DEL SUELO PÉLVICO EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA POST-PROSTATECTOMÍA RADICAL
RAFAEL GUZMÁN ASOLAS Y JOAQUÍN CASAS CARRASCO 745

155 DIAGNÓSTICO EN RELACIÓN CÉNTRICA
OSCAR SUÁREZ CASADO 749

156 RESTAURACIÓN MONOLÍTICA EN CIRCONIO SOBRE IMPLANTES
OSCAR SUÁREZ CASADO **753**

157 DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE LA DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM)
MARINA LÓPEZ CALDERÓN **761**

158 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ANTIDEPRESIVOS
CONSTANZA GÓMEZ DE OÑA **773**

159 FIEBRES HEMORRÁGICAS VIRALES
CONSTANZA GÓMEZ DE OÑA **779**

160 ACTUALIZACIÓN SANITARIA: TÉCNICAS DE LABORATORIO EMPLEADAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS
MOISÉS GAMO PASTOR **787**

161 ACTUALIZACIÓN EN ATENCIÓN AL PACIENTE EN INSTALACIONES DE RADIODIAGNÓSTICO
ILENIA ALBA MARTÍNEZ **793**

162 APLICACIÓN DE LA RADIOLOGÍA EN LA MEDICINA FORENSE
ANGELA FERNANDEZ ILLAN **797**

163 EL TÉCNICO DE RAYOS Y EL DIAGNÓSTICO ES UN EXAMEN IMAGENOLÓGICO
SARA CARPIO VALBUENA, LAURA REDONDO MEDRANO, DANIEL DE LUCA NEGRETE, SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA Y NOELIA SÁNCHEZ RUIZ **801**

164 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN RAYOS Y EL PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD QUIRÚRGICA
SARA CARPIO VALBUENA, LAURA REDONDO MEDRANO, DANIEL DE LUCA NEGRETE, SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA Y NOELIA SÁNCHEZ RUIZ **805**

165 EL PROCESO DEL TÉCNICO DE RAYOS DE LIMPIEZA E HIGIENE DE EQUIPOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
SARA CARPIO VALBUENA, LAURA REDONDO MEDRANO, DANIEL DE LUCA NEGRETE, SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA Y NOELIA SÁNCHEZ RUIZ 809

166 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LAS LIMITACIONES DE LAS DIFERENTES TÉCNICAS PARA OBTENER IMÁGENES ANATÓMICAS
MARTA PEDREGAL ÁLVAREZ 813

167 RESONANCIA MAGNETICA DE TOBILLO. EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO (TSID)
ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ, SOLEDAD MORÓN AGUADO, MARTA GONZALEZ VITURTIA Y MONTSERRAT GARCIA CASADO 819

168 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO (TSID) EN EL ÁMBITO ODONTOLÓGICO
MONTSERRAT GARCIA CASADO, MARTA GONZALEZ VITURTIA, SOLEDAD MORÓN AGUADO Y ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ 825

169 TIPOS DE CONTRASTES USADOS POR EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO (TSID) EN RADIOLOGÍA
MARTA GONZALEZ VITURTIA, SOLEDAD MORÓN AGUADO, MONTSERRAT GARCIA CASADO Y ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ 829

170 TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA DE ABDOMEN, SEGÚN EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
SOLEDAD MORÓN AGUADO, MARTA GONZALEZ VITURTIA, MONTSERRAT GARCIA CASADO Y ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ 835

171 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN POR PARTE DE TODO EL PERSONAL SANITARIO, ANTE PERSONAS CON CUIDADOS PALIATIVOS
SONIA ALVAREZ SUAREZ 839

172 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS RADIACIONES TIPO ALFA
MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA, DAVID FERNANDEZ PEREZ, LUIS ROJAS SÁNCHEZ Y LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ 843

173 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS TÉCNICAS CON RADIACIÓN BETA
MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA, DAVID FERNANDEZ PEREZ, LUIS ROJAS SÁNCHEZ Y LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ 847

174 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS TÉCNICAS CON RADIACIÓN GAMMA
MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA, DAVID FERNANDEZ PEREZ, LUIS ROJAS SÁNCHEZ Y LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ 851

175 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA DE UNA PACIENTE HOSPITALIZADA
INÉS RUIZ MERCHÁN, AURORA ARIAS CARRERO, LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ, MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ Y MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA 855

176 LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR ANTE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN LA SALA DE RADIOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO
INÉS RUIZ MERCHÁN, AURORA ARIAS CARRERO, LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ, MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ Y MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA 859

177 LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN CUANTO A LA RADIOLOGÍA PORTÁTIL
INÉS RUIZ MERCHÁN, AURORA ARIAS CARRERO, LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ, MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ Y MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA 863

178 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LAS PRUEBAS DE OSMOLALIDAD QUE MIDEN LA CANTIDAD DE CIERTAS SUSTANCIAS EN LA SANGRE, LA ORINA O LAS HECES
CONCEPCIÓN MORALES SUÁREZ, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, SUSANA MONTES GARCIA, LAURA GARRIDO CATALÁ Y MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 867

179 TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA DE STREPTOCOCCUS PYOGENES EN MUESTRAS FARINGOAMIGDALARES
CONCEPCIÓN MORALES SUÁREZ, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, SUSANA MONTES GARCIA, LAURA GARRIDO CATALÁ Y MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 871

180 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL RECUENTO DE PLAQUETAS
CONCEPCIÓN MORALES SUÁREZ, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, SUSANA MONTES GARCIA, LAURA GARRIDO CATALÁ Y MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 875

181 ACTUALIZACIONES DEL CAPÍTULO 12 DE LA CIE-10. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO
JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO 879

182 ACTUALIZACIONES DEL CAPÍTULO 13, ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO, DE LA CIE-10
JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO 883

183 ACTUALIZACIONES DEL CAPÍTULO 14, ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO, DE LA CIE-10
JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO 887

184 ACTUALIZACIONES DEL CAPÍTULO 15, EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, DE LA CIE-10
JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO 891

185 EL TECNICO DE RAYOS Y EL PROCESO PARA UNA IMAGEN DE MANO DE UN PACIENTE
MARÍA CEBRIÁN DÍAZ, MERCEDES NAVARRO GARRIDO Y MARIA ISABEL DELGADO RODRIGUEZ 895

186 FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA PERIODONCIA
FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS, MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA, VALENTINA ELENA MANEA, CRISTINA GONZÁLEZ Y MIRIAM ABAD LÓPEZ 899

187 **FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA HIGIENE DE LA BOCA COMPLETA**
FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS, MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA, VALENTINA ELENA MANEA, CRISTINA GONZÁLEZ Y MIRIAM ABAD LÓPEZ **903**

188 **FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN EL LAVADO DE DIENTES**
FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS, MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA, VALENTINA ELENA MANEA, CRISTINA GONZÁLEZ Y MIRIAM ABAD LÓPEZ **907**

189 **FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA CIRUGÍA MENOR SIN INGRESO**
CARMEN SILLER ZAMORA, ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ, MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA, MARÍA MORANTE IZQUIERDO Y RAQUEL GARRIDO LOPEZ **911**

190 **LA DETECCIÓN DE LA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA O LA FIEBRE GANGLIONAR DE PFEIFFER SEGÚN EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO**
MARA GREGORIO HONRUBIA, BELÉN GARRIDO ORTIZ Y CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ **915**

191 **EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO Y EL ANÁLISIS DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTES FEMENINAS**
BELÉN GARRIDO ORTIZ, CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ Y MARA GREGORIO HONRUBIA **919**

192 **EL ANÁLISIS METALOGRÁFICO O METALOGRAFÍA POR PARTE DEL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO**
CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ, BELÉN GARRIDO ORTIZ Y MARA GREGORIO HONRUBIA **923**

193 LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT
RAQUEL HINESTROSA ROSAL, MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA, CARLOS MORENO SÁNCHEZ, MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ Y MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA 927

194 LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LOS CENTROS SANITARIOS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
RAQUEL HINESTROSA ROSAL, MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA, CARLOS MORENO SÁNCHEZ, MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ Y MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA 931

195 EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ESTRESADO
RAQUEL HINESTROSA ROSAL, MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA, CARLOS MORENO SÁNCHEZ, MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ Y MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA 935

196 EL PINCHE DE COCINA: DISTRIBUCIÓN Y LABORES DE CADA PINCHE EN LA CINTA DE EMPLATADO
JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA, ALMUDENA PANTOJA HERRERA, MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS Y CELIA SÁNCHEZ MARTÍN 939

197 LABORES GENERALES DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA
ALICIA CORROCHANO MARTÍN Y MARÍA INMACULADA GARCÍA SANCHEZ MAYORAL 943

198 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: PARTES DE UNA COCINA Y LA FUNCIÓN DEL PINCHE EN CADA UNA DE ELLAS
JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA, CELIA SÁNCHEZ MARTÍN, ALMUDENA PANTOJA HERRERA Y MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS 947

199 EL PINCHE HOSPITALARIO Y LA PEQUEÑA MAQUINARIA EN COCINA
ALICIA CORROCHANO MARTÍN Y MARÍA INMACULADA GARCÍA SANCHEZ MAYORAL 951

200 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE CENTROS SANITARIOS Y EL IMPACTO DEL TRABAJO A TURNOS
BÁRBARA MUÑOZ PALOMO, ÁNGEL GARRIDO GARCÍA, Mª INMACULADA LÓPEZ GALLEGO, ELENA MALDONADO GALERA Y SANDRA RODRIGO MARTINEZ 955

201 EL PINCHE DE COCINA Y LA LÍNEA FRÍA EN LA COCINA HOSPITALARIA
JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA, MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS, CELIA SÁNCHEZ MARTÍN Y ALMUDENA PANTOJA HERRERA 959

202 FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN
JOSE LUIS PEREZ HERENCIA Y JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS 963

203 FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CITACIONES
JOSE LUIS PEREZ HERENCIA Y JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS 967

204 EL CELADOR Y LOS RIESGOS DE LA ERGONOMÍA
REBECA CANTELI RIVERA 971

205 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA
ROCIO AVILES RAMOS 975

206 LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA INSTITUCIONES SANITARIAS
ROCIO AVILES RAMOS 979

207 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO
ROCIO AVILES RAMOS 983

208 FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA
SARA TORNER HUERVA, JUAN MARTINEZ ORTEGA, VICENTE ROSADO SOTO, PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ Y GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO 987

209 **FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS**
SARA TORNER HUERVA, JUAN MARTINEZ ORTEGA, VICENTE ROSADO SOTO, PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ Y GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO **991**

210 **FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
SARA TORNER HUERVA, JUAN MARTINEZ ORTEGA, VICENTE ROSADO SOTO, PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ Y GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO **995**

211 **EL PINCHE DE COCINA Y LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE HIGIENE Y DESINFECCIÓN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
JAVIER SANCHEZ GOMEZ, IRENE GALÁN CORDERO, LORENA GALÁN FUERTES, MARIA ALEJANDRA BLANCO ACUÑA Y MARCOS LÓPEZ PEINADO **999**

212 **PAPEL DEL PINCHE CON LAS HERRAMIENTAS QUE SE UTILIZAN DENTRO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
JAVIER SANCHEZ GOMEZ, IRENE GALÁN CORDERO, LORENA GALÁN FUERTES, MARIA ALEJANDRA BLANCO ACUÑA Y MARCOS LÓPEZ PEINADO **1003**

213 **FUNCIONES DEL PINCHE Y LA CORRECTA CONSERVACION, TRANSFORMACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
JAVIER SANCHEZ GOMEZ, IRENE GALÁN CORDERO, LORENA GALÁN FUERTES, MARIA ALEJANDRA BLANCO ACUÑA Y MARCOS LÓPEZ PEINADO **1007**

214 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO QUE PRESTA SU SERVICIO EN ATENCIÓN AL PACIENTE**
MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS, ALMUDENA PANTOJA HERRERA Y CELIA SÁNCHEZ MARTÍN **1011**

215 **LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES QUE FALLECEN EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR**
EVA NAVARRO TERCERO, CRISTINA MOROTE TERCERO, YOLANDA MOROTE BONIFACIO, MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO Y SERGIO YUNCAL VIVAS **1015**

216 **EL CELADOR Y LA FUNCIONES QUE DESARROLLA EN EL ASEO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS**
EVA NAVARRO TERCERO, CRISTINA MOROTE TERCERO, YOLANDA MOROTE BONIFACIO, MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO Y SERGIO YUNCAL VIVAS **1019**

217 **LOS CELADORES QUE ESTAN EN LOS ALMACENES HOSPITALARIOS Y LA ORGANIZACION DE PEDIDOS PARA LOS PUEBLOS DE ALREDEDOR**
EVA NAVARRO TERCERO, CRISTINA MOROTE TERCERO, YOLANDA MOROTE BONIFACIO, MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO Y SERGIO YUNCAL VIVAS **1023**

218 **EL PACIENTE CON CARDIOPATIAS INGRESADO Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR**
ANA MOYANO SOLERA, GREGORIO REYES CIFUENTES, ÓLIVER RAYOS MARTÍN, LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA Y MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU **1027**

219 **LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
ANA MOYANO SOLERA, GREGORIO REYES CIFUENTES, ÓLIVER RAYOS MARTÍN, LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA Y MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU **1031**

220 **HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE GERIATRICO Y CELADOR**
DIEGO MARTIN MAROTO, MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO, CARLOS MURO MONTERO, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA Y RAUL MARTIN SANCHEZ **1035**

221 **FUNCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CITACIONES**
ÁNGEL GARRIDO GARCÍA, ELENA MALDONADO GALERA, BÁRBARA MUÑOZ PALOMO, Mª INMACULADA LÓPEZ GALLEGO Y SANDRA RODRIGO MARTINEZ **1039**

222 **CELADOR: CAMA HOSPITALARIA Y/O CAMILLA.TIPOS DE DESPLAZAMIENTOS EN FUNCIÓN DE LA GRAVEDAD QUE SUPONE ESTE PARA EL PACIENTE Y NORMAS GENERALES PARA LA REALIZACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO DE MANERA ADECUADA**
DIEGO MARTIN MAROTO, MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO, CARLOS MURO MONTERO, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA Y RAUL MARTIN SANCHEZ **1043**

223 **EL CELADOR PARTE INTEGRANTE DE UN EQUIPO QUE REALIZA MOVILIZACIONES EN PACIENTES, PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTE ENCAMADO NO COOPERANTE HACIA ARRIBA**
DIEGO MARTIN MAROTO, MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO, CARLOS MURO MONTERO, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA Y RAUL MARTIN SANCHEZ **1047**

224 **ESPECIFICIDADES DEL CELADOR EN LOS QUIRÓFANOS**
RUBEN FERNANDEZ DEL MAZO **1051**

225 **FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
CLAUDIA MORENO RAMOS, MANUEL ANGULO ESCRIBANO, LAURA SEPÚLVEDA ANGULO, FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO Y JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ **1055**

226 **FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PARITORIO**
CLAUDIA MORENO RAMOS, MANUEL ANGULO ESCRIBANO, FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO, JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ Y LAURA SEPÚLVEDA ANGULO **1059**

227 **FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN QUIRÓFANO**
CLAUDIA MORENO RAMOS, MANUEL ANGULO ESCRIBANO, LAURA SEPÚLVEDA ANGULO, FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO Y JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ **1063**

228 **EL CELADOR Y EL USO DE MAQUINARIA PARA LA MOVILIZACION DE LOS PACIENTES ENAMADOS**
ANA MOYANO SOLERA, MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU, GREGORIO REYES CIFUENTES, ÓLIVER RAYOS MARTÍN Y LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA **1067**

229 **FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRATAMIENTO DE LA DOCUMENTACIÓN HOSPITALARIA**
ANTONIO CANO PEÑA, MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO, VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA, ROSARIO PEREZ LOPEZ Y YOLANDA LEON DE LA TORRE **1071**

230 **EL PERSONAL CALEFACTOR Y FONTANERO, PERTENECIENTE A LA CATEGORÍA GESTIÓN Y SERVICIOS, EQUIPO DE MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS MEDIDAS EN EL USO DE ESCALERAS DE MANO EN HOSPITALES**
HONORATO LOZANO MOYA, IVAN ESPARTERO MUÑOZ, JOSÉ LUIS CASADO APARICIO, JAVIER BUITRAGO MEDINA Y VICENTE PICAZO SANCHEZ **1075**

231 **CONDICIONES AMBIENTALES DE LA FARMACIA HOSPITALARIA: FUNCIONES DESARROLLADAS POR EL PROFESIONAL CALEFACTOR Y FONTANERO PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS EQUIPO DE MANTENIMIENTO**
IVAN ESPARTERO MUÑOZ, HONORATO LOZANO MOYA, VICENTE PICAZO SANCHEZ, JAVIER BUITRAGO MEDINA Y JOSÉ LUIS CASADO APARICIO **1081**

232 EL TÉCNICO CALEFACTOR Y FONTANERO PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS EQUIPO DE MANTENIMIENTO: IMPORTANCIA DE LAS CALDERAS DE LOS SISTEMAS DE CALEFACCIÓN EN CENTROS HOSPTALARIOS
JOSÉ LUIS CASADO APARICIO, HONORATO LOZANO MOYA, IVAN ESPARTERO MUÑOZ, JAVIER BUITRAGO MEDINA Y VICENTE PICAZO SANCHEZ 1085

233 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIO Y OBSTETRICIA
MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO, ROSARIO PEREZ LOPEZ, ANTONIO CANO PEÑA, YOLANDA LEON DE LA TORRE Y VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA 1091

234 LA GOBERNANTA DE COCINA HOSPITALARIA: GARANTIZANDO UNA NUTRICIÓN ÓPTIMA Y SEGURA PARA EL PACIENTE
MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ 1095

235 EL ROL DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA SANIDAD PÚBLICA
MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ 1103

236 TRABAJO DEL CELADOR CON LOS PACIENTES FALLECIDOS Y EN LA SALA DE AUTOPSIAS HOSPITALARIAS
JOSE LUIS PARRA MOYA 1111

237 EL CELADOR Y LOS RIESGOS ERGONÓMICOS A LOS QUE ESTÁ EXPUESTO
FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO, ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS Y CARLOS BENITA COTILLAS 1115

238 EL CELADOR Y LAS RELACIONES CON LOS PACIENTES DE REHABILITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA
FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO, ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS Y CARLOS BENITA COTILLAS 1119

239 EL CELADOR Y LOS MOVIMIENTOS QUE REALIZA AL PACIENTE HACIA EL CABECERO DE LA CAMA
FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO, ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS Y CARLOS BENITA COTILLAS 1123

240 LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL
JOSE LUIS PARRA MOYA 1127

241 EL CELADOR EN EL TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS
ÁNGEL BUENO BUENO, MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA, CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ, MANUEL ARANDA PEÑA Y PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS 1131

242 EL CELADOR EN MOVILIZACIÓN CON PACIENTES QUE PADECEN ATAXIA
ÁNGEL BUENO BUENO, PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS, MANUEL ARANDA PEÑA, CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ Y MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA 1135

243 EL CELADOR ANTE LA PROTECCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES
ÁNGEL BUENO BUENO, MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA, MANUEL ARANDA PEÑA, PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS Y CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ 1139

244 LA EVOLUCIÓN DEL CELADOR
CARMEN JIMENEZ MARTINEZ, JORGE ROBLES CLAVEL, TERESA LORENTE PEREZ, MARIA DEL PILAR LILLO IRALA Y JESUS CLEMENTE GARCIA 1145

245 ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE UN CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO
JORGE ROBLES CLAVEL, MARIA DEL PILAR LILLO IRALA, JESUS CLEMENTE GARCIA, TERESA LORENTE PEREZ Y CARMEN JIMENEZ MARTINEZ 1149

246 LOS CELADORES Y EL TRATO QUE DEBEN TENER CON LOS PACIENTES Y LOS FAMILIARES INGRESADOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ, FABIÁN CANTÓN SERRANO, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ, CRISTINA GARCIA REYES Y MARÍA ARENAS MOTILLA 1153

247 LOS CELADORES EN LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON LAS GRUAS DE TRASLADO DE PACIENTES
MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ, FABIÁN CANTÓN SERRANO, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ, CRISTINA GARCIA REYES Y MARÍA ARENAS MOTILLA 1157

248 EL CELADOR EN LA RECEPCIÓN DE MERCANCÍA SANITARIA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ, FABIÁN CANTÓN SERRANO, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ, CRISTINA GARCIA REYES Y MARÍA ARENAS MOTILLA 1161

249 FUNCIÓN CELADOR ANTE LOS CAMBIOS POSTURALES DEL PACIENTE ENCAMADO
LLANOS SANTOS CUENCA, JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ, RAQUEL MARÍN PEÑA, ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA Y MARTA ALEXANDRE GARCÍA 1165

250 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
LLANOS SANTOS CUENCA, JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ, RAQUEL MARÍN PEÑA, ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA Y MARTA ALEXANDRE GARCÍA 1169

251 EL CELADOR ANTE LOS DIFERENTES TIPOS DE AISLAMIENTO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
LLANOS SANTOS CUENCA, JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ, RAQUEL MARÍN PEÑA, ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA Y MARTA ALEXANDRE GARCÍA 1173

252 COMPETENCIAS DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN URGENCIAS
MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR, ANA MARIA CANO ESPINOSA Y PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ 1177

253 LOS CELADORES EN LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES
JOSE LUIS PARRA MOYA 1181

254 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE LISTA DE ESPERA
ANA MARIA CANO ESPINOSA, MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR Y PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ 1185

255 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS ARCHIVOS HOSPITALARIOS
ANA MARIA CANO ESPINOSA, MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR Y PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ 1189

256 EL PAPEL DEL CELADOR EN LA VIGILANCIA DE LOS CENTROS SANITARIOS Y DEL COMPORTAMIENTO DE PACIENTES Y USUARIOS
JESÚS ALBERTO NIETO FUENTES, MARIA ELENA BELMAR GARCIA, PEDRO JULIÁN ROMERO ARRIBAS Y MARÍA DE LAS NIEVES CORTINAS VALLADOLID 1193

257 EL CELADOR Y LAS POSICIONES CORPORALES BÁSICAS. CONOCIMIENTO Y PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN DEL PACIENTE
MARÍA DE LAS NIEVES CORTINAS VALLADOLID, MARIA ELENA BELMAR GARCIA Y PEDRO JULIÁN ROMERO ARRIBAS 1197

258 EL CELADOR EN LA ASISTENCIA AL PERSONAL SANITARIO Y LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO
RAUL MARTINEZ MOROTE, SERGIO FUENTES MARÍN, EMILIA SANTANA TENDERO, MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA Y CAROLINA MORENO FELIPE 1201

259 EL CELADOR DESTINADO EN LA PUERTA DE URGENCIAS Y EL CONTROL DE ACCESOS
RAUL MARTINEZ MOROTE, SERGIO FUENTES MARÍN, EMILIA SANTANA TENDERO, MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA Y CAROLINA MORENO FELIPE 1205

260 **EL CELADOR ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO INTERNADO EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA**
RAUL MARTINEZ MOROTE, SERGIO FUENTES MARÍN, EMILIA SANTANA TENDERO, MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA Y CAROLINA MORENO FELIPE 1209

261 **EL VALOR DE LA INFORMÁTICA PARA UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD**
Mª INMACULADA LÓPEZ GALLEGO, ELENA MALDONADO GALERA, BÁRBARA MUÑOZ PALOMO, ÁNGEL GARRIDO GARCÍA Y SANDRA RODRIGO MARTINEZ 1213

262 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CONFLICTOS CON LOS PACIENTES EN LOS COMPLEJOS SANITARIOS**
MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA, JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ, ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY, MERCEDES VILLALÓN BARBA Y DANIEL DE LUCA NEGRETE 1217

263 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES A LA HORA DE DAR CITAS A LOS PACIENTES EN LOS CENTROS DE SALUD**
MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA, JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ, ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY, MERCEDES VILLALÓN BARBA Y DANIEL DE LUCA NEGRETE 1221

264 **LA ORGANIZACIÓN DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LA RECEPCIÓN DE ALMACENES HOSPITALARIOS**
MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA, JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ, ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY, MERCEDES VILLALÓN BARBA Y DANIEL DE LUCA NEGRETE 1225

265 **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CELADOR DE LAS DIFERENTES POSICIONES ANATÓMICAS QUIRÚRGICAS**
YOLANDA LEON DE LA TORRE, ANTONIO CANO PEÑA, ROSARIO PEREZ LOPEZ, VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA Y MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO 1229

266 **USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y LA ROBÓTICA EN LA ASISTENCIA DEL CELADOR EN ENTORNOS SANITARIOS**
MARIA DEL PILAR LILLO IRALA, JESUS CLEMENTE GARCIA, TERESA LORENTE PEREZ, CARMEN JIMENEZ MARTINEZ Y JORGE ROBLES CLAVEL 1233

267 **FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS URGENCIAS INTRAHOSPITALARIAS**
VANESSA QUIROGA MINAYA, MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL, MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO, BEATRIZ GARCÍA TEJERA Y MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO 1237

268 **FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO**
VANESSA QUIROGA MINAYA, MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL, MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO, BEATRIZ GARCÍA TEJERA Y MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO 1241

269 **FUNCIONES DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
VANESSA QUIROGA MINAYA, MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL, MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO, BEATRIZ GARCÍA TEJERA Y MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO 1245

270 **EL PERSONAL SUBALTERNO DURANTE EL CAMBIO DE ROPA DEL PACIENTE ENCAMADO. TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE SÁBANA BAJERA CUANDO LA CAMA ESTÁ OCUPADA**
ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN, GUILLERMO GONZALEZ BENITO, OLGA SANCHEZ CLEMENTE, ENCARNI MONTES IGLESIAS Y SELENIA NOVAS SALMERON 1249

271 **LA DISTRIBUCIÓN DE LOS CIRCUITOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS PARA PINCHE DEL HOSPITAL**
LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO, ELIO CRESPO ZAFRA, ANA GOMEZ GIL, GUADALUPE MAESTRE PEREZ Y MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ 1253

272 **EL PINCHE DE COCINA Y EL EMPLATADO EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO, GUADALUPE MAESTRE PEREZ, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ, ANA GOMEZ GIL Y ELIO CRESPO ZAFRA **1257**

273 **LOS PINCHES DE COCINA Y LAS CLASES DE GAMA DE ALIMENTOS QUE PODEMOS ENCONTRAR EN UNA COCINA HOSPITALARIA**
LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO, ANA GOMEZ GIL, GUADALUPE MAESTRE PEREZ, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ Y ELIO CRESPO ZAFRA **1261**

274 **LAS ESCALERAS MOVILES Y SU UTILIZACION POR PARTE DEL PERSONAL DE CALEFACTOR DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
ALVARO FERRE NAVARRO, ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ, FABIÁN CANTÓN SERRANO, CARLOS POZO GONZÁLEZ Y JORGE FERRE CAÑIZARES **1265**

275 **EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y EL USO DE ESCALERAS DE MANO EN HOSPITALES**
ALVARO FERRE NAVARRO, ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ, FABIÁN CANTÓN SERRANO, CARLOS POZO GONZÁLEZ Y JORGE FERRE CAÑIZARES **1271**

276 **EL PERSONAL DE CALEFACTOR DE MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LOS RIESGOS ELÉCTRICOS**
ALVARO FERRE NAVARRO, ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ, FABIÁN CANTÓN SERRANO, CARLOS POZO GONZÁLEZ Y JORGE FERRE CAÑIZARES **1277**

277 **ESTERILIZACIÓN Y CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS POR EL PINCHE DE COCINA**
CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ, JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ, LUCIA AGUJETAS MAYA, ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO Y CONCEPCIÓN NIETO QUILON **1283**

278 RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL HOSPITAL
CRISTINA OCAÑA MARCO 1287

279 EXPOSICIÓN DE LA COCCIÓN AL VACÍO POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA
FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ 1291

280 ELABORAR UN DIAGRAMA DE FLUJO DE UN ALIMENTO POR PARTE DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA
FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ 1295

281 LA GRÚA HIDRÁULICA COMO MATERIAL PARA MOVILIZAR A LOS PACIENTES. EL CELADOR DURANTE LA MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE CON GRÚA HIDRÁULICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
SELENIA NOVAS SALMERON, ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN, GUILLERMO GONZALEZ BENITO, OLGA SANCHEZ CLEMENTE Y ENCARNI MONTES IGLESIAS 1299

282 LOS CAMBIOS POSTURALES DEL PACIENTE ENCAMADO. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO
ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN, GUILLERMO GONZALEZ BENITO, OLGA SANCHEZ CLEMENTE, ENCARNI MONTES IGLESIAS Y SELENIA NOVAS SALMERON 1303

283 LA ATENCION AL PACIENTE EN ADMISION DE URGENCIAS
SHEILA GARCÍA HEVIA 1307

284 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA
MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS, VANESSA GARCIA RAMOS, MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA, JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ Y BARBARO GONZALEZ MARTINEZ 1311

285 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE
MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS, VANESSA GARCIA RAMOS, MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA, JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ Y BARBARO GONZALEZ MARTINEZ **1315**

286 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO HOSPITALARIO
MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS, VANESSA GARCIA RAMOS, MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA, JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ Y BARBARO GONZALEZ MARTINEZ **1319**

287 EL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO
JOSE LUIS SALMERON SUAREZ Y PATRICIA CALZÓN FERNÁNDEZ **1323**

288 EL CELADOR Y LA ACTUACIÓN CON EL NEONATO
JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ, YOLANDA SILGADO ARANDA, MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ, MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS Y VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS **1327**

289 LA VISIÓN GENERAL DE UN CELADOR COMO PROFESIONAL DEL SISTEMA SANITARIO
JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ, MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ, YOLANDA SILGADO ARANDA, VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS Y MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS **1331**

290 EL CELADOR Y LAS FUNCIONES QUE DESARROLLA EN EL SERVICIO DE AUTOPSIAS
JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ, VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS, MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS, MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ Y YOLANDA SILGADO ARANDA **1335**

291 EL TRABAJO DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA
LORENA DELGADO GONZALEZ, NOELIA GARCIA MUÑOZ, ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA, MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO Y MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE **1339**

292 TAREAS Y FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA
LORENA DELGADO GONZALEZ, NOELIA GARCIA MUÑOZ, ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA, MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO Y MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE 1343

293 FUNCIONES DEL CELADOR EN LOS BOXES DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
LORENA DELGADO GONZALEZ, NOELIA GARCIA MUÑOZ, MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE, MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO Y ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA 1347

294 LA COLABORACIÓN CON EL PERSONAL SANITARIO DEL CELADOR CUANDO SE PRODUCE UN EXITUS
LORENA DELGADO GONZALEZ, NOELIA GARCIA MUÑOZ, ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA, MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO Y MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE 1351

295 EL SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO DE LOS CENTROS SANITARIOS
GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO, NURIA SÁNCHEZ TORREJON, JOSEFINA SANTOS ALONSO, MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ VELASCO Y MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ 1355

296 RIESGOS ERGONÓMICOS DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO, JOSEFINA SANTOS ALONSO, MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ, MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ VELASCO Y NURIA SÁNCHEZ TORREJON 1359

297 REGISTRO DEL PACIENTE QUE RECHAZA UN TRATAMIENTO MÉDICO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO, JOSEFINA SANTOS ALONSO, MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ VELASCO, MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ Y NURIA SÁNCHEZ TORREJON 1363

298 PERSONAL NO SANITARIO: MECÁNICO, PRIMEROS AUXILIOS: MEDIDAS POSREANIMACIÓN
JOAQUIN GUIJA MATÍAS 1367

299 EL CELADOR Y EL PACIENTE FALLECIDO
VICTOR GARCIA GARCIA 1371

300 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN EL ÁMBITO SANITARIO
LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ, VERÓNICA PASTRANA RUIZ, MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS Y VERONICA MARTINEZ LOPEZ 1375

301 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LAS RECLAMACIONES EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD
VERONICA MARTINEZ LOPEZ, VERÓNICA PASTRANA RUIZ, MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS Y LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ 1379

302 OPTIMIZACIÓN ERGONÓMICA DEL ENTORNO LABORAL EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS, VERONICA MARTINEZ LOPEZ, LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ Y VERÓNICA PASTRANA RUIZ 1383

303 LA MEJORA DE LAS TAREAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA TELECONSULTA A DEMANDA EN ATENCIÓN PRIMARIA
MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ, JOSUE GOMEZ MANZANERO, MARTA SANCHEZ ADEVA, SONIA RAMOS MARTÍNEZ Y INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA 1387

304 LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UNIDADES DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ, SONIA RAMOS MARTÍNEZ, JOSUE GOMEZ MANZANERO, MARTA SANCHEZ ADEVA Y INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA 1393

305 LA FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO QUE EJERCE SUS FUNCIONES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA
MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ, INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA, SONIA RAMOS MARTÍNEZ, JOSUE GOMEZ MANZANERO Y MARTA SANCHEZ ADEVA 1397

306 EL PINCHE DE COCINA: MEDIDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
MARÍA INMACULADA GARCÍA SANCHEZ MAYORAL Y ALICIA CORROCHANO MARTÍN 1401

307 PINCHE Y EL ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS EN LOS HOSPITALES
MARIA HERAS JIMENEZ, JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ, PILAR SANCHEZ MONTERO, ANTONIO SARRION TOLOSA Y PABLO CAMPOS PLIEGO 1405

308 SISTEMAS DE GESTIÓN Y DISEÑO DE LA COCINA HOSPITALARIA. PINCHE
MARIA HERAS JIMENEZ, JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ, PILAR SANCHEZ MONTERO, ANTONIO SARRION TOLOSA Y PABLO CAMPOS PLIEGO 1409

309 EL MANEJO SEGURO DE LOS ELECTRODOMÉSTICOS DE LA COCINA HOSPITALARIA, PINCHE
MARIA HERAS JIMENEZ, JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ, PILAR SANCHEZ MONTERO, ANTONIO SARRION TOLOSA Y PABLO CAMPOS PLIEGO 1415

310 TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA Y COMO ACTUAR ANTE UNA EN ANAFILAXIA
ESTHER MANDRION BUSTAMANTE, MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN, BERNARDO BAEZA CALDERON, ANA MARIA MAÑAS ORTEGA Y SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ 1419

311 TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. CÓMO PONER UNA CUÑA Y UNA BOTELLA DE MICCIÓN
ESTHER MANDRION BUSTAMANTE, MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN, BERNARDO BAEZA CALDERON, ANA MARIA MAÑAS ORTEGA Y SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ 1423

312 TÉCNICO AUXILIAR DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS
ESTHER MANDRION BUSTAMANTE, MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN, BERNARDO BAEZA CALDERON, ANA MARIA MAÑAS ORTEGA Y SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ 1427

313 ATENCIÓN DE LA ENFERMERÍA A PACIENTES CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)
CRISTINA GIJÓN RUIZ, VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE, MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ, ALBA ANDREO CANDEL Y ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR 1431

314 PACIENTES CON ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y CUIDADOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
CRISTINA GIJÓN RUIZ, VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE, MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ, ALBA ANDREO CANDEL Y ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR 1435

315 PAPEL DEL ENFERMERO EN LA FISIOPATOLOGÍA DE LOS POLITRAUMATISMOS
CRISTINA GIJÓN RUIZ, VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE, MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ, ALBA ANDREO CANDEL Y ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR 1439

316 DESEMPEÑO DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA
MARÍA SESAR RÚA 1443

317 HERRAMIENTAS DE TRABAJO EN COCINAS HOSPITALARIAS. PINCHES DE COCINA
JESÚS ENRIQUE VELASCO FERNÁNDEZ Y JULIO VELASCO VALERA 1449

318 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL PÚBLICO EN EL CENTRO SANITARIO
CAROLINA LÓPEZ SALVADOR, SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ, ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA PATOS, MARÍA VANESA MARTÍN PUIG Y ANA M° GARCÍA HERNANDO 1453

319 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL PACIENTE
CAROLINA LÓPEZ SALVADOR, SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ, ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA PATOS, MARÍA VANESA MARTÍN PUIG Y ANA M° GARCÍA HERNANDO 1457

320 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE CITAS DEL PACIENTE
CAROLINA LÓPEZ SALVADOR, SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ, ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA PATOS, MARÍA VANESA MARTÍN PUIG Y ANA M° GARCÍA HERNANDO 1461

321 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ANIMALARIO
MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA, ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA, ALVARO MORA GARCIA, VANESA REY GARCÍA Y PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS 1465

322 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN
MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA, ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA, ALVARO MORA GARCIA, VANESA REY GARCÍA Y PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS 1469

323 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA
MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA, ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA, ALVARO MORA GARCIA, VANESA REY GARCÍA Y PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS 1473

324 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR: LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO Y SUS VENTAJAS EN EL ÁMBITO SANITARIO
MARÍA AMOR DÍAZ AFONSO 1477

325 LAS MEDIDAS QUE SE DEBEN DE SEGUIR PARA EVITAR ACCIDENTES EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES
SANDRA GONZALEZ AMORAGA, ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA, JUAN ESTEBAN MORAL, MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ Y IRENE TENES MUÑOZ 1481

326 LAS COCINAS HOSPITALARIAS Y CÓMO GESTIONAN LOS RESIDUOS PRODUCIDOS
SANDRA GONZALEZ AMORAGA, ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA, JUAN ESTEBAN MORAL, MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ Y IRENE TENES MUÑOZ 1485

327 CONSERVACIÓN EN FRÍO COMO MÉTODO DE CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS
SANDRA GONZALEZ AMORAGA, ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA, JUAN ESTEBAN MORAL, MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ Y IRENE TENES MUÑOZ 1489

328 APLICACIÓN DE MINDFULNESS EN EL ENTORNO SANITARIO
ANDREA BRAVO CARRILERO, RAQUEL MUELA RODRIGUEZ, ANA ROBLES CAMPILLO, ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE Y MIRIAM MORENO MANRIQUE 1493

329 FATIGA POST-PANDEMIA EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS
MARIA JOSEFA DÍAZ GARCÍA Y ARANZAZU CELIS FERNANDEZ 1499

330 IMPACTO DE LA FORMACIÓN CULINARIA EN LA TRAYECTORIA PROFESIONAL DE LOS PINCHES DE COCINA
CONCEPCIÓN NIETO QUILON, CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ, JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ, LUCIA AGUJETAS MAYA Y ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO 1503

331 MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y REQUISITOS DE LOS MANIPULADORES DE ALIMENTOS Y PINCHES DE COCINA
JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ, ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO, LUCIA AGUJETAS MAYA, CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ Y CONCEPCIÓN NIETO QUILON 1507

332 UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS MANUALES EN EL TRABAJO DE ALBAÑIL EN LOS SERVICIOS DE SALUD
DIEGO RODRIGUEZ RABADAN ALHAMBRA 1511

333 TRABAJOS DE SOLADOS Y ALICATADOS EN LOS CENTROS SANITARIOS
DIEGO RODRIGUEZ RABADAN ALHAMBRA 1515

334 PRINCIPIO DE MARCHA ADELANTE Y CIRCUITOS DE TRABAJO POR EL PERSONAL DE COCINA.
LUCIA AGUJETAS MAYA Y JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ 1519

335 PROCESO Y PREPARACIÓN DE EQUIPOS Y MEDIOS EN TRABAJOS DE ALBAÑILERÍA POR PARTE DEL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS EN LOS SERVICIOS SANITARIOS
DIEGO RODRIGUEZ RABADAN ALHAMBRA 1523

336 EL CELADOR Y LA NORMATIVA EN SU TRABAJO: CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA Y LEY 41/2002
IMANOL MECO GOMEZ DE LAS HERAS, MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ, MANUELA MUÑOZ GARCÍA, ANA BELEN SANCHEZ MAESTRE Y EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA 1527

337 EL TRABAJO DEL CELADOR EN EL ÁREA DE ADMISIÓN
IMANOL MECO GOMEZ DE LAS HERAS, MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ, MANUELA MUÑOZ GARCÍA, ANA BELEN SANCHEZ MAESTRE Y EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA 1531

338 EL TRABAJO DEL CELADOR EN AUTOPSIAS
IMANOL MECO GOMEZ DE LAS HERAS, MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ, MANUELA MUÑOZ GARCÍA, ANA BELEN SANCHEZ MAESTRE Y EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA 1535

339 ASISTENCIA A PACIENTES EXTRANJEROS EN LA SANIDAD ESPAÑOLA POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
GLORIA MARÍA MORENO GALAN, MARÍA MORENO RODRÍGUEZ, MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ, MARIA CARMEN TORRES GARCÍA Y AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO 1539

340 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA
GLORIA MARÍA MORENO GALAN, MARÍA MORENO RODRÍGUEZ, MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ, MARIA CARMEN TORRES GARCÍA Y AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO 1545

341 QUEJAS Y SUGERENCIAS EN CENTROS HOSPITALARIOS . ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
GLORIA MARÍA MORENO GALAN, MARÍA MORENO RODRÍGUEZ, MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ, MARIA CARMEN TORRES GARCÍA Y AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO 1551

342 TIPOS DE EXTINTORES A UTILIZAR EN CASO DE INCENDIOS
MARIA JOSEFA DÍAZ GARCÍA 1557

343 FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN LA INFORMACIÓN HOSPITALARIA
REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ, MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO, ANIBALIANA CULEBRAS PERES, ISABEL COPETE ESPARCIA Y MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA 1561

344 FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ, MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO, ANIBALIANA CULEBRAS PERES, ISABEL COPETE ESPARCIA Y MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA 1565

345 FUNCIONES DEL TELEFONISMA EN EL SERVICIO DE TRIAJE HOSPITALARIO
REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ, MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA, ISABEL COPETE ESPARCIA, ANIBALIANA CULEBRAS PERES Y MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO 1569

346 EL CELADOR Y LOS RIESGOS BIOLÓGICOS
VICTOR GARCIA GARCIA 1573

347 LA MUERTE Y EL CELADOR
VICTOR GARCIA GARCIA 1577

348 GARANTÍA DE LAS PRESTACIONES ANALÍTICAS EN UN LABORATORÍO CLÍNICO
MARIA PILAR FERNANDEZ FERNÁNDEZ 1581

Capítulo 1

MANEJO DE LA DISFUNCIÓN TIROIDEA EN GESTANTES

ELENA LÓPEZ VIESCA

1 Introducción

España es un área geográfica considerada tradicionalmente yodo deficiente. La situación nutricional de yodo ha mejorado en los últimos años tanto en niños como en población adulta, sin embargo, la mayoría de los estudios realizados en mujeres embarazadas sin patología, evidencian una deficiencia nutricional de yodo. Este hecho, sumado a que la patología tiroidea es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre, justifica las frecuentes alteraciones de la función tiroidea en las mujeres de edad fértil y gestantes.

A través del estudio nacional Di@bet podemos conocer la prevalencia de alteraciones tiroideas de mujeres en edad fértil: La entidad más frecuente es el hipotiroidismo subclínico , presente en un 5-7% de esta población, seguido del hipotiroidismo clínico (2- 4,5%) y el hipertiroidismo (0,5-1%). Entre un 5-10% de pacientes presentan autoinmunidad tiroidea positiva.

La autoinmunidad tiroidea (AIT): es la presencia en sangre de anticuerpos antitiroideos, principalmente antiperoxidasa tiroidea (anti-TPO) y antitiroglobulina (anti-Tg). La positividad de estos anticuerpos, se asocia con mayor susceptibilidad de patología tiroidea (tanto hipo como hipertiroidismo), asimismo , está demostrada la asociación de la AIT con un peor pronóstico reproductivo, desde infertilidad y abortos recurrentes hasta complicaciones obstétricas.

Para realizar un correcto manejo y tratamiento de la enfermedad tiroidea durante el embarazo es fundamental comprender los cambios en la fisiología tiroidea durante la gestación. El embarazo supone un aumento de las necesidades metabóli-

cas, por lo tanto, la glándula tiroidea produce una serie de cambios. Se produce un aumento de la globulina fijadora de tiroxina sérica (TBG), ya que el estrógeno aumenta la producción de TBG, y una estimulación del receptor de tirotropina (TSH) por la gonadotropina coriónica humana (hCG).
El exceso de TBG conduce a un aumento en las concentraciones séricas de T4 y T3 total, pero no libre. Los niveles de T4 y T3 totales aumentan aproximadamente en un 50 % durante la primera mitad del embarazo y se estabilizan aproximadamente a las 20 semanas de gestación, en este momento las hormonas tiroideas vuelven a las tasas previas al embarazo.
Estas alteraciones en la función tiroidea materna, se asocian a la aparición de diversas complicaciones perinatales, que pueden afectar al curso de la gestación, así como al desarrollo fetal cuando no son tratadas. Por lo tanto, es crucial el diagnóstico y tratamiento precoz.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es realizar un resumen actualizado sobre el diagnóstico y las recomendaciones en pacientes sanas con enfermedad tiroidea durante la gestación. Se trata de un problema frecuente y el ginecólogo general o el médico de Atención Primaria debe conocer la estrategia a seguir. No se tratará en este capítulo el manejo de la paciente gestante con disfunción tiroidea previa.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los artículos de mayor relevancia en Pubmed y se han revisado los últimos protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEM). También se ha tenido en cuenta las guías de la Endocrine Society y del American College of Obstetricians and Gyneocologists.

4 Resultados

NUTRICIÓN DE YODO:
Dado que nuestro país es un área deficitaria de yodo es recomendable que sepamos cuáles son las ingestas de yodo recomendadas:

- La OMS recomienda 250 µg/día y establece un umbral de 500 µg/día por encima del cual no se consiguen beneficios adicionales, incluso podría inducir alteraciones tiroideas.
- El Institute of Medicine en EE.UU. fija las necesidades en 220 µg/día durante el embarazo y 290 µg/día durante la lactancia.

Las principales fuentes nutricionales de yodo son: Sal yodada, leche y derivados lácteos, pescado y algas.

Para aportar 250 µg/día de yodo, deben ingerirse 3 raciones de leche o derivados y 2 gramos de sal yodada a diario.

Existen además de los alimentos ricos en yodo otros métodos para garantizar una adecuada ingesta: se trata de los suplementos farmacológicos y los complejos polivitamínicos. En los casos en los que se recomiende el uso de suplementos de yoduro potásico, por no ingerir una adecuada dosis de yodo en diente: la pauta a seguir sería la siguiente:

• Inicio preconcepcional, al menos 2 meses antes, para conseguir unos depósitos de yodo adecuados al inicio del embarazo. Existen suplementos de 100, 200 o 300 µg por comprimido

• Se recomienda el tratamiento desde la etapa preconcepcional o gestacional temprana hasta la finalización de la lactancia materna exclusiva, de manera ininterrumpida.

CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES Y CRIBADO:

Es importante que conozcamos los valores normales de las pruebas de función tiroidea durante el embarazo y cuál es el momento más adecuado para hacer el cribado de la disfunción tiroidea en la gestación.

La determinación debe realizarse entre las 9 y las 11 semanas de embarazo. Antes de la semana 7, los niveles de la β-hCG son más bajos (la TSH no estará suficientemente inhibida, y sus valores rondarán los de la población no gestante). Después de la semana 12, el efecto de la β-hCG disminuye y el valor de la TSH vuelve a subir hasta alcanzar los valores normales en población no gestante.

Según la Guía de la American Thyroid Association (ATA) de 2017, se consideran los siguientes rangos de referencia en mujeres sin patología tiroidea y con buena nutrición yódica: TSH: 0,1 - 4,0 mU/l .

Consideramos hipotiroidismo subclínico: TSH > 4 mU/l con T4 y/o T3 normales.

Consideramos hipotiroidismo clínico: TSH > 4 mU/l con T4 y/o T3 disminuidas.

Si la TSH es superior a 10 mU/l, con independencia del valor de la T4, debe considerarse un hipotiroidismo clínico.

Consideramos hipertiroidismo subclínico: TSH < 0,1 mU/l con T4 y/o T3 normale

Consideramos hipertiroidismo clínico: TSH < 0,1 mU/l con T4 y/o T3 aumen-

tadas.

Diferentes sociedades científicas como la American Thyroid Association (ATA) Endocrine Society o el American College of Obstetricians and Gyneocologists , recomiendan hacer el cribado solo si hay factores de riesgo: Historia de hipotiroidismo/hipertiroidismo o presencia de signos/síntomas de disfunción tiroidea. Historia familiar de enfermedad tiroidea autoinmune o disfunción tiroidea. Positividad conocida de los anticuerpos antitiroideos o presencia de bocio. Edad > 30 años. Diabetes tipo I u otras enfermedades autoinmunes. Historia de muerte fetal, parto pretérmino o infertilidad. Antecedente de embarazo múltiple (≥ 2). Obesidad mórbida (IMC ≥ 40 kg/m^2). Uso de amiodarona o litio, o administración reciente de un contraste radiológico yodado. Residir en un área conocida de deficiencia moderada o severa de yodo.

La sociedad española de Ginecología y Obstetricia y la sociedad española de Endocrinología y nutrición recomiendan un cribado universal de la patología tiroidea en el primer trimestre de la gestación.

Estrategias de cribado de disfunción tiroidea.

- Gestantes sanas: Solicitar TSH entre las 9-11 semanas.
- Pacientes de alto riesgo obstétrico (Infertilidad previa, abortos de repetición, muerte intraútero, parto pretérmino): Solicitar TSH, T4L y Anti-TPO (anticuerpos antiperoxidasa tiroidea.), idealmente, preconcepcional o en el momento de confirmar embarazo (test de gestación positivo).

Manejo del Hipotiroidismo:

Con TSH > a 4: iniciaremos tratamiento con levotiroxina (LT4), independientemente de TPO.

Con TSH 2,5 - 4,0 mU/l: si TPO positivo: tratar a partir de TSH > 2,5 mU/l (debe restringirse a situaciones de alto riesgo como infertilidad o aborto recurrente) y si TPO negativo: tratar a partir de TSH > 4,0 mU/l.

Con TSH < 2,5 mU/l: LT4 no está recomendada.

Manejo del Hipertiroidismo: TSH < 0,1 mU/l: Solicitar T4L y anticuerpos TSI (estimulantes del receptor de TSH)

- Si TSI negativos con T4L normal o ligeramente elevada, se trata de Hipertiroidismo gestacional transitorio , que no precisa tratamiento.
- Si TSI Positivos T4L elevada: Hipertiroidismo (sospecha enfermedad de Graves). Dervar a endocrinología.

Una vez descartada la positividad de los anticuerpos TSI, el pronóstico cambia sustancialmente ya que no está indicado el tratamiento con fármacos antitiroideos y no es necesaria la derivación a endocrinología. Este supuesto no se asocia a complicaciones maternas ni fetales.

5 Discusión-Conclusión

La patología tiroidea durante la gestación es relativamente frecuente, debido al cambio de los niveles hormonales.
La OMS recomienda una ingesta de 250 µg/día de yodo. Para alcanzar estas dosis, deben ingerirse 3 raciones de leche o derivados y 2 gramos de sal yodada a diario. Las pacientes que no alcanzan estos requerimientos con la dieta, deberían recibir suplementos farmacológicos o multivitamínicos que contengas yodo.
Se recomienda en nuestro país un cribado universal de enfermedad tiroidea en primer trimestre.
Todas las mujeres con hipotiroidismo clínico deben recibir tratamiento. El tratamiento recomendado para el tratamiento del hipotiroidismo materno es la administración de LT4 vía oral. El hipotiroidismo subclínico debe manejarse de manera personalizada, teniendo en cuenta el estado de autoinmunidad (anticuerpos positivos o negativos) y los antecedentes obstétricos de riesgo. En caso de decidir tratar el hipotiroidismo subclínico, se recomienda tratar, de forma genérica, con 50 µg de LT4.
En pacientes con TSH < 0,1 mU/l, es importante solicitar anticuerpos TSI para descartar su positividad. Si estos son positivos o la T4 está elevada la paciente debe ser derivada al servicio de Endocrinología para recibir tratamiento.

6 Bibliografía

1- Taylor PN, Albrecht D, Scholz A, Gutierrez-Buey G, Lazarus JH, Dayan CM, Okosieme OE. Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism. Nat Rev Endocrinol 2018;14(5):301-316.
2- Zimmermann MB, Boelaert K. Iodine deficiency and thyroid disorders. Lancet Diabetes Endocrinol 2015;3(4):286-95.
3- Valdés S, Maldonado-Araque C, Lago-Sampedro A, Lillo JA, García-Fuentes E, Pérez- Valero V, et al.
De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, Eastman CJ, Lazarus JH, Luton D, Mandel SJ, Mestman J, Rovet J, Sullivan S. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 2012;97(8):2543-65.Population-based national prevalence of thyroid dysfunction in Spain and associated factors: Di@bet.es study. Thyroid 2017;27(2):156-66.
4- Alexander EK, Pearce EN , Brent GA , Brown RS , Chen H , Dosiou C , Grobman WA , Laurberg P , Lazarus JH , Mandel SJ , Peeters RP ,S ullivan S. 2017 Guidelines

of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. Thyroid 2017;27(3):315-389.
5- American College of Obstetricians and Gyneocologists (Noauthorslisted) .Thyroid Disease in Pregnancy : ACOG Practice Bulletin, Number 223. Obstet Gynecol 2020;135(6):e261-e274.
6- Rayman MP. Multiple nutritional factors and thyroid disease, with particular reference to autoimmune thyroid disease. The Proceedings of the Nutrition Society 2019;78(1):34-44.
Pearce EN . Thyroid autoimmunity is associated with postpartum thyroiditis risk , even in women with treated hypothyroidism. J Clin Endocrinol Metab 2020;105(7):dgaa284.
7- PoppeK.,VelkeniersB.,GlinoerD. The role of thyroid autoimmunity infertility and pregnancy. Nature Clinical Practice. Endocrinology & Metabolism 2008;4(7):394-405.
8- Dong AC, Morgan J, Kane M, Stagnaro-Green A, Stephenson MD. Subclinical hypothyroidism and thyroid autoimmunity in recurrent pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis. Fertil Steril 2020;113(3):587-600.e1.
9- VandenBoogaard E , Vissenberg R , Land JA, vanWely M , Vender Post JA , Goddijn M , Bisschop PH. Significance of (sub)clinical thyroid dysfunction and thyroid autoimmunity before conception and in early pregnancy: a systematic review. Hum Reprod Update 2016;22(4):532-3.
10- Korevaar TI , Steegers EA , Pop VJ , Broeren MA , Chaker L , deRijke YB , Jaddoe VW , Medici M, Visser TJ ,Tiemeier H, Peeters RP. Thyroid Autoimmunity Impairs the Thyroidal Response to Human Chorionic Gonadotropin: Two Population-Based Prospective Cohort Studies. J Clin Endocrinol Metab 2017;102(1):69-77.
11- Vila L, Velasco I, González S, Morales F, Sánchez E, Lailla JM, Martínez-Astorquiza T, Puig-Domingo M; Grupo de Trabajo de Trastornos por Deficiencia de Yodo y Disfunción Tiroidea de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Detección de la disfunción tiroidea en la población gestante: está justificado el cribado universal. Med Clin (Barc) 2012;139(11):509.e1-509.e11.
12- González-Martínez S, Riestra-Fernández M, Martínez-Morillo E, Avello-Llano N, Delgado-Álvarez E, Menéndez-Torre EL. Nutritional Iodine Status in Pregnant Women from Health Area IV in Asturias (Spain): Iodised Salt Is Enough. Nutrients 2021;13(6):1816.

Capítulo 2

CALIDAD DEL SUEÑO EN LAS PERSONAS MAYORES

MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO

CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ

PAULA CUETO CANTERO

AIDA NAVAS SIERRA

MªJESÚS FERNÁNDEZ CONDE

1 Introducción

Está ampliamente contrastado en la literatura científica que la calidad del sueño deteriora con la edad. En los últimos y recientes trabajos sobre el tema, observamos que solo el 20% de las personas mayores están satisfechas con la calidad de su sueño.

Padecer, insomnio, retraso en coger el sueño, frecuentes despertares, sueño ligero, de corta duración, etc., son algunos de los principales trastornos que indican sufrir estas personas de edad avanzada. Además, se ha comprobado en diferentes pruebas clínicas que también existe una baja eficiencia del sueño, una disminución del sueño ortodoxo y una disminución del tiempo de sueño.

Por otro lado, la deficiente calidad de sueño en este grupo etario es sinónimo de aumento de los riesgos de caídas, con todas las consecuencias que conlleva (fracturas óseas, inmovilización, problemas respiratorios…). Algunas veces, incluso se puede llegar al fallecimiento por problemas cardiacos, traumatismos craneales…

El aumento de quejas en los mayores con mal sueño se relaciona, de forma importante, con un aumento de quejas de síntomas respiratorios, con limitaciones físicas, la toma de fármacos no prescritos por el facultativo, con síntomas depresivos…
Una duda muy generalizada entre los autores es que debate con cierta frecuencia es que, si el deterioro del sueño con la edad es fruto del envejecimiento de la persona en sí misma, o más bien de hechos que se relacionan con este envejecimiento, como el aumento de toma de fármacos, una pobre calidad de vida, presencia de factores psicopatológicos…

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer la importancia que tiene el deterioro del sueño con la edad, y además intentar identificar cuáles son los parámetros del sueño, que más se desajustan con el avance de la edad.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se empleará el método de la revisión sistemática de documentos sobre la calidad del sueño en las personas mayores, obtenidos en bases de datos de páginas especializadas de internet como Pubmed, Medline, Cochrane… y en revistas especializadas como Science.
El periodo de publicación de los documentos se limitó al periodo entre el año 2014 y el año 2022, y las palabras claves utilizadas han sido: sueño, ancianos, deterioro.
En una primera colección se obtuvieron 30 trabajos relacionados con el tema de este estudio, a los cuales se les aplicó unos criterios de inclusión/exclusión, terminando siendo seleccionados 7 trabajos aptos para nuestro estudio.

4 Resultados

Los datos objetivos obtenidos de nuestra revisión bibliográfica, en respuesta a nuestro objetivo, fueron los siguientes.
El instrumento utilizado con mucha validez por los investigadores es el cuestionario de Pittsburgh para el sueño. Tiene una lata fiabilidad demostrada en numerosos trabajos. Se compone de cuestionario de preguntas sobre los hábitos de sueño del último mes.

Al analizar los datos de este estudio encontramos evidencia que la calidad del sueño se va deteriorando con el avance de la edad en las personas. La puntuación en los trastornos del sueño aumenta con la progresión de la edad, por lo que esto parece avalar la hipótesis de que este deterioro del sueño es consecuencia del propio envejecimiento.
Parece ser que el aspecto que más se deteriora con la edad es la eficiencia del sueño, es decir, que no se duerme una parte importante del tiempo que se está acostado. Parece haber unanimidad entre los autores en decir que el deterioro del sueño está en relación con factores circadianos, como una ruptura del propio ritmo, y, por otro lado, con la presencia de somnolencia diurna con pequeñas siestas.
En este sentido, observamos en nuestra revisión documental que, en las personas mayores con problemas de insomnio, con problemas de conciliación del sueño, hay presencia de un retraso en el ritmo de la temperatura corporal, pudiendo sugerir que existir un ritmo de sueño adelantado o fragmentado.
La principal queja de las personas ancianas, tanto institucionalizadas como en la comunidad, es la dificultad para mantener el sueño a lo largo de toda la noche, con pequeños despertares que fragmentan la continuidad del sueño.
Una posible respuesta aportada por diferentes autores es que los ancianos pasan más tiempo acostados en la cama del que debieran y del que fisiológicamente necesitan, por lo que la continuidad en el sueño nocturno se ve afectada, con fragmentación.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir observando que el cuestionario del sueño de Pittsburgh es el instrumento más utilizado para la valoración de la calidad del sueño en personas mayores, con alta fiabilidad y eficacia.
Por otro lado, también concluimos que el deterioro de la edad es gradual y progresivo con la edad, por lo que es más evidente en las personas ancianas. El deterioro del sueño va creciendo gradualmente conforme avanza la edad, afectando sobre todo la menor duración del sueño.
En la prevalencia existente sobre la calidad del sueño en ancianos, se nota que en personas mayores de 80 años es menor que en otras franjas de edades, también superiores a 65 años. Este dato nos puede indicar que el dormir bien es un factor que aumenta la longevidad y la calidad de vida de las personas mayores.

6 Bibliografía

Ferreira S, López de Audicana I, Aguirre E. Estudios de los hábitos de sueño de personas mayores de 60 años institucionalizadas y no institucionalizadas. Gerokomos, 2001; 12(3): 95-101.
Ancoli Israel S. Trastornos del sueño: a la cama con los mitos. Rev Modern Geriátrica (Ed Española), 1997; 9(6): 141-147.
López C. El insomnio en el anciano. Enferm Docente, 2000, 69; 31-34.
Estivill E. El sueño ese desconocido (Tomo2). Madrid: Editorial Médica Internacional, S.A. (EMISA), 1991.
Azúa MD, Lample AM, Monzón A, García S, Blasco M. Necesidad de sueño en el anciano. Enf. Cient. 1998; 78:41-42.
Salgado A, Guillén F. Manual de geriatría (2ª edición). Barcelona: Masson-Salvat Medicina, 1994.
Durán M, Torrado V. terapia de conducta en el insomnio de ancianos. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 1993; 28(1): 18-23.
González P, Pedregal JA, Bousoño M, Bobes J. Manejo del paciente con insomnio (1ª Edición). Oviedo: I. Gonfer, 1994.

Capítulo 3

CONTENCIONES MECÁNICAS EN PERSONAS MAYORES: PRINCIPIOS BIOÉTICOS

MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO

CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ

PAULA CUETO CANTERO

AIDA NAVAS SIERRA

MªJESÚS FERNÁNDEZ CONDE

1 Introducción

La situación poblacional actual, tanto en España como internacionalmente en los países desarrollados, es una población muy envejecida, más en unos países que en otros, con una fragilidad de salud muy pronunciada. Incluso en España hay regiones o provincias mucho más envejecidas que otras.

Esta población muy envejecida es sufridora de las enfermedades propias de la edad, tales como demencias, Alzheimer, etc., y con la pérdida de funcionalidad física y mental. Estas enfermedades y deterioro de la persona al envejecer hacen de esta una persona muy frágil, muy dependiente de los cuidados del entorno, tanto familiar como institucional y hospitalario.

El uso de contenciones mecánicas y químicas con fines preventivos y/o terapéuticos es de una alta prevalencia, sobre todo en los centros de atención sociosanitarios institucionalizados. Estas intervenciones no son novedosas, sino que llevan

realizando desde hace mucho tiempo atrás, principalmente con los pacientes con enfermedades mentales.
Existen diferentes mecanismos de contenciones físicas, que van desde la contención con sujeción a la cama o hasta la silla, pasando por contenciones como las manoplas para impedir que el enfermo pueda actuar con los dispositivos médicos o se autolesione.
La finalidad de cada uno de estos dispositivos finalmente es la misma. Las contenciones mecánicas o las restricciones físicas tienen como fin aumentar la seguridad del usuario sobre el que son aplicadas.
Para algunos autores existe la duda razonable y una evidencia que avala lo contrario, poniendo en entredicho la protección del usuario, así como el cumplimiento de los principios fundamentales de la bioética que a que tener en cuenta a la hora de utilizar estos dispositivos.

2 Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es conocer los diferentes tipos de contenciones mecánicas utilizadas para la seguridad de los pacientes mayores, y saber si son correctas según los principios de bioética.

3 Metodología

Para el cumplimiento de nuestro objetivo, hemos realizado una búsqueda literaria de trabajos y estudios sobre las contenciones en personas mayores, en bases de datos de páginas especializadas en internet y en revistas de corte científico, para su posterior revisión sistemática y extracción de datos objetivos que nos ayuden al cumplimiento de nuestro objetivo.
Las palabras claves utilizadas fueron: contenciones mecánicas, ancianos, principios bioéticos.
El periodo admitido para las publicaciones fue el intervalo temporal desde el año 2005 al año 2022.
De esta búsqueda se identificaron 27 trabajos sobre las contenciones en personas mayores, que después ser sometidos a unos criterios de inclusión/exclusión, quedaron solamente 9 seleccionados para nuestra investigación.

4 Resultados

Los principales datos obtenidos de nuestra revisión bibliográfica se detallan a continuación.

Una de las definiciones más acertada y utilizada por investigadores es que las contenciones mecánicas son "cualquier método físico, manual, aparato mecánico o equipo que esté contiguo al cuerpo del individuo, que lo sujete de tal forma que la persona no lo pueda suprimir fácilmente y el cual restringe la libertad de movimientos o el acceso normal a cualquier parte de su cuerpo".

La creación de las contenciones surge en la época de la Grecia clásica como respuesta al problema de los enfermos mentales, para evitar que se autolesionen o lesionen a las personas de su entorno.

Las contenciones mecánicas más utilizadas son la sábana de sujeción, cinturón abdominal, chaleco abdominal, cinturón abdominal y perineal, barandillas en la cama, etc.

Observamos que el uso de contenciones aumenta de forma proporcional a la edad de los usuarios.

Para hablar de bioética se debe partir de dos principios básicos de ética como son; el principio ontológico (el ser humano es persona y en cuanto tal tiene dignidad y no precio), y el principio ético (en tanto que personas, todos los seres humanos son iguales y merecen la misma consideración y respeto).

La Real academia española define la bioética como "el estudio de los problemas éticos originados por la investigación biológica y sus aplicaciones, como en la ingeniería o la clonación". Esta definición implica actuar de acorde a unos principios morales relacionados con la biología, es decir, el derecho a la vida. Generalmente, son los profesionales de la salud los que principalmente otorgan estos principios a los usuarios.

Existen uno a cierta relación entre la bioética y el uso de las contenciones mecánicas. Los pacientes en los que se utilizan estos procedimientos son personas mayores, principalmente con enfermedades degenerativas, déficits cognitivos avanzados con pérdida de capacidad de decisión. Por lo cual la decisión de la aplicación de estas medidas corresponde al profesional sanitario y de ahí pueden entrar en conflicto con diferentes principios éticos y legales. En este tipo de decisiones, además de entrar en juego la bioética, también hay que valorar la parte legislativa que regula el uso y aplicación de estos procedimientos.

Existen diferentes leyes que incluyen, entre sus artículos, una normativa a tener en cuenta en la aplicación de estas técnicas. Algunas de esas normativas son la Constitución Española, Ley 41/2002 del 14 noviembre, etc.

En bioética existen 4 principios básicos; el principio de beneficencia, principio de no maleficencia, principio de justicia y el principio de autonomía, y estos principios suelen entrar en algunas contradicciones con las contenciones mecánicas.
El principio de justicia suele ser alterado en consecuencia de las razones que llevan a la aplicación de una contención mecánica; y es que algunas de estas razones vienen marcadas por asuntos ajenos al bien del paciente como la falta de personal, comodidad del personal, etc.
El principio de no maleficencia se ve en ocasiones alterado por la mala praxis. El respeto de este principio bioético se basa en una buena realización de la restricción, que en ciertas ocasiones no se cumple. Hay una normativa para esta aplicación, como la presencia de ciertos profesionales (médico, etc.), se precisa mínimamente 4-5 profesionales que en muchas ocasiones no se cumplen.
El principio de autonomía y el principio de beneficencia entran en conflicto y discusión, puesto que la aplicación de una contención mecánica se utiliza para uno de una persona, como evitar una caída, pero supone también una coartación de la autonomía del paciente para realizar sus actividades personales.
Además, el principio de beneficencia, a su vez, no solo implica hacer un bien al paciente mediante su aplicación, sino que el tiempo de uso de esta restricción sea el correcto y no extienda más allá de lo necesario.

5 Discusión-Conclusión

La decisión de la aplicación de una contención mecánica a unas personas mayores es una decisión muy complicada que debe tomar un profesional sanitario autorizado (médico, enfermero, etc.), y esta decisión debe corresponder a unos criterios técnicos, legales y bioéticos.
Las contenciones mecánicas deben utilizarse como última alternativa en la seguridad del enfermo mayor, puesto que las consecuencias negativas para las personas mayores son amplias (vergüenza, úlceras, humillación, pérdida de dignidad, etc.). Existiendo alternativas como modificaciones del entorno ambiental, modificación de la conducta del paciente, etc., se debe posponer el uso de estos procedimientos.
La aplicación de estas medidas entra en conflicto con varios principios bioéticos como el principio de autonomía y de beneficencia.
No debemos olvidar que trabajamos con seres humanos y debemos realizar un trabajo de calidad y siempre en beneficio del paciente.

6 Bibliografía

Purificación Causapié, Antonio Balbontín, Manuel Porras, Adela Mateo. Libro Blanco del envejecimiento activo. 1ª edición. Madrid (España): Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, secretaría General de Política Social y Consumo e IMSERSO.

Patricia Alonso Galbán, Télix J. Sansó, Ana María Díaz-Canel, Mayra Carrasco, Tania Oliva. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev. Cubana Salud Pública. 2007.33(1).

Fariña López E., Estévez-Guerra G.J., La restricción física de los pacientes. Rev ROL Enf.2011; 34(3): 182-189.

Gabriel Sanjurjo Castelao, Saray de Paz Ranz. Acerca de Pinel, el hospital de Zaragoza y la terapia ocupacional. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.2013.

Arrate Asatigarraga, Mª Carmen Aristín, Esther Fernández, Beatriz García. Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica. Nub. Científica. 2012. 1 (7). 31-41.

Joan Rodríguez Delgado. Contenciones mecánicas en geriatría: técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. Rev. Esp. Geriatri. Gerontol. 2013. 48 (4): 185-189.

Teresa Alarcon Alarcon. El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente. Rev. Esp. Geriatri. Gerontol. 2008; 43 (4): 197-198.

Emilio Fariña López, Gabril J. Estévez-Guerra, Eduardo Núñez, María Montilla, Elena Santana. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. Rev. Esp. Geriatri. Gerontol. 2008: 43(4) 201-207.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Madrid: SEGG; 2014.

Capítulo 4

ACUPUNTURA: UNA ALTERNATIVA PARA ALIVIAR EL DOLOR ONCOLÓGICO

MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO

CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ

PAULA CUETO CANTERO

AIDA NAVAS SIERRA

MªJESÚS FERNÁNDEZ CONDE

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cáncer, como "es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de "tumores malignos" o "neoplasias malignas". Una de las características del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales, que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer".

Actualmente, el cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. En España se diagnostican unos 9 millones de personas con cáncer.

Aunque las terapias modernas para el cáncer han mejorado la esperanza de vida, el manejo de esta compleja enfermedad y la mejora de la calidad de vida, son todavía muy limitados. La aparición del dolor en pacientes con cáncer aumenta el riesgo de trastornos psicológicos (por ejemplo, la ansiedad, la depresión y la ideación suicida).

De acuerdo con la Asociación Internacional para el estudio del Dolor, el dolor es "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño". No solo es una sensación debida a la estimulación de los nociceptores, sino, que también implica la existencia de un factor emocional. La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nociceptores), y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos titulares. La notificación puede estar influida por otros factores como por ejemplo los psicológicos. La OMS y la comunidad internacional han reconocido el dolor en el paciente oncológico como un problema de salud global.

La prevalencia del dolor en el paciente oncológico es muy alta. Se estima en un 25% para los recién diagnosticados, el 33% de los sometidos a tratamiento activo, y más de un 75% para aquellos con enfermedad avanzada. El dolor se incrementa con la progresión de la enfermedad oncológica, mientras que el tipo y la intensidad varían en relación con el sitio primario del tumor, extensión y progresión de la patología y del tratamiento empleado.

Un paciente con cáncer puede tener dolor a causa del tumor o de las metástasis porque dañan o presionan las estructuras del cuerpo en donde están localizados (músculos, huesos, órganos, vasos sanguíneos, nervios, etc.). También pueden causar dolor los distintos tratamientos como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia.

Existentes distintas clasificaciones del dolor, según su duración en agudo o crónico, según su patogenia, se clasifica en neuropáticos, nociceptivo y psicógeno, según su localización, distinguimos el somático y el visceral, según su intensidad en leve, moderado y severo, según el curso puede ser continuo o irruptivo, etc.

El tratamiento es fundamentalmente farmacológico, y según la respuesta del dolor a los distintos fármacos se puede diferenciar, el dolor que responde bien a los opiáceos (dolores viscerales), el parcialmente sensible a los opiáceos (dolor óseo y dolor por compresión de nervios periféricos) y por último los escasamente sensibles a los opiáceos (dolor por espasmo de la musculatura estriada y dolor por infiltración-destrucción de los nervios periféricos).

Existen terapias alternativas al tratamiento farmacológico, que más que ser al-

ternativas son un coadyuvante al mismo, favoreciendo una sinergia potenciadora del primero de ellos. Dentro de estas terapias reforzadoras se identifican el cannabis, la acupuntura, la musicoterapia, el Reiki, la reflexoterapia, etc., incluso el juego en niños con cáncer. Podemos decir que son terapias complementarias, no sustitutivas.
En 2009, la Sociedad de Oncología Integrativa dio a conocer guías de práctica clínica basadas en datos científicos, que los médicos deben tener en cuenta al incorporar las terapias complementarias en la atención de los pacientes con cáncer. Las guías señalan, que algunos de estos métodos, al utilizarse en forma complementaria con las terapias convencionales, ayudan a controlar los síntomas y mejorar el bien estar de los pacientes. Sin embargo, las guías advierten que los métodos cuya eficacia no ha sido comprobada, no deben reemplazar el tratamiento convencional, porque posponer el tratamiento del cáncer reduce la probabilidad de remisión o cura.

2 Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es valorar los efectos de una terapia complementaria reforzadora, como es la acupuntura, en pacientes oncológicos sobre dolor crónico, para elaborar planes preventivos y curativos que puedan facilitar al paciente oncológico una mejor calidad de vida.

3 Metodología

Para la realización de nuestro trabajo hemos realizado una búsqueda y revisión documental de artículos y estudios localizados en bases de datos de páginas científicas como Pubmed, Medline, Cochrane, etc., y revistas de corte científico como Science, etc.
La realización de nuestra búsqueda documental se realizó durante los meses comprendidos entre septiembre 2022 y febrero 2023, y el intervalo admitido de publicaciones ha sido entre el año 2003 y el año 2022.
Las palabras claves utilizadas para nuestra búsqueda de documentos han sido: dolor oncológico, acupuntura, terapias alternativas.
En una primera localización de trabajos se identificaron 31 estudios, de los cuales se eliminaron 6 por duplicidad. Al resto de los trabajos seleccionados se les aplicó los criterios de inclusión/exclusión.
Los criterios de inclusión fueron; ser trabajos de acceso a texto completo, en lengua castellana, que aporten datos científicos sobre la acupuntura como

tratamiento oncológico.
Los criterios de exclusión han sido; no ser trabajos con datos objetivos, no estar relacionados con el dolor oncológico, no ser en lengua castellana.

4 Resultados

De nuestra revisión de la literatura existente sobre la acupuntura como terapia complementaria en el dolor oncológico, hemos identificado los siguientes aspectos. Este trabajo de revisión nos aporta varias contribuciones en cuanto a la acupuntura como terapia complementaria y beneficiosa para la disminución del dolor y mejora de su calidad de vida en el paciente oncológico, que debe ser tratado.
El dolor, en el paciente oncológico, es un síntoma muy común que acaba repercutiendo sobre la calidad de vida de los pacientes. Varios estudios indican que casi un 70% de los dolores oncológicos reciben un manejo inadecuado. Las actividades de la vida diaria presentaron una limitación de moderada a severa a causa del dolor. Estas actividades, como caminar, manejar algún tipo de transporte, labores del hogar, el sueño, etc., son las más perjudicadas y limitadas por la aparición del dolor.
Otra información importante extraída de nuestra revisión bibliográfica es que un alto porcentaje de tratamientos farmacológicos presentan varios efectos segundarios como la alopecia, anemia, diarrea, estreñimiento, astenia, insomnio, vómitos, etc., que deterioran aún más la calidad de vida.
Se precisa la implicación del paciente en su cuidado, con una actitud positiva ante su tratamiento, para conseguir los mejores resultados terapéuticos.
Para tratar a estos pacientes se debe realizar un abordaje interdisciplinar, tratando a la persona de forma holística, de manera biopsicosocial, observando todas las esferas (biológica, psicológica, emocional y social). Según comenta Elizondo, el dolor crónico es un problema de salud, en el cual intervienen múltiples factores emocionales relacionados con la enfermedad; debido a ello, se interrelacionan varios mecanismos neurofisiológicos, psicológicos, conductuales, sociales y culturales.
Muchos investigadores y estudiosos del dolor oncológico describen y evidencian en varios estudios y conferencias, los efectos beneficiosos de la acupuntura en la reducción del dolor, y también señalan que esta función es inhibida por la naxolona.
La finalidad de la acupuntura es disminuir el nivel del dolor oncológico a la vez que reducir o desaparecer algunos de estos síntomas secundarios en el paciente.

Se trata de reequilibrar energéticamente el elemento alterado, sin abandonar las propuestas farmacológicas convencionales (cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc.). Se pretende acompañar al paciente en su tratamiento terapéutico, para que a este le produzca los mínimos efectos secundarios y pueda llevar una vida lo más normalizada posible. Todo esto se debe realizar mediante una comunicación eficaz, manteniendo un óptimo grado de empatía desde el trabajo en equipo para conseguir una atención integral.

Varios estudios piloto donde los pacientes recibían sesiones acupuntura dos veces por semana, antes de la sesión de quimioterapia, indican que la acupuntura y la moxibustión (método terapéutico que complementa acupuntura con calor) estimulan la inmunidad contra el cáncer, mejoran el estado psicoemocional y la calidad de vida y reduce al mínimo los efectos secundarios de la quimioterapia.

Otros estudios localizados demuestran que la estimulación del punto de acupuntura tiene un fuerte efecto inmunomodulador del dolor crónico para los pacientes con cáncer.

No hubo diferencias en los resultados de los trabajos revisados en cuanto a los niveles de edad, de género, nivel de educación, ni según la etapa de la enfermedad por la que transcurrían los pacientes. Sus síntomas simplemente mejoraron o se mantuvieron sin cambios, nunca fue a peor. Los estudios muestran que la acupuntura tiene un claro efecto positivo en los pacientes que sufren náuseas, vómitos, dolor, trastornos de sueño y sufren ansiedad. Los efectos secundarios relacionados con la quimioterapia son disminuidos por el uso concurrente de la acupuntura.

No se encontraron muchos estudios sobre la acupuntura y el dolor agudo.

Es innegable el efecto analgésico de la acupuntura, pero aún no está dicha la última palabra acerca de sus mecanismos de acción. Se ha avanzado en el esclarecimiento de sus fundamentos científicos, sobre todo desde el punto de vista de la Medicina Occidental, lo que hace más sensible a nuestros profesionales a unirse a su elevada efectividad en la práctica médica.

Desde el punto de vista del crecimiento del gasto económico sanitario, es imprescindible identificar nuevas alternativas de abordaje a los problemas crónicos de la salud donde el sistema sanitario actual no ha demostrado su efectividad (consumo de AINE, intensidad del dolor, alteración del sueño, etc.).

La capacidad de proporcionar una administración combinada de fármacos analgésicos, acupuntura y la debida comunicación con el paciente y la familia, es la base del tratamiento en pacientes con dolor oncológico.

5 Discusión-Conclusión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso de analgésicos para el dolor, iniciando con medicamentos no opiáceos, para seguir con opiáceos para el dolor incontrolable y persistente.
Terapias alternativas como la acupuntura pueden ayudar, como coadyuvantes, al tratamiento convencional de forma complementaria y sinérgica, para así reducir las dosis de fármacos administradas y en beneficio de una disminución del dolor oncológico, reduciendo los efectos colaterales y favoreciendo una mejor calidad de vida.
La acupuntura es un remedio milenario, muy utilizado en las civilizaciones antiguas, natural y con pocos efectos secundarios nocivos. Un buen conocimiento y manejo por parte de los terapeutas sería muy beneficioso para facilitar una correcta calidad de vida a los pacientes y enfermos oncológicos.

6 Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos; Organización Mundial de la Salud; 2016 (Citado 20 Enero 2017).
Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. 2002.
Lasmarías Martínez C, Martínez-Muñoz M, Gómez-Batiste X. Situación actual de los cuidados paliativos a nivel nacional e internacional. En; Martínez Cruz MB, Monleón Just M, Carretero Lanchas Y, García- Baquero Merino MT, editor.
García González A. Valoración integral del control de los síntomas en Cuidados Paliativos. En, García González A. editor. Enfermería en cuidados paliativos, 1ª edición. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces; 2011.
Terapias complementarias y alternativas. Asociación Española contra el Cáncer. 2016
OMS. Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Organización Munduial de la Salud, 2013; 72.
Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Análisis de la situación de las terapias naturales. Primer documento de análisis situación de las Terapias naturales. 2011; 1-112.
Carmona Aguilar L. Síntomas generales en las enfermedades terminales. Cuidados cde enfermería. In: Martínez olivares L, Jordán Valenzuela M, editors. Cuidados Paliativos. 2ªedición.

Capítulo 5

PROCEDIMIENTO DE LA MEDICIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO

ALICIA VALENZUELA GÓMEZ

PAULA PÉREZ SOLER

1 Introducción

El Índice Tobillo-Brazo (ITB) es un método hemodinámico, no invasivo y efectivo para detectar la arterioesclerosis en las extremidades inferiores en etapas sin síntomas. Este procedimiento se utiliza en la atención primaria debido a que es una prueba segura, objetiva, repetible, simple y económica para evaluar la circulación en las piernas. Aunque es una técnica confiable, tiene algunas limitaciones y en ocasiones se requiere complementar con pruebas más específicas.

La arterioesclerosis es una enfermedad sistémica caracterizada por el estrechamiento de las arterias grandes y medianas debido a la acumulación de lípidos y tejido fibroso entre las capas internas de los vasos sanguíneos. En el contexto de las extremidades, nos referimos a la enfermedad arterial periférica (EAP), que afecta principalmente a las piernas en comparación con los brazos. La prevalencia de la EAP varía entre el 4-6% en la población general y aumenta hasta un 15-20% en personas mayores de 70 años. Sin embargo, es difícil de determinar, ya que la mayoría de los casos no presentan síntomas evidentes.

Los factores de riesgo principales incluyen la edad avanzada, el sexo masculino, el tabaquismo, la diabetes mellitus, los niveles anormales de lípidos en sangre, la hipertensión arterial y la obesidad. Algunos signos que podrían indicar la presencia de esta enfermedad son la claudicación intermitente (dolor o cansancio en

las piernas al caminar), la sensación de frialdad y la reducción del vello en las piernas, úlceras en las piernas y anomalías en el pulso de la extremidad inferior durante el examen físico.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento para la realización del Índice Tobillo-Brazo y disminuir la variabilidad en la práctica entre los profesionales.
- Exponer las indicaciones del método y la interpretación de sus resultados.
- Detectar de manera precoz la perfusión tisular periférica ineficaz con la finalidad de implementar las intervenciones adecuadas en función del grado de severidad detectado.

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica de la literatura encontrada en las bases de dados de Scielo y Pubmed. Como criterios de inclusión se acogieron todo tipo de estudio relacionado con la pregunta planteada en español e inglés, con texto completo accesible y artículos de accesibilidad gratuita desde 2018 en adelante.

4 Resultados

Su uso no está recomendado como cribado en la población adulta asintomática, solo hay evidencia de su efectividad en grupos de riesgo (personas con EAP, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica severa, diabetes mellitus) y para la orientación en la diferenciación de tipos de úlceras cutáneas en la extremidad inferior
(venosas, arteriales, neuroisquémicas), así como, para valorar la indicación de terapia de compresión en las úlceras vasculares.

• Personas con sospecha del compromiso del flujo arterial de la extremidad y/o si existiesen dudas de la presencia de pulsos periféricos para establecer el diagnóstico y el pronóstico de la EAP, así como estratificar el riesgo.
• Pacientes con EAP establecida: valoración periódica, aunque permanezcan clínicamente estables y siempre que se agrave su situación clínica.
• Pacientes con síntomas compatibles con claudicación intermitente.
• Pacientes con diabetes. Se recomienda la revaloración del flujo arterial del pie mediante un ITB para determinar el diagnóstico diferencial y el pronóstico del

pie diabético en los siguientes casos:
• Presentan síntomas de claudicación vascular intermitente.
• Son mayores de 50 años.
• Son menores de 50 años, pero tienen factores de riesgo (tabaquismo, diabetes mellitus de más de 10 años de evolución, dislipemia y/o HTA).
• Pacientes con úlceras cutáneas en extremidades inferiores para la orientación diagnóstica.
• Antes de realizar el tratamiento compresivo es necesario descartar signos de isquemia en las extremidades. Algunos autores recomiendan hacer un ITB antes de aplicar esta terapia. La aplicación de la terapia compresiva como tratamiento de las úlceras de etiología venosa deberá usarse en pacientes con ITB ≥0,8.

Este procedimiento está contraindicado en las siguientes situaciones:
• Trombosis Venosa Profunda.
• Flebitis o sospecha de esta.
• Linfangitis.
• Infección manifiesta de la pierna.
• Edemas importantes.
• Dolor en la compresión del manguito.
• El uso de manguitos sobre bypass distal debería ser evitado.
• Usuarios de dispositivos rígidos u ortésicos en las extremidades.
• Relativas: heridas abiertas localizadas en el lugar de colocación del manguito y en la zona de colocación del transductor.

Procedimiento:

Primeramente, nos presentaremos e informaremos al paciente del procedimiento que vamos a efectuar.
El paciente debe permanecer en reposo como mínimo 5 minutos antes de iniciar la exploración, en decúbito supino, con brazos y pies apoyados en la superficie de la camilla.

• Seleccionar el manguito adecuado y colocarlo a 2-3 cm por encima de la flexura del codo con la cámara de aire sobre la arteria braquial. Localizar la arteria braquial y aplicar gel conductor de ultrasonidos sobre la piel del trayecto arterial para favorecer la transmisión de la señal. Colocar la sonda Doppler en el punto seleccionado con un ángulo de 45- 60º respecto a la superficie de la piel y mover hasta que se obtenga una buena señal sonora arterial (pulsátil, como un latigazo).

• Insuflar el manguito hasta dejar de oír la señal y seguir insuflando 20 mmHg más.
Proceder a desinflar lentamente (2 mmHg por segundo). El primer latido indicará el valor de la presión arterial sistólica (PAS).
• Determinar la PAS en ambos brazos y tomar como referencia el mayor valor.
• Posteriormente, colocar el manguito a nivel supramaleolar (Imagen 2) y localizar el pulso de la arteria dorsal pedia en la cara dorsal del pie entre los tendones extensores del 1º y 2º dedo y aplicar el gel conductor. Seguir el mismo procedimiento que en los brazos.
• Por último, localizar el pulso de la arteria tibial posterior en la zona posterior del maléolo interno. Repetir los mismos pasos que en la arteria dorsal pedia para obtener la PAS. Repetir el mismo proceso en la extremidad inferior contralateral.
• Tomar como referencia de PAS del tobillo de cada extremidad el valor más alto de ambas arterias.
• El ITB se calcula dividiendo la PAS más alta del tobillo entre la mayor PAS braquial obtenida.

Resultado Interpretación:
>1,3 Arterias calcificadas.
0,91 – 1,3 Normal.
0,7 - 0,90 EAP Leve.
0,5 – 0,7 EAP Moderada.
< 0,5 EAP Grave.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el ITB es una prueba eficaz y accesible en las consultas de AP e, incluso, en el propio domicilio del paciente, que los profesionales de la salud necesitan para detectar el compromiso arterial periférico de las extremidades inferiores en los pacientes más vulnerables, realizar su seguimiento en la EAP ya detectada y en la diferenciación de la patología venosa o arterial para el uso de compresión venosa en los miembros inferiores. Sin embargo, a pesar de su fiabilidad, tiene ciertas limitaciones y en ocasiones es necesario complementarla con pruebas más específicas. En definitiva, su uso supone una mejora en el trabajo del profesional y del sistema y favorece la salud de aquellos pacientes más vulnerables.

6 Bibliografía

1. Ares AM., Cendán M.,Garrote A.,González C., Raña CD., Rojo V., Suárez ME., Urones P. Procedimiento de determinación del índice tobillo-brazo con doppler arterial. Servicio Gallego de Salud. [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Jul 21]; Disponible en: https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14483/Procedi
miento_doppler_arterial_castellano.pdf?sequence=3&isAllowed=y

2. García García Yudit, Díaz Batista Arquímedes, Arpajón Peña Yunier, Estévez Perera Abel, Aldama Figueroa Alfredo, Conesa González Ana Ivis et al . Enfermedad arterial periférica asintomática en pacientes con factores de riesgo del síndrome metabólico. Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2018 Dic [citado 2022 Jul 21]; 19(2): 91-103. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372018000200004&lng=es.

3. Díaz Herrera MA, Baltà Domínguez L, Blasco García MC, Fernández Garzón M,
Fuentes Camps EM, Gayarre Aguado R, et al. Maneig i tractament d'úlceres d'extremitats inferiors. Barcelona: Institut Català de la Salut. [Internet].
2018 Dic [citado 2022 Jul 21]; Disponible en: https://gneaupp.info/guia-depractica-clinica-manejo-y-tratamiento-de-ulceras-de-extremidades-inferiores/
4. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica:
Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH. [Internet]. 2017 Dic [citado 2022 Jul 21]; Disponible en: https://aeevh.org/wp-content/uploads/2020/04/Guia-de-Practica-Clinicaweb.pdf
5. Duarte-Curbelo A, Escudero-Socorro M, Ibrahim-Achi Z, Martínez-Alberto C, Moreno-Valentín G, Perdomo-Pérez E, et al. Guía de actuación Pie diabético en Canarias . Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales; [Internet] 2017 [citado 2022 Jul 21]; Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/81a29c98-d053-11e7-836b-953b40afb30b/GuiaPieDiabetico.pdf

Capítulo 6

ACTITUD ANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

PAULA FERNÁNDEZ TOLOSA

1 Introducción

La reacción alérgica es la expresión de una respuesta adversa provocada por la interacción que se produce entre un paciente susceptible a agentes externos, cuya causa es inmunológica y que estos agentes pueden ser de toda clase de índole: alimentos, medicamentos, animales, materiales, etc.

Los síntomas que van a aparecer en el sujeto, van a depender de la vía de entrada, que puede ser desde la vía respiratoria alta o baja, ocular, nasal, digestiva, dérmica o parenteral.

La reacción alérgica va a tener lugar tras el contacto, al poco tiempo, en cuestión de minutos, y va a ser de peor pronóstico cuanto menor sea el intervalo que hay entre que se produce el contacto con el agente externo y el comienzo de los síntomas.

Muchas reacciones alérgicas son de escasa importancia, mientras que otras pueden ser graves y algunas potencialmente mortales y pueden estar limitadas a un área concreta del cuerpo o pueden ser sistémicas. La forma más grave se denomina anafilaxia o shock anafiláctico y es en aquellas donde la actuación sanitaria tiene que ser rápida y eficaz.

Las reacciones alérgicas suelen darse con mayor frecuencia en personas con antecedentes familiares de alergias, por lo que en niños, es importante conocer los antecedentes en alergias de los padres y hermanos.

2 Objetivos

- Reconocer una reacción alérgica en el menor tiempo posible y sus síntomas.
- Saber cómo actuar frente a una reacción alérgica.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el diagnóstico "reacción alérgica". Para ello se han utilizado bases de datos como Pubmed, Medline, Cuiden y Google Académico y revistas como Scielo, Dialnet y Elvisier.
Se emplearon palabras clave como: reacción alérgica, reacción anafiláctica, hipersensibilidad, alergeno, anticuerpo, sistema inmunitario, urgencias.

4 Resultados

El sistema inmunitario es el aparato encargado de reconocer las moléculas extrañas o ajenas al organismo y mediante una réplica procede a su destrucción o inactivación en los casos que se sea necesario; así entre sus funciones encontramos la erradicación de microorganismos patógenos, reconocimiento y destrucción de células tumorales, rechazo de material trasplantado, etc.

El tiempo de respuesta por el sistema inmunológico es de dos tipos:
- Respuesta primaria: va a ser corta en el tiempo y de mínima magnitud, en donde se identifica, reconoce y se elabora la respuesta a dar al patógeno; existe un tiempo de latencia entre el contacto y la expresión de los anticuerpos.
- Respuesta secundaria: es la respuesta inmediata que se produce al contacto con el antígeno, ya que es reconocido por los anticuerpos generados en veces anteriores y que es duradera en el tiempo.

En algunas ocasiones el sistema inmunitario causa enfermedad, lejos de proteger. Se producen alteraciones en sus funciones que dan lugar a enfermedades, entre las que se encuentran las enfermedades alérgicas. Hay 4 tipos diferentes:
-Tipo 1 o anafilaxia: hay una correlación entre el alergeno (antígeno) y el anticuerpo y como consecuencia se produce una manifestación de mediadores de

respuesta inflamatoria, que son los responsables de las manifestaciones clínicas en la persona.
- Tipo II o citotóxica: se produce una destrucción de las células por la correlación entre antígeno y anticuerpo.
- Tipo III: se formarán complejos inmunes solubles que se van a encontrar en los capilares, y se manifestará con síntomas como fiebre, rash, artritis, nefritis, etc., es lo que en medicina se conoce como enfermedad del suero.
- Tipo IV: se produce una reacción inflamatoria a las 48/72 horas del contacto con síntomas locales de tipo eritema e induración.

En la reacción alérgica intervienen distintos elementos, sobre todo, mastocitos, basófilos, linfocitos y eosinófilos. Cuando se produce una reacción alérgica, da lugar a una propagación de mediadores inflamatorios contenidos en estos elementos, que son los responsables inmediatos y tardíos de los síntomas que sufren los pacientes. Es definitorio la producción de inmunoglobulina E (IgE).

Existen infinitas sustancias que pueden dar lugar a una reacción alérgica en un individuo susceptible, estas sustancias son las que se definen como alergenos y entre ellas nos podemos encontrar distintos tipos como:
- Medicamentos.
- Alimentos o aditivos alimentarios.
- Pólenes.
- Picaduras de insectos.
- Sustancias como látex, cosméticos.
- Situaciones de ejercicio, sudor, frío, calor, sol.

Nos vamos a encontrar con manifestaciones en distintas partes del cuerpo:
- Cutáneas: prurito, erupción en forma de habones y ronchas; edemas en cara (párpados, boca, labios).
- Respiratorias: se pueden manifestar tanto en vías altas como bajas, así nos encontramos rinitis alérgica, conjuntivitis, asma bronquial, broncoespasmos, que pueden poner en riesgo la vida del paciente.
- Digestivas: náuseas, vómitos, diarrea.
- Cardiovasculares: taquicardia y enrojecimiento cutáneo por la vasodilatación. Lo más peligroso es shock anafiláctico que se produce de manera súbita y en el que existe un colapso vascular, dificultad respiratoria y si no se actúa muerte de la persona. Importante la monitorización, permeabilidad de la vía aérea, vigilar que no haya estridor ni broncoconstricción y llevar un registro de todos los síntomas del paciente y del agente causal para poder subsanar las complicaciones actuales

y futuras.
El tratamiento para estos pacientes es un amplio abanico de fármacos, desde corticoides y antihistamínicos hasta medicamentos adrenérgicos tipo adrenalina, y ante un edema laríngeo que va en aumento hay que mantener la vía permeable, por lo que si con la aplicación de fármacos y de oxígeno no es suficiente hay que plantarse la intubación laríngea o traqueotomía. Si el paciente está en situación de mareo o confuso se colocará al paciente en Trendelemburg para mejorar la perfusión cerebral y si vemos que es severo se administrarán sueros intravenosos para mejorar la presión arterial.

Los síntomas, por tanto, nos facilitan el diagnóstico y las pruebas cutáneas permiten detallar el elemento que provocó la alergia, pero no revelan la gravedad de una futura reacción alérgica
Lo mejor es evitar el factor desencadenante, pero, si no se puede, la administración de vacunas antialérgicas de forma preventiva, puede, en algunos casos, desensibilizar al sujeto afectado.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día, en un mundo industrializado y con muchas partículas a nuestro alrededor, las reacciones alérgicas son muy numerosas y de distintos tipos, y algunas son potencialmente malignas con riesgo de muerte, por eso es importante conocer sus síntomas y tener registradas las que el paciente a lo largo de su vida le han dado problemas.

Es importante ante un paciente en urgencias, con una reacción alérgica, reconocer los síntomas para poder llegar a un diagnóstico rápido y certero y poder minimizar los potenciales riesgos, que en casos extremos pueden ocasionar con la muerte del paciente.

La medicina preventiva a través de vacunas, o la toma de antihistamínicos o de otros medicamentos en determinadas épocas en las que hay un aumento de alergenos (por ejemplo el polen), es vital para evitar llegar a situaciones muy graves y no deseadas.

La atención precoz en el servicio de urgencias también es un factor importante para el tratamiento de estos pacientes, ya que actuar de forma rápida ayuda a salvar vidas.

El paciente también debe colaborar en la medida de lo posible, conociendo las

sustancias a las que es alérgico hasta ese momento, para ayudar al tratamiento y a reconocer al probable agente causal de la reacción alérgica.

6 Bibliografía

- James Fernandez , MD, PhD, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine at Case Western Reserve University. Manual MSD, capítulo : Reacciones Anafilácticas.
- https://www.sciencedirect.com)science/article/abs/pii/S0304541213705274
-https:www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-inmunol%C3%B3gicos/reacciones-al%C3%A9rgicas-y-otros-trastornod-de-hipersensibilidad/reacciones-anafil%C3%A1cticas
-https:www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-alergias-antialergicos-causas-tipos-tratamiento-13059410

Capítulo 7

MEJORA EN LA SALUD MENTAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD CON LA PRÁCTICA DE YOGA

PAULA PÉREZ SOLER

ALICIA VALENZUELA GÓMEZ

1 Introducción

Los trastornos de ansiedad cada vez son más frecuentes en la población general. La prevalencia de por vida para cualquier tipo de trastorno de ansiedad es del 16.6%. El tratamiento actual de la ansiedad se basa en intervenciones psicológicas y farmacológicas. Muchas personas con problemas de ansiedad no buscan ayuda, ocultando estos trastornos.

La palabra yoga significa unión, es una práctica que conecta el cuerpo, la respiración y la mente. Utiliza posturas físicas, ejercicios de respiración y meditación. Se desarrolló como una práctica espiritual hace miles de años por yoguis hindúes. Está relacionada con la reconexión con el cuerpo y la mente, enfrentándose a distintas sensaciones y llevándote a sentir seguridad en tu cuerpo.

En occidente, el yoga está asociado a lo que se conoce como yoga Hatha, que combina posturas físicas, respiración y meditación. Pero también se utiliza la educación somática, cuyo objetivo es reprogramar el sistema sensomotor: la tensión y traumas cotidianos producen contracturas musculares crónicas que impiden

que no podamos recordar como movernos libremente. Este tipo de yogaterapia da conciencia a las sensaciones de los músculos voluntarios, principalmente. También se conoce el movimiento orgánico consciente (MOC), que utiliza la atención al cuerpo a través de órdenes motoras, favoreciendo la calma.

A nivel fisiológico, el estrés y la ansiedad producen una reacción en cadena llevada a cabo por el hipotálamo (activación eje hipotalámico pituitario y adrenal): se activa el sistema nervioso simpático (aumento de la frecuencia cardiaca, flujo sanguíneo a los músculos, hiperglucemia, aumento del metabolismo celular, actividad mental y adrenalina. Todo esto llevaría a la conocida reacción de "lucha o huida''. La constante activación del sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico pituitario y adrenal produce estrés crónico, ansiedad y depresión, afectando a la integridad de nuestro cerebro. Estrategias como el yoga pueden ser útiles para reducir esta activación en los trastornos de ansiedad.

2 Objetivos

- Conocer si el yoga practicado regularmente mejora la calidad de vida, reduce el estrés, la ansiedad y otros síntomas en pacientes con trastornos de ansiedad.

3 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de las bases de datos Cuiden, Scielo, Biblioteca Cochrane, Cuidatge, ENFISPO y Google Académico, sin límite cronológico y siguiendo los criterios de inclusión (artículos en español y con acceso gratuito, pacientes con trastornos de ansiedad) y exclusión seleccionados, utilizando como palabras clave, yoga, trastornos de ansiedad o ansiedad y salud mental. Seleccionamos 3 artículos.

4 Resultados

En la guía naturista de la ansiedad y crisis de pánico se recogió evidencia sobre distintos tratamientos alternativos y complementarios, entre los que se menciona al yoga. Se encontraron resultados favorables en un grupo con trastornos de ansiedad que practicó un curso de yoga durante 3 meses dos clases a la semana de una hora y media de duración: menor percepción de estrés psicológico, disminución de la ansiedad como rasgo y estado, los síntomas depresivos y el cortisol

salival; además de mejoras a nivel físico: menor dolor de cabeza, espalda y aumento de la energía.

Se encontró también un estudio analítico cuasiexperimental pre-post longitudinal, cuyos sujetos estudiados eran pacientes de la consulta de psicología y psiquiatría con una edad superior a 18 años. Se empleó a cada grupo una práctica diferente: hatha yoga, somática y movimiento orgánico consciente, además de técnicas de relajación. Para evaluar los síntomas ansiosos o depresivos se administró el Inventario de Ansiedad Estado-Rango y el Inventario de depresión de Beck, antes y después de estas terapias. Se consiguieron resultados favorables en la reducción de la ansiedad y depresión, en todos los grupos por igual. La ansiedad en rango y en estado disminuyó significativamente con cualquiera de las 3 prácticas de yogaterapia (6,7 y 9,6puntos, respectivamente con el Inventario de Ansiedad Estado Rango).

En el último estudio seleccionado se identificaron estudios controlados que observaban los efectos del yoga sobre la ansiedad a través de parámetros psicológicos utilizando distintas escalas (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, Escala Cohen de Estrés Percibido, las Escalas de Bienestar Bf-S/Bf-S, entre otras), parámetros físicos relacionados con la ansiedad (variaciones de la frecuencia cardíaca y patrones respiratorios: temperatura y conductancia de la piel, consumo de oxígeno, temperatura oral y disminución de la actividad del sistema nervioso simpático). Cabe destacar uno de los estudios de esta revisión que llevaba a cabo un programa de tres meses de Iyengar Yoga, en el cual se observaba una reducción inmediata del cortisol, probablemente con efecto directo en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), comparándolo algunos investigadores con el efecto ansiolítico de las benzodiazepinas. Todos los estudios recogidos recogieron una reducción de la ansiedad y estrés con la intervención del yoga, además de mejoras a nivel emocional y de salud mental. Más eficaz que el tratamiento farmacológico con antidepresivos y ansiolíticos.

5 Discusión-Conclusión

Existe bibliografía que evidencia el efecto que tiene la práctica de yoga en la mejora de los síntomas ansiosos y su prevención (entre otros), pero es necesario investigar más en pacientes que tengan trastornos de ansiedad, ya que la bibliografía es limitada.

La probabilidad de haber accedido a toda la investigación sobre el yoga y

trastornos de ansiedad es pequeña, ya que no tenemos acceso a toda la investigación publicada en revistas de la India no indexadas, sobre todo en revistas de yoga.

Es importante lograr un compromiso en el programa de yoga y puede ser difícil de conseguir. Sin embargo, el uso de fármacos no quiere ser utilizado por la mayoría de pacientes, se necesita un cambio de estilo de vida y de la función mental, y el yoga es exactamente lo que proporciona.

6 Bibliografía

1. Galve, J. J. G. (2008). Guía clínica naturista de la ansiedad y crisis de pánico. Dialnet. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2666015
2. Muñoz, M. L. A. (2022). Efectividad de la yoga terapia en la ansiedad y depresión de los pacientes con trastorno mental leve. Enfispo. https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=8482117
3. Heredia, L. S. (2021b, agosto 1). Ansiedad y depresión en practicantes de yoga : estudio comparativo. https://repositorio.uai.edu.ar/items/35aafbf9-4077-4252-8fa7-6db908ca33b1
4. Ferreira-Vorkapic, C. (2010). Mente Alerta, Mente Tranquila: ¿Constituye el yoga una intervención terapeútica consistente para los trastornos de ansiedad? Redalyc.org. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798002

Capítulo 8

LA IMPORTANCIA DE LA POSTURA EN LA LACTANCIA MATERNA

ANDREA BRAVO CARRILERO

MIRIAM MORENO MANRIQUE

ANA ROBLES CAMPILLO

RAQUEL MUELA RODRIGUEZ

ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE

1 Introducción

La mayoría de estudios afirman que la alimentación idónea para el bebé es la lactancia materna. La evidencia científica a lo largo de los años ha demostrado que los niños que no son amamantados pueden desarrollar más enfermedades no solo en la infancia, sino también en años posteriores e incluso en la edad adulta. Así, la lactancia materna durante más de tres meses puede disminuir gran porcentaje de varias enfermedades como otitis, infecciones respiratorias de vías bajas, asma o dermatitis atópica, entre otras. Y una lactancia materna de más de seis meses de duración, también puede disminuir también el riesgo de padecer enfermedades como leucemia, obesidad, diabetes o celiaquía, además de su influencia en minimizar el riesgo de muerte súbita.

Por otro lado, también es buena para la madre porque la lactancia ayuda a mejorar su salud actual y futura, reduce el sangrado tras el parto, aumenta la remineralización ósea post parto, reduce el riesgo de padecer carcinoma de mama, ovario

o diabetes tipo II. Esta práctica también promueve el contacto físico frecuente y cercano entre madre e hijo, creando un vínculo emocional que es muy beneficioso para el desarrollo del bebé y permite que la madre experimente una gran sensación de satisfacción y autoestima.

Por lo general, la mayor preocupación siempre reside en la correcta posición de la boca del bebé en relación al pezón y la areola materna, para evitar así la aparición de molestias que puedan alterar esta práctica. Pero debemos tener en cuenta que igual de importante es la comodidad tanto de la madre como del bebé, por lo que identificar las posturas que pueden favorecer que el lactante se agarre adecuadamente al pecho, nos permitirá a los profesionales sanitarios ofrecer una ayuda más eficaz.

2 Objetivos

- Conocer y describir las diferentes posturas para dar lactancia materna que pueden influir en la calidad y la relación del lactante con la madre.

- Aumentar el conocimiento del personal sanitario que pueda servir de ayuda y apoyo a la madre en el inicio de la lactancia materna.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica existente, artículos sanitarios con el consiguiente filtro de resultados, escogiendo las publicaciones más adecuadas al tema y haciendo una lectura crítica de las mismas. Todo ello añadido a la experiencia clínica del trabajo en UCI neonatal, con un contacto estrecho con el proceso de amamantamiento.

4 Resultados

Independientemente de la postura elegida por la madre, hay que tener en cuenta unos principios que ayudan al agarre del bebé y, por tanto, al buen amamantamiento y al vaciado adecuado del pecho.

1) Es imprescindible la comodidad de la madre, usando los cojines y/o almohadas que precise para ello.

2) Debe existir un estrecho contacto entre el cuerpo de la madre y el bebé. Hay posturas que pueden facilitar esto, por ejemplo si la madre se encuentra recostada, dejando que el peso del bebé caiga sobre su cuerpo.
3) La cabeza del bebé debe estar bien alineada, frente al pecho de elección para el amamantamiento.
4) El pezón debe quedar a la altura de la nariz del bebé y así de esta forma, cuando el bebé ponga en marcha el reflejo de búsqueda, su cuello quedará ligeramente hiperextendido, ayudando a la coordinación succión-deglución-respiración.
5) Si es posible, siempre apostar por el agarre espontáneo cuando la boca del bebé esté abierta. Si esto no se consigue, podemos ayudarle con el agarre dirigido.

También es importante adecuarse a las situaciones, en función del tipo de parto (vaginal o cesárea, si existe episiotomía o no, etc), y cambiar las posiciones a medida que el bebé va aumentando de tamaño y peso.

Por tanto, ¿Cuál es la postura más correcta para la lactancia materna? :
Podemos concluir que no hay una posición más correcta o menos correcta para sujetar y alimentar el bebé, lo que debe primar es la comodidad .
Existen diversos resultados científicos que confirman que el contacto piel con piel entre los bebés y las madres puede provocar un aumento de los niveles de oxitocina, una hormona involucrada en la liberación de la leche materna. El estrés puede inhibir la producción de esta hormona, por lo que la comodidad y la relajación de la madre son esenciales para promover el flujo de leche.

POSTURAS PARA AMAMANTAR:

1) Posición de CRIANZA BIOLÓGICA
Podríamos decir que suele ser la favorita por las madres inmediatamente después de dar a luz, puesto que favorece mucho el piel con piel con el bebé. La madre se encuentra semiacostada en unos 15-65º y el recién nacido encima de ella con su cara entre los pechos. De esta manera se permite que sea el bebé el que se desplace hacia el pecho de la madre para un agarre espontáneo.
Útil:
- Cuando hay dificultad en el agarre puesto que despierta el instinto de supervivencia del bebé.
- Cuando existe dolor en el periné
- Si la madre tiene bajada de leche o los pechos muy grandes
- Puede existir incomodidad o disgusto por parte del bebé al tocarle la cabeza durante la alimentación.

2) Posición de CUNA
La posición más clásica y más popular. La madre sujeta el cuello y cabeza del bebé con el brazo del pecho que ofrece. Cuerpo del bebé de cara y en contacto con el abdomen de la madre. Prestar atención a la posición de cuello del bebé.
En esta postura es interesante el uso de cojines y almohadas para encontrar la postura más cómoda.

3) Posición de DANCER O KOALA
La madre en sedestación coloca al bebé "a caballito" sobre un muslo con la cabeza frente al pecho. Una mano sujeta al bebé por la espalda y la otra sujeta el mentón para llevarlo hacia el pecho.
Útil:
- Problemas con el paladar del bebé
- Retrognatia
- Hipotonía
- Reflujo gastroesofágico
- Bebés con infección de oídos

4) Posición de RUGBY
El bebé se coloca en un costado de la madre, sujetándolo ésta con el brazo del pecho que va a ofrecer. La otra mano se queda libre para un posible agarre dirigido. El cuerpo del bebé, por tanto, queda por debajo del brazo de la madre. Importante colocar almohada para descansar el brazo de la madre. Ofrece seguridad y favorece el vínculo materno-filial al encontrarse frente a frente.
Útil:
- Dolor en herida quirúrgica por cesárea
- Amamantamiento simultáneo con gemelos o bebé prematuro
- Mamas muy grandes o en caso de obesidad mórbida
- Cuando es necesario terminar de drenar el cuadrante externo del pecho

5) Posición RECOSTADA DE LADO
La madre se encuentra tumbada de lado, descansando el pecho a ofrecer sobre el colchón. El bebé se acuesta a su lado, de frente a ella con la cabeza apoyada en el colchón y con su nariz a la altura del pezón.
Útil:
- Para favorecer el descanso materno si hay mucho dolor en el periné
- Tomas nocturnas
- Dolor en puntos por cesárea
- Puede facilitar la lactancia a bebés con frenillo corto o anquiloglosia.

¡ Cuidado ! Con el riesgo de aplastamiento que supone esta postura en el caso de que la madre se duerma.

6) Posición en CUADRUPEDIA
Puede que no sea la más cómoda puesto que el bebé está tumbado boca arriba y la madre está en cuclillas o "a cuatro patas" con el pezón colgando sobre la boca del lactante.
Se recomienda usarlo solo por un corto periodo de tiempo.

Útil:
- En caso de mastitis

5 Discusión-Conclusión

Cuando el bebé no amamanta en la posición correcta, no puede sacar toda la leche de la mama y se produce el llamado "síndrome de la posición inadecuada". La madre experimenta dolor y aparecen grietas en los pezones porque el bebé está presionando constantemente sobre una pequeña superficie únicamente, y puede aparecer hinchazón, inflamación, enrojecimiento e incluso mastitis por este vaciado incompleto de la mama.

Como hemos dicho, la lactancia materna es la dieta ideal durante los primeros seis meses de vida de un bebé, por lo que es importante fomentarla desde el nacimiento. Sus beneficios son bien conocidos, pero en ocasiones el desconocimiento puede hacer que esta práctica sea difícil e incómoda para la madre. Este hecho requiere la intervención y el apoyo de los profesionales sanitarios cuando esta situación se presente.

El desarrollo de protocolos de atención sanitaria que intenten capacitar a las madres para garantizar una lactancia materna de alta calidad, puede ayudar a reducir la tasa de interrupción de ésta. También realizando intervenciones que reduzcan la ansiedad asociada con no poder alimentar correctamente a sus hijos. Aún así, no debemos perder de vista introducir como sanitarios prestar apoyo ante la posibilidad del cese de la lactancia si está siendo contraproducente para la madre o el bebé. En ocasiones, ocurren múltiples circunstancias que hacen imposible que se lleve a cabo esta práctica, y es imprescindible también saber apoyar y reconocer los factores psicológicos que pueden influir negativamente en la madre por el "idealizado" papel que tienen en la sociedad la lactancia materna.

6 Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Practica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS
2. http://lactanciamaterna.aeped.es/tecnicas-de-lactancia-materna/
3. https://efesalud.com/posturas-lactancia-dar-pecho/
4.https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-la-lactancia-materna/

Capítulo 9

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CAMBIO DE CÁNULA AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

ANDREA BRAVO CARRILERO

MIRIAM MORENO MANRIQUE

ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE

ANA ROBLES CAMPILLO

RAQUEL MUELA RODRIGUEZ

1 Introducción

Entendemos como traqueostomía el procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza un orificio (traqueotomía) en la parte delantera del cuello y en la tráquea. En este orifico se coloca un tubo o cánula con la intención de mantenerlo abierto y así permitir la respiración. Esta intervención crea un acceso directo de aire que permite la ventilación cuando el proceso común de la respiración se encuentra alterado de alguna manera en la persona.

El cambio de cánula en paciente traqueostomizado en una técnica habitual del personal de enfermería, pero no por ello exenta de posibles errores, tanto a nivel de seguridad del paciente, como de asepsia.

Las cánulas de traqueostomía son dispositivos tubulares huecos y curvados hacia abajo destinados a ser introducidos en la tráquea para mantener la permeabilidad de la vía aérea. Existen múltiples tipos de cánulas, de distintos materiales,

características y tamaños que se adaptan a las necesidades y requerimientos que necesite el paciente (PVC, metal o silicona/ cánula fenestrada o sin fenestrar). Una mala praxis, por tanto, puede devenir tanto por el desconocimiento del material a utilizar, o el desconocimiento de la correcta realización del procedimiento, lo que produce un riesgo en la seguridad del paciente (físico o socia).

2 Objetivos

- Revisar la información bibliográfica hasta el momento del procedimiento adecuado para el cambio de cánula del paciente traqueostomizado por parte del personal de enfermería.
- Remarcar la importancia de conocer este procedimiento para su correcta realización, evitando así riesgos innecesarios.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de varios artículos publicados en distintas bases de datos científicas (como Medline o Pubmed) y protocolos validados de diferentes hospitales. Tras la lectura crítica de los mismos y añadiendo la experiencia práctica del trabajo en planta de otorrinolaringología y cirugía maxilofacial, se ha elaborado la redacción del presente capítulo.

4 Resultados

Entendemos que el cambio de cánula en un paciente traqueostomizado consiste básicamente en sustituir el cambio de una cánula por otra, que puede ser de iguales o diferentes características según precise el proceso del paciente.
Este cambio se realiza con varios objetivos:
- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea en el paciente
- Mantener el traqueostoma y la piel periestomal en condiciones óptimas
- Prevenir infecciones y complicaciones sépticas
- Limpieza de la cánula en momentos que se requieran (secreciones, tapón mucoso, etc.)
- Evitar la formación de tejido de granulación y/o adherencias hacia la cánula.

Según la bibliografía consultada, el primer cambio de cánula no debe realizarse hasta pasados 7-10 días después de la intervención para respetar el tiempo de ci-

catrización de los tejidos. Y es recomendable que este primer cambio lo realice personal cualificado: el médico especialista o personal de enfermería bajo supervisión médica. Los siguientes cambios sí que podrán realizarse ya únicamente por el personal de enfermería con ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Para ello, debemos conocer los cuidados de Enfermería antes del cambio:

- Preparación del material necesario:

1. Cánula de traqueotomía o laringectomía adecuada en material y número. Preparada con apósito especial (babero) para cánulas, con agujero perforado y cinta de sujeción.
2. Lubricante tipo vaselina, si se precisara
3. Gasas y guantes estériles
4. Suero salino
5. Antiséptico
6. Rinoscopio si fuera necesario
7. Luz (linterna o foco)
8. Preparación del sistema de aspiración por si se precisa

- Informar al paciente del procedimiento que va a realizarse, tranquilizándole en la medida de lo posible. Explicarle que es una técnica habitual y utilizar este momento también para irle instruyendo de cara a cambios de cánula domiciliarios.
- Evitar cambiar la cánula después de la nutrición o toma de medicación para evitar vómitos por náuseas.
- Sentar al paciente en un sillón abatible o en posición de semi-fowler sin almohada (para ayudar en la hiperextensión del cuello), en caso de que se encuentre encamado.
- Hiperoxigenar al paciente previamente si necesitara aporte extra de oxígeno y aspirar secreciones previas por estoma.

Cuidados de Enfermería durante el cambio:

- Asegurar el correcto funcionamiento del sistema de vacío para aspiración.
- Lavado de manos.
- Colocación de guantes no estériles para retirar la cánula anterior. Colocarse en un lateral del paciente, nunca de frente para evitar exponernos a las posible secreciones que se puedan expulsar.
- Estimular al paciente para dicha expulsión de secreciones si las hubiese. Cuidado con pacientes traqueostomizados, a diferencia de los laringectomizados, el tiempo para cambio de cánula debe minimizarse por riesgo de cierre del estoma.

- Colocación de guantes estériles para proceder a curar el estoma, una vez estabilizado el paciente. Es importante retirar restos de secreciones o sangre seca que pueda existir para visualizar la piel alrededor del estoma, la existencia de fístulas y/o exudado.
- Tras la cura, colocamos la nueva cánula sujetando las dos aletas anteriores, girando su parte proximal e introduciendo con seguridad pero sin forzar mientras rectificamos el giro rotando la cánula. Inflaremos el globo si la cánula lo tuviera.
- Asegurar con una lazada simple de la cinta.
- Comprobamos que el paciente respira bien, que la presión de la cinta es confortable pero lo suficientemente apretada para mantener la cánula en su lugar.
- Retiramos el material de deshecho y los guantes.

Posibles complicaciones:

Si tras el cambio de cánula notásemos que el paciente comienza con agitación, nerviosismo, sudoración profusa, respiración agitada, tiraje, síncope y/o ruido respiratorio, podemos haber creado una falsa vía (la introducción de la cánula en tejido celular subcutáneo en vez de en la tráquea).

Si esto ocurre, hay que retirar inmediatamente la cánula y con ayuda de fiador y buena fuente de luz, intentar la reintroducción de la misma.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de la traqueotomía en pacientes con cánula, influyen considerablemente en la evolución de su proceso. Estos pacientes están expuestos a un alto riesgo de infección, broncoaspiración, obstrucción por taponamiento mucoso o desplazamiento de la cánula.

El papel que realiza la enfermería en estos cuidados es fundamental, tanto para la calidad de vida del paciente como para el alcance de su autonomía. Es por eso que es primordial la formación de los profesionales basándose en evidencia científica, la creación de un protocolo en todas las unidades hospitalarias y así poder abordar de forma multidisciplinar a este tipo de pacientes proporcionándoles un cuidado optimo. También, ser conscientes de la importancia en la identificación y el manejo de las complicaciones de estos pacientes para proteger su salud.

Un mal manejo de la técnica podría ocasionar graves daños en el paciente. De ahí la importancia del reciclaje y la formación para su correcta realización.

Además, el personal de enfermería será el encargado en su mayoría de explicarle al paciente paso por paso el cambio de cánula para que éste pueda realizarla en su domicilio. También será el encargado de formar al paciente para saber manejar

complicaciones a la hora de manipular la cánula (tapones mucosos, sangrado, cuidados de la piel periestomal, etc.).

6 Bibliografía

1. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cambio-canula-traqueotomia-cuidados-de-enfermeria/.
2. Soria Delgado, R (2011). Cambio de Cánula de Traqueotomía en Unidad de Hospitalización. Manual de procedimientos de Enfermería. https://www.hca.es/hcua/web/enfermeria/html/f_archivos/Cambio%20canula%20de%20traqueotomia.pdf.
3.https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-portador-de-traqueotomia/.

Capítulo 10

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL PRODUCIDAS POR VIRUS

GEA NELIA CHUMILLAS PEREZ

1 Introducción

En estas enfermedades el agente causal es un virus y como tal, requiere otro tipo de tratamiento, incluso en ocasiones no existe un tratamiento que lo cure en su totalidad.

Las enfermedades de transmisión sexual son un grupo de dolencias infecciosas causadas por diferentes tipos de microorganismos que se contagian por contacto sexual.

Su mecanismo de transmisión es similar al resto de Enfermedades de Transmisión Sexual, por contacto directo, contacto con líquidos corporales y transmisión vertical.

Para entender los tipos de contagio primero vamos a enumerarlos brevemente:

- CONTAGIO POR VÍA RESPIRATORIA: Al toser, al respirar, al estornudar, al hablar, al escupir, etc. expulsamos unas gotitas que contienen partículas que pueden ser contagiosas si la persona tiene alguna enfermedad.
- CONTAGIO POR VÍA FECAL-ORAL: A través de las heces o a través de la ingesta de alimentos o líquidos en mal estado.
- CONTAGIO POR CONTACTO DIRECTO: Al tocarnos o al entrar en contacto con líquidos corporales, en este incluimos el contagio por vía sexual.
- CONTAGIO POR CONTACTO INDIRECTO: Al tocar un objeto contaminado.

Denominamos enfermedad venérea a aquellas que se contraen por contacto genital o sexual, actualmente utilizamos el término ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Debido a que una relación sexual no solo se limita a la genitalidad debemos buscar signos de la enfermedad en todo el cuerpo y no solo en la zona genital, así pueden estar infectados la boca, el ano, etc.

Las enfermedades de transmisión sexual producidas por virus son:

1.HERPES GENITAL (VHS).
2.VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH).
3.MOLLUSCUM CONTAGIUM.
4.HEPATITIS A, B Y C.
5.VIH.
6.CITOMEGALOVIRUS.
7.VIRUELA DEL MONO.

2 Objetivos

- Conocer y diferenciar cada una de las enfermedades de enfermedad sexual producidas por virus, así como definir sus signos y síntomas, como se produce su contagio y su prevención y tratamiento.
- Explicar en cada una de ellas, su incidencia en el mundo.
- Conocer la forma de contagiarse así como la importancia de localizar los contactos sexuales que haya tenido el paciente, para evitar nuevos contagios y a su vez para que se traten los contagios

3 Metodología

Para llevar a cabo esta publicación, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, "MANUAL DAE para la preparación de oposiciones", "Cuidados de enfermería en atención primaria y especializada" de FUDEN, también se han consultado artículos en las bases de datos de PUBMED, MEDLINE, SCIELO, GOOGLE ACADEMY, GOOGLE, etc.

4 Resultados

1.HERES GENITAL (VHS):

INTRODUCCIÓN:

La infección está causad por el virus del herpes simple (VHS), existen dos serotipos, el VHS-1 y el VHS-2, ambos pueden producir el herpes genital, pero normalmente es el VHS-1 el que ocasiona el herpes labial y el VHS-2 el que ocasiona el herpes genital.

Según la OMS se estima que en el mundo el 67% de la población está infectado por el VHS-1 y el 13% con el VHS-2.
En España se registraron 45.195 casos de herpes genital en 2019, con un decrecimiento de 4.900 casos con respecto al año anterior.

Las vías de transmisión, como en todas las infecciones de ETS serían la vía sexual, la vía oral, por contacto, por transmisión vertical

La mayoría de las infecciones por VHS-1 se producen en la infancia, en el caso del VHS-2 se producen el doble de infecciones en mujeres que en hombres, el mayor número de infecciones se producen en la adolescencia y su prevalencia aumenta con la edad.

Se puede transmitir por contacto buco-genital, incluso puede transmitirse aunque en ese momento la piel esté intacta, de hecho la mayoría de las transmisiones se producen con ausencia de síntomas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

La mayoría de las infecciOnes suelen ser asintomáticas, si aparecieran los síntomas lo harían a partir del 20-30 día del contacto.
Los síntomas son similares en el hombre y en la mujer, apareciendo en la primera infección un grupo de vesículas en racimo, rodeadas por un eritema.
Además pueden aparecer síntomas a nivel sistémico como fiebre, mialgia, cefalea…
La infección dura toda la vida y los síntomas pueden reaparecer a lo largo de los años.

El VHS-1 produce vesículas en racimo en la zona bucolabial que pueden ser dolorosas o provocar picazón.

El VHS-2 cuando produce síntomas se caracteriza por una o más vesículas o úlceras genitales o anuales, pueden producir dolor, picazón y sensación de malestar, además de ser estigmatizante y repercutir negativamente en las relaciones sexuales.

COMPLICACIONES:

OMS, 2022/10/03, virus del herpes simple. “La infección por VHS-2 multiplica por tres el riesgo de infección por VIH”.

En casos de pacientes inmunodeprimidos, el herpes simple puede producir síntomas más graves y recidivas más frecuentes, el VHS-2 puede producir en estos pacientes una infección generalizada y en raras ocasiones puede ocasionar una inflamación cerebral (meningoencefalitis).

El VHS-1, aunque es muy raro, puede producir encefalitis (inflamación cerebral) o queratitis (inflamación ocular).

El HERPES NEONATAL se produce cuando el recién nacido está expuesto al VHS durante el parto, es muy raro que se produzca, 10 de cada 100.000 nacidos en el mundo, pero si pasara, se trataría de una afección grave que puede producir discapacidad neurológica persistente o incluso la muerte.

TRATAMIENTO:

- Dieta: evitar alimentos ricos en arginina que aumentan la multiplicación vírica, chocolate, cereales, cacahuete… así mismo dar una dieta rica en lisina inhibe la multiplicación vírica, siendo conveniente aumentar la ingesta de lácteos y de levaduras.

- Baños de asiento que palían los síntomas, con agua fresca o tibia.

- Fármacos antivíricos: aciclovir, famciclovir, valaciclovir..

Se reduce la intensidad de los síntomas y la gravedad de la enfermedad, pero no curan la infección

PREVENCIÓN:
- Evitar el contacto sexual o con objetos y líquidos infectados.
- Abstención de relaciones sexuales mientras se tengan síntomas.
- Uso del preservativo.
- La circuncisión médica masculina puede aportar protección parcial de por vida frente al VHS-2, VIH y VPH.

2.VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH):

3.MOLLUSCUM CONTAGIUM:

INTRODUCCIÓN:

El molluscum contagium o molusco contagioso se trata de una enfermedad causada por el virus del molluscum contagiosum, que pertenece a la familia del poxviridae.

Se trata de una enfermedad de la piel, contagiosa, que se puede transmitir de una persona a otra o de una parte del cuerpo a otra.

Su distribución es a nivel mundial, pero es más común en zonas tropicales.

Puede afectar a niños y a adultos, por contacto sexual o tan solo al contacto, además también se puede contagiar al contacto con superficies infectadas o fomites (toallas, juguetes…).

En el caso del contagio delos niños no se consideraría una ETS si el contacto ha sido con objetos infectados y/o si se ve afectada la zona del tronco, zona proximal de las extremidades, cuello

En el caso de que la zona afectada fuera la zona genital del niño se sospecharía de abuso sexual.

En el caso de los adultos, si las lesiones aparecen en la zona genial se considera una ETS, es más frecuente en edades comprendidas entre los 15 y 25 años.

La prevalencia de molusco contagioso en pacientes con VIH es del 10-20%.

PERIODO DE INCUBACIÓN:

El periodo de incubación está entre los 15 días y 2 ó 3 meses, pudiendo llegar hasta los 7 meses.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Conjunto de pápulas o nódulos, blanquecinos o aperlados, en ocasiones de color rosado, cuyo tamaño oscila entre 2-8 mm. Son duras y redondeadas, formando en ocasiones racimos.

- El signo más típico de la lesión es que en su zona central se encuentran deprimidas, como si se tratara de un cráter, esto no sucede en todas las lesiones, pero sí en muchas de ellas.

- Las lesiones no son dolorosas.

- En casos de contacto sexual las pápulas suelen aparecer en la zona genital, en la cara interna de los muslos o en la zona inferior del abdomen, del pecho y del cuello.

- En pacientes inmunodeprimidos o con VIH las lesiones son más grandes, más diseminadas y más abundantes.

DIAGNÓSTICO:

Se basa en la observación de las pápulas, se hace una biopsia de las mismas y un estudio anátomo-fisiológico.

TRATAMIENTO:

En niños las lesiones suelen desaparecer en 2 ó 3 meses espontáneamente, según la extensión de las mismas y su gravedad se actuará de un modo u otro.

En adultos, suelen evolucionar a la curación en 6-12 meses, pero en ocasiones suelen durar años, por ello, el riesgo de contagio a otras personas es elevado y se deben tratar.
Para ello utilizamos varias técnicas:

- Curetaje: La técnica consiste en eliminar las lesiones mediante un raspado superficial con un anillo afilado, puede sangrar, produce dolor (es conveniente el uso de medicación anestésica) y no deja cicatriz.

- Crioterapia: Se trata de aplicar nitrógeno líquido a temperatura por debajo de 0 ºC. También es doloroso o molesto. Con ello destruimos las células infectadas y el virus.

- Láser: Las lesiones se queman mediante láser y se destruye el virus. Se usa cuando las lesiones están muy diseminadas.

- Pomadas y cremas: Es un método más lento pero indoloro, consiste en aplicar durante varias semanas cremas en las lesiones, estas cremas suelen contener ácido acetil salicílico, cantaridina, solución alcohólica de podofilino… son poco utilizadas hoy en día.

Conviene saber que debemos utilizar material individual si estamos infectados, ropa, toallas, sábanas, objetos…

Siempre usaremos preservativo en las relaciones sexuales.

No rasurar los genitales para no diseminar la infección.

No rascarse las lesiones y lavarse bien después de tocarlas.

4.HEPATITIS A, B Y C:

5.VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH) Y SIDA:

6.CITOMEGALOVIRUS:

INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN:

Se trata de un herpes virus de la familia de los Betaherpesviriae.
Se denomina así porque se produce un aumento del tamaño de las células infectadas.
Se relaciona con los virus que causan la varicela y la mononucleosis infecciosa.
Se encuentra en todo el mundo y se puede transmitir a cualquier edad, siendo más común su contagio en la niñez, la adolescencia y la juventud, porque hay un aumento de los factores de exposición.
Una vez se produce el contagio, el virus permanece en el organismo durante toda la vida.

TRANSMISIÓN:

El virus se transmite por contacto directo y a través de líquidos corporales, como la saliva, la orina, la sangre, las lágrimas, el semen y la leche materna.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

La mayoría de las personas pasan por una infección asintomática o leve, que en muchos casos no saben que están infectadas, pero en los bebés y en las personas con el sistema inmunitario debilitado la infección puede ser de gravedad.

En los casos en los que se produce sintomatología, la más común será una afección leve que cursa con:

- Fiebre.
- Dolor de garganta.

- Fatiga.
- Inflamación de los ganglios linfáticos.
- Sudores nocturnos.
- Dolor articular y muscular.
- Poco apetito y pérdida de peso.
- Úlceras en la boca o herpes.

En los bebés pueden presentar la sintomatología más grave y acompañarse además de:

- Bajo peso al nacer.
- Ictericia.
- Neumonía.
- Mal funcionamiento del hígado.
- Fiebre prolongada.
- Inflamación del cerebro.
- Convulsiones.

En casos graves se puede producir mononucleosis o hepatitis.

DIAGNÓSTICO:

Análisis de sangre, saliva u orina.

TRATAMIENTO:

La mayoría de los casos no requiere tratamiento porque los síntomas son leves.
En casos graves se utilizan antivirales.
La vacuna está en proceso.

COMPLICACIONES:

- Pérdida de visión, debido a la inflamación del ojo.
- Problemas del sistema digestivo (hepatitis).
- Problemas del sistema nervioso (encefalitis).
- Neumonía.
- Pérdida de audición.
- Discapacidad intelectual, falta de coordinación, debilidad muscular.

7.VIRUELA DEL MONO:

La VIRUELA DEL MONO, VIRUELA SÍMICA o MONKEY POX es una enfermedad zoonótica, que puede transmitirse entre animales y humanos.
Se identificó por primera vez en 1958 en una población de primates.
Se desconoce su origen, pero se cree que se transmite a través de pequeños roedores o ardillas.
Su mayor incidencia se ha encontrado en África central y occidental, dónde la enfermedad es endémica.
En 2022 se produce un brote que alarma a multitud de países, entre ellos España con más de 4000 casos y dos fallecidos, en Reino Unido y en Alemania.

VÍAS DE TRANSMISIÓN:

Se puede transmitir por vía respiratoria, pero lo más común es que su transmisión se produzca por contacto directo con heridas, fluidos corporales, goticulas y material contaminado, ropa de cama y evidentemente por vía sexual.

PERIODO DE INCUBACIÓN:

De 6 a 13 días, pudiendo alargarse a 21 días.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Primero aparecen síntomas sistémicos similares a la gripe, cansancio, malestar general, fiebre, dolor de cabeza intenso, dolor muscular…
- Periodo de invasión: El virus ingresa en las células y produce inflamación de los gánglios linfáticos.
- Erupción cutánea: Se produce una erupción cutánea generalizada que pasa por diversas fases:
1.Plana y roja.
2.Bultos y ampollas: con contenido líquido trasparente o amarillento.
3.Costras.

La erupción tiende a presentarse en la cara, en las palmas de las manos y en las plantas de los pies, aunque también se encuentran en los genitales, en la boca y en los ojos.
La doctora Rosamund Lewis, del programa de emergencias de la OMS, explica cómo comienza. “Primero aparecen lo que llamamos máculas, éstas son solo áreas rojas. Luego progresa a pápulas. Esto ya es algo que se puede sentir porque tiene relieve. Esos bultos y protuberancias rojas comienzan a transformarse en ampollas y se llenan de líquido blanquecino que parece pus. Estas pústulas luego

comienzan a secarse y forman costras. Eventualmente, las costras secarán y se caerán."
Los síntomas suelen durar entre 2 y 4 semanas y desaparecen por sí solos sin tratamiento.
En ocasiones se pueden producir complicaciones e incluso la muerte.
Los recién nacidos, los niños y los inmunodeprimidos tienen más probabilidad de tener síntomas más graves y complicaciones, que incluyen infecciones en la piel, neumonía, confusión, infecciones oculares (pérdida de visión).

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO:

Debemos tener un aislamiento de contacto y en menor medida respiratorio.
La persona infectada deberá aislarse, cubrirá las lesiones de la piel, usará mascarilla si tose o si está cerca de otra persona.
Evitar el contacto piel con piel.
Uso de mascarilla al tocar la ropa de cama y el material contaminado.
Lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón y con desinfectante hidro alcohólico.
En cuanto al tratamiento actualmente tenemos una vacuna específica llamada MVA-BN (Imvamune, Imvanex o Jynneos) aprobada en 2019,pero aún no está ampliamente disponible, la OMS está trabajando con el fabricante para facilitar su accesibilidad.
Los vacunados contra la viruela también presentarán cierta inmunidad.

Por otro lado dejaremos secar la erupción o la cubriremos con un paño para proteger el área si fuera necesario.
Evitaremos tocar las llagas de la boca o de los ojos, usaremos enjuagues bucales y colirios para las molestias, evitando productos que contengan cortisona.

En casos graves, se puede poner la inmunoglobulina vaccinia (VIG), que es un antiviral para tratar la viruela.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir diremos que según varios estudios en los últimos años ha aumentado la incidencia de estas enfermedades, porque debido al uso de métodos anticonceptivos que no son de barrera se utilizan menos los métodos anticonceptivos de barrera.

Los métodos anticonceptivos de barrera, sobre todo el preservativo, son clave para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.
Debido a que en este apartado las enfermedades son producidas por virus, se están desarrollando vacunas para algunas de ellas, pero estas vacunas no curan la enfermedad una vez la padecemos.
Es clave determinar los contactos sexuales de los pacientes afectos de estas enfermedades para disminuir su transmisión y para tratar a las personas afectadas.

6 Bibliografía

ABC Salud. (2019, febrero 11). Nuevas vacunas contra la hepatitis C. ABC Salud. Nuevas vacunas contra la hepatitis C (abc.es)
Álvarez, (2010). Comunicación y Sexualidad. Enfermería Global.
Amezúa, E (2010) Avances en educación sexual. La asignatura de los sexos. Anuario de Sexología.
Andrés, D. (2012). Manual DAE para la preparación de oposiciones 1 y 2. Ediciones DAE (Grupo Paradigma). Valencia
Bano, K. (2023). Enfermedad inflamatoria pélvica. MSN. Enfermedad inflamatoria pélvica: síntomas, causas, diagnóstico y tratamientos (msn.com)
Bano, K. (2023). Tricomaniasis. Microsoft Start. Tricomoniasis: síntomas, causas, diagnóstico y tratamientos (msn.com)
Bharadwaj, R. (2023). Citomegalovirus. Microsoft Star. Citomegalovirus: síntomas, causas, diagnóstico y tratamientos (msn.com)
Cabello, F. (2010) Manual de Sexología y terapia sexual. Síntesis.
Calvache, A. (2015). Perspectiva sistémica de la comunicación humana y sus desórdenes. Revista Ciencias de la Salud, 13, 3. Perspectiva sistémica de la comunicación humana y sus desórdenes (scielo.org.co)
Candidiasis. (2023, febrero 9). Wikipedia. Candidiasis - Wikipedia, la enciclopedia libre
Citomegavirus. (2023, marzo 30). Wikipedia. Citomegalovirus - Wikipedia, la enciclopedia libre
De la Calle-Prieto, F. y otros (2022, septiembre 22). Tratamiento y prevención de la viruela del mono. Elsevier. https://doi.org/10.1016/j.eimc.2022.08.001
Enfermedad pélvica inflamatoria. (2022, diciembre 21). Wikipedia. Enfermedad pélvica inflamatoria - Wikipedia, la enciclopedia libre
Equipo Editorial, Etecé. (2022, agosto, 12). Relaciones Concepto. Relaciones Interpersonales - Concepto, tipos, ejemplos e importancia

Fernández, A. (s.f.). Molusco contagioso. Urologoenvivo. El molusco contagioso. Una enfermedad vírica - Urólogo en Vigo y Ourense (urologoenvigo.com)
Fornés, J. (2005) Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Planes de Cuidados. Editorial Médica Panamericana.
García, F. y Medina, F.J. (2011). Atención al paciente con alteraciones inmunológicas, nefrourogenitales, dermatológicas, oftalmológicas y otorrinolaringológicas. FUDEN.
Goldsmith, C.S. (2022, mayo 21). La viruela del mono: qué es, cómo se contagia, quién está en riesgo y cómo protegerse. Naciones Unidas. La viruela del mono: qué es, cómo se contagia, quién está en riesgo y cómo protegerse | Noticias ONU (un.org)
González Merlo, J. (2006). Tratado de obstetricia. (5ª edición). El Servier.
Hepatitis. (2023, marzo 10). Wikipedia. Hepatitis - Wikipedia, la enciclopedia libre
Infección por el VIH (who.int)
Iglesias, J.L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatría Integral. 12, 2, 88-93. 1.Iglesias.indd (pediatriaintegral.es)
La Vanguardia (2019, junio 7). ¿Qué es la tricomoniasis? | Síntomas, causas y cómo tratar la enfermedad. La Vanguardia. Trichomonas vaginalis: ¿Qué es? | Síntomas, causas y cómo tratar la enfermedad (lavanguardia.com)
Mayo Clinic (2022, junio 11). Enfermedad inflamatoria pélvica. Mayo Clinic Enfermedad inflamatoria pélvica - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic
Mayo Clinic (2022, septiembre 22). Sarna, Síntomas y causas. Mayo Clinic. Sarna - Síntomas y causas - Mayo Clinic
Mayo Clinic (2023, enero 6). Piojos púbicos (ladillas). Mayo Clinic. Piojos púbicos (ladillas) - Síntomas y causas - Mayo Clinic
Mayo Clinic. (2023, enero 11). Candidosis vaginal. Mayoclinic. Candidosis vaginal - Síntomas y causas - Mayo Clinic
Medline Plus (2022, febrero 17). Citomegalovirus. Medline Plus. Citomegalovirus: MedlinePlus en español
Michail S. Lionakis, M.D. y Lance, E. (2021, febrero 22). Candidiasis vaginal. Oficina para la salud de la mujer. Candidiasis vaginal | Oficina para la Salud de la Mujer (womenshealth.gov)
Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (s.f.). Viruela del mono. [Vídeo]. You Tube-Viruela del Mono - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile (minsal.cl)
Munné, A. (2019, enero 23), Candidiasis vaginal: qué es, causas y tratamiento. Promofarma.Candidiasis vaginal: qué es, causas y tratamiento | Consejos de salud, belleza y bienestar | Blog PromoFarma

National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Division of Viral Diseases (2020, agosto 18). Acerca del citomegalovirus (CMV). CDC. Acerca del citomegalovirus y la infección congénita por CMV | CDC
Organización Mundial de la Salud. (2022, marzo 10). Virus del herpes simple. OMS. Virus del herpes simple (who.int)
Organización Mundial de la Salud. (2022, junio 24). Hepatitis D. OMS. Hepatitis D (who.int)
Organización Mundial de la Salud. (2022, julio 27). Infección por el VIH. OMS. VIH/sida - Síntomas y causas - Mayo Clinic
Organización Panamericana de la Salu (s.f.). Tricomaniasis. OPS.Tricomoniasis - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)
Pilar, S.A. (2022, julio 30). Qué es la viruela del mono, cómo se contagia en humanos y cuáles son sus síntomas. RTVE. Viruela del mono: Qué es, cómo se contagia y síntomas (rtve.es)
Piojos. (2019, febrero 24). Enfermedades que causan los piojos. "Especies más peligrosas". Piojosguía. ENFERMEDADES QUE CAUSAN LOS PIOJOS » Especies más peligrosas - (piojosguia.com)
Pritish K. Tosh, M.D (2023, febrero 8). Viruela del mono: qué es y cómo se puede prevenir. Mayo Clinic. Viruela del mono: ¿qué es y cómo se puede prevenir? - Mayo Clinic
Roberts, M. (2022, mayo 26). Viruela del mono: cómo saber si tienes esta u otra enfermedad que provoca síntomas similares en la piel. BBC. Viruela del mono: cómo saber si tienes esta u otra enfermedad que provoca síntomas similares en la piel - BBC News Mundo
Saceda, D. ((2023, marzo 27). Molusco contagioso. Webconsultas. Tratamiento del molusco contagioso: cómo eliminarlo (webconsultas.com)
Sánchez, E. y otros (2017). Cuidados de enfermería en atención primaria y especializada (volumen II). SATSE.
Sarna. (2023, marzo 20). Wikipendia. Sarna - Wikipedia, la enciclopedia libre
Sofosbuvir. (2022, diciembre 10). Wikipedia. Sofosbuvir - Wikipedia, la enciclopedia libre
Songhai, M.D (2022, diciembre 30). Enfermedad inflamatoria pélvica. Oficina para la Salud de la Mujer. Enfermedad inflamatoria pélvica | Oficina para la Salud de la Mujer (womenshealth.gov)
Trichomonas vaginalis. (2022, noviembre 27). Wikipedia. Trichomonas vaginalis - Wikipedia, la enciclopedia libre

Capítulo 11

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

CARMEN CALIXTO PEREZ

NATALIA SERNA VILLAMAYOR

AITANA SERRANO BUITRAGO

PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS

CARMEN BARBA SANCHEZ

1 Introducción

El término burnout procede de la expresión burned out in drugs, que se utiliza para referirse a los efectos producidos por un consumo prolongado de drogas. En 1974, Herbert Freudenberger, psicólogo clínico, acuñó este término al observar cómo un buen número de voluntarios que desarrollaban su labor en una clínica para toxicómanos en Nueva York, tras unos meses de trabajo, padecían sentimientos existenciales de fracaso, agotamiento o desesperación con manifestaciones de agresividad e ira hacia los pacientes, de manera que los voluntarios parecían más necesitados de ayuda que los propios enfermos a los que atendían.

Maslach y Susan Jackson definen el burnout como una respuesta disfuncional ante un proceso de estrés crónico en el que se producen alteraciones físicas, emocionales y comportamentales cuyo origen depende de factores laborales, pero

también individuales, y que se manifiesta en tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. El cansancio emocional se experimenta como una sensación de no poder más, de no dar más de sí. Con el fin de protegerse, el sujeto se despersonaliza reduciendo la interacción con los demás, tratando de manera impersonal al paciente o usuario, usando términos despectivos o culpabilizando a los demás por sus frustraciones. La baja realización se vincula con baja autoestima, sentimientos de incapacidad para realizar el trabajo y pensamientos de abandonar el trabajo o el abandono mismo. Este sentimiento puede llegar a extenderse dentro del grupo de trabajo, contagiando al resto la desesperación, el cinismo y la apatía, con lo que buena parte de la institución puede verse afectada.

El burnout se da, preferentemente, en aquellas profesiones caracterizadas por el establecimiento de relaciones directas y constantes con personas, en las que el propio trabajador es la herramienta clave, el recurso más necesario, en las que priman las demandas de ayuda, educación y cuidados. Es por ello que el profesional de enfermería se perfila como uno de los grupos de riesgo más importantes a la hora de sufrir este síndrome.

2 Objetivos

• Analizar las consecuencias y manifestaciones del síndrome de Burnout tanto para el profesional de enfermería, como para la organización en la que desarrolla su trabajo.

• Exponer distintos instrumentos para la evaluación del síndrome de Burnout en profesionales de enfermería, identificando aquellas áreas que miden.

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. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “síndrome de burnout”, “burnout y enfermería” o “herramientas de valoración burnout”.

4 Resultados

El burnout puede afectar muchas profesiones, pero el contexto laboral en el que se desenvuelven los profesionales de enfermería los hace especialmente proclives ante esta afección: jornadas laborales extensas y agotadoras, sobrecarga de trabajo, cambios de servicio, situaciones críticas, turnos rotatorios, demandas de los pacientes, los familiares, el equipo, o los propios compañeros. Las consecuencias del burnout se pueden clasificar en consecuencias individuales y consecuencias para la organización, ambas están relacionadas produciéndose una retroalimentación entre ellas y, en consecuencia, afectando de manera importante en la calidad de la atención prestada al paciente.

El profesional de enfermería afectado por burnout puede ver cómo disminuye gravemente su calidad de vida manifestándose esta pérdida en las siguientes áreas:

• Trastornos psicosomáticos: dolores de cabeza, fatiga crónica, trastornos del sueño, asma, hipertensión, dolores musculares, pérdida de peso o problemas gastrointestinales.

• Trastornos conductuales: abuso de drogas o sustancias tóxicas, conductas de riesgos, descontrol de impulsos, superficialidad en las relaciones o absentismo laboral.

• Trastornos emocionales: aburrimiento, desorientación, frustración, distanciamiento afectivo, baja autoestima, ansiedad, depresión o ideación suicida.

• Trastornos conductuales defensivos: negación de la realidad o de las emociones, ironía, cinismo, distancia emocional de los demás o deshumanización.

En cuanto a las consecuencias para la organización, en general, se produce una pérdida en la calidad del servicio, falta de compromiso, cambios de puesto de trabajo, rotación o disminución del rendimiento laboral. El efecto contagio que puede llegar a producir el síndrome del burnout hace que se llegue a hablar de organizaciones afectadas por el burnout.

Siendo tan importantes las consecuencias del burnout para el profesional de enfermería, la institución en la que desarrolla su trabajo y para los pacientes es importante prestar atención a aquellos instrumentos que sirvan para su prevención y su evaluación ante la sospecha de la afección por este síndrome. Centrándose en el ámbito de la evaluación, existen diversas escalas para la valoración y medición del síndrome de burnout en el profesional de enfermería y en otros profesionales. Algunas de las escalas más utilizadas son:

• Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS): Es una escala autoadministrada, de respuesta tipo Likert que mide el burnout en tres dimen-

siones: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.
• Cuestionario de Estrés Organizacional de la OIT-OMS: De respuesta tipo Likert, se utiliza para el análisis de la procedencia y los niveles de riesgos psicológicos y sociales a través de siete dimensiones: el clima organizacional, la estructura organizacional, el territorio organizacional, la tecnología, la influencia del líder, la falta de cohesión y el respaldo del grupo de trabajo.
• Spanish Burnout Inventory (SBI): Esta escala mide el burnout en cuatro dimensiones: la ilusión por el trabajo, el desgaste psíquico, la indolencia y la culpa.
• Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP): Es una escala diseñada específicamente para la valoración del burnout en los profesionales del área de la salud y mide el burnout a partir de las respuestas a 20 ítems que valoran las reacciones conductuales, afectivas, cognitivas y psicofisiológicas del profesional.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout es un riesgo laboral que afecta a distintos grupos profesionales, pero en el caso de los profesionales de enfermería, se presenta como un riesgo de especial importancia debido a las características especiales de su trabajo. La exposición jornadas laborales muy extensas, a situaciones críticas de estrés, y demandas emocionales constantes hacen que los profesionales de enfermería sean especialmente propensos a padecer este síndrome, provocando efectos perjudiciales tanto para el profesional afectado como para la organización en la que trabaja.
Ante la importancia de prevenir y evaluar el Burnout en el profesional de enfermería, es esencial contar con instrumentos adecuados para la detección temprana o el abordaje. Es fundamental que se tomen las medidas preventivas oportunas y se utilicen cuantos instrumentos de evaluación sean necesarios para identificar y abordar esta afección a tiempo. El bienestar del profesional de enfermería resulta crucial para asegurar una atención de calidad al paciente y para fortalecer al sistema de salud en su integridad.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Síndrome de burnout en profesiones sanitarias. Enfermería y medicina como población diana [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 21 de julio de 2023]. Disponible

en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sindrome-de-burnout-en-profesiones-sanitarias-enfermeria-y-medicina-como-poblacion-diana/
2. Alba Martín R. Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol [Internet]. 2015 [citado el 21 de julio de 2023];41(1):9–14. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-burnout-enfermeria-prevalencia-factores-relacionados-S2013524615000045
3. Ocronos R. Síndrome de burnout: definición, y escalas de medición [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 21 de julio de 2023]. Disponible en: https://revistamedica.com/burnout-definicion-escalas-medicion/amp/
4. Conflicto UN, La EN, De S. EL SÍNDROME DE BURNOUT O DE QUEMARSE EN EL TRABAJO [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 21 de julio de 2023]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v14n2/a04.pdf

Capítulo 12

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL FALLECIMIENTO (EXITUS) DE UN PACIENTE

AITANA SERRANO BUITRAGO

PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS

CARMEN BARBA SANCHEZ

CARMEN CALIXTO PEREZ

NATALIA SERNA VILLAMAYOR

1 Introducción

Desde la perspectiva de la enfermería, el duelo se podría definir como la reacción natural que surge en el individuo frente a la pérdida de una persona significativa que conlleva un proceso de adaptación emocional y de comportamiento ante la nueva situación. El duelo puede comenzar en el paciente y en sus familiares antes del fallecimiento, y en los familiares de manera inmediata después el suceso o en un periodo superior de días o meses tras la pérdida.
El duelo, dependiendo del individuo, se puede presentar de manera normal o de manera patológica. En el duelo normal las respuestas emocionales son de dolor y tristeza proporcional a la pérdida y necesarios e imprescindibles para asimilar y aceptar esta, se acompaña de expresiones de dolor y de un proceso de adaptación a la desaparición del ser querido y la asunción de nuevos roles. El proceso puede

durar entre seis meses o un año, incluso prolongarse hasta los dos años. En el duelo patológico o complicado las reacciones emocionales del individuo se presentan de manera muy intensas, tanto que pueden llegar a dificultar o impedir el desarrollo de la vida diaria, con una sintomatología física, emocional y cognitiva intensa, impredecible y persistente en el tiempo y con problemas para recuperar el funcionamiento de la vida normal, si apareciera ideación suicida o síntomas psicóticos, se estaría ante un duelo psiquiátrico. El duelo patológico también se puede presentar en forma de ausencia y en esos casos se habla de duelo no resuelto.

Es fundamental que el personal de Enfermería conozca las diferentes formas de reacción que pueden surgir ante un proceso de duelo, ya sea un paciente terminal o una familia afectada, que muestre sensibilidad y empatía y que reconozca que cada persona vive este suceso como una experiencia única.

2 Objetivos

Exponer en qué consiste un proceso de duelo y cómo se manifiesta según sea normal o complicado o patológico.

Describir las funciones y actuaciones del profesional de enfermería ante el proceso de duelo en pacientes y en familiares.

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. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “enfermería y duelo”, “procesos de duelo” o “duelo normal y patológico”.

4 Resultados

El profesional de Enfermería cumple un papel fundamental en el proceso de duelo y en su elaboración, este se manifiesta mediante la atención y apoyo tanto a los pacientes como a sus familias a lo largo de este duro trance.

Una de las formas en las que el profesional de enfermería puede intervenir en la elaboración del duelo es a través del acompañamiento emocional: ofreciendo un espacio seguro a pacientes y a familiares en el que puedan compartir sus sentimientos e infundiéndoles confianza para que puedan expresar su pena y su dolor.

Otra de las formas de intervención del profesional de enfermería ante el proceso de duelo es a partir del desarrollo de las funciones de orientación y educación. El profesional de enfermería cuenta con información suficiente sobre este proceso y puede orientar y educar explicando a los pacientes y a sus familias en qué consisten las distintas fases del duelo y cuáles son los sentimientos y emociones que pueden experimentar en cada una de estas fases.

El profesional de Enfermería es uno de los responsables de la evaluación de las necesidades individuales de los pacientes en duelo y, a partir de esta evaluación, planificar y adaptar los cuidados a aplicar. Dentro de esta identificación de necesidades se podría detectar que el paciente está elaborando un duelo complicado o patológico, en el cual el paciente no consigue avanzar en una evolución normal de asimilación, aceptación y curación. Durante el proceso de duelo, el paciente, puede experimentar y manifestar síntomas físicos, emocionales y cognitivos, algunos de estos síntomas son:

- Físicos: Temblores, dolores de cabeza, dolores musculares, sensación de agotamiento, insomnio, pérdida de apetito, ganancia o pérdida de peso, etc.
- Cognitivos: Alucinaciones, confusión o falta de concentración.
- Emocionales: Miedo, culpa, ira, ansiedad, tristeza, impotencia, etc.

El profesional de Enfermería debe prestar atención a los síntomas y establecer una vigilancia en caso de sospecha duelo complicado o patológico, tanto para realizar una adaptación de los cuidados como para derivar al paciente a otro profesional si lo estima necesario.

5 Discusión-Conclusión

El duelo es la respuesta natural o el proceso de adaptación emocional que se produce en un paciente o en una familia frente a la inminencia de una pérdida o ante la pérdida misma de una persona significativa. Los profesionales de Enfermería cumplen un papel fundamental en la elaboración y en la manifestación de todo el proceso de duelo, ya que, tanto por su formación, como por su cercanía, pueden brindar los cuidados y el apoyo necesarios a los pacientes y a sus familias.

Desde la Enfermería se puede intervenir en el duelo a través de diferentes formas, como el acompañamiento emocional, la orientación y la educación, la iden-

tificación de necesidades y la atención y vigilancia de síntomas.
Es muy importante que los profesionales de Enfermería estén sensibilizados antes este proceso y muestren gran capacidad de empatía durante el proceso de duelo brindando apoyo emocional y cuidados individualizados a los pacientes y a sus familias que sufren uno de los procesos más duros y dolorosos ante los que una persona puede encontrarse.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Papel de la enfermería ante el proceso de duelo tras un fallecimiento [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-de-la-enfermeria-ante-el-proceso-de-duelo-tras-un-fallecimiento/
2. de Enfermería Ocronos RM y. Participación de Enfermería ante el duelo [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://revistamedica.com/enfermeria-duelo/
3. Baquerizo P. Core.ac.uk. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://core.ac.uk/download/pdf/324149495.pdf
4. Investigación RS. Plan de cuidados de enfermería para el afrontamiento del duelo [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-para-el-afrontamiento-del-duelo/

Capítulo 13

ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS EN EL CÁNCER DE MAMA

PAULA GARCÍA TUÑÓN

1 Introducción

El cáncer de mama es una de las principales preocupaciones de salud pública en el mundo. Esta maligna enfermedad continúa siendo la más frecuente en mujeres, cuya incidencia continúa aumentando por razones desconocidas.

Queda demostrado que no existe una única causa para que esta enfermedad se desarrolle, ya que existen muchos factores desencadenantes, siendo distintos de una mujer a otra.

Aún así, existen unos factores de riesgo, siendo estos los siguientes:
- Género: más probabilidad en mujeres que en hombres.
- Edad: con la edad aumenta la incidencia (mayores de 40 años).
- Antecedentes personales y familiares de cáncer.
- Historia reproductora: se aumenta el riesgo si la mujer es nulípara o el primer embarazo a término después lo ha tenido después de los treinta años.
- Lactancia materna: menor probabilidad de padecer cáncer de mama si la lactancia es más larga.
- Menarquía precoz y menopausia tardía.
- Enfermedad benigna de mama: las lesiones benignas de mama se clasifican en tres grupos: no proliferativas, lesiones proliferativas sin atipia y lesiones proliferativas con atipia, o hiperplasia atípica (estas últimas tienen mayor riesgo de transformación maligna).

- Hormonas exógenas: anticonceptivos orales y terapia de reposición de estrógenos.
- Estilo de vida: la obesidad está asociada a mayor riesgo de cáncer de mama. También hay riesgo ligero asociado al consumo de alcohol.
- Exposición a la radiación: más incidencia de cáncer de mama en mujeres expuestas a radiación ionizante.

La detección precoz es la clave para controlar el cáncer de mama, utilizando para ello controles ginecológicos, la mamografía y el autoexamen de mama.

El examen clínico de mama (ECM) es la técnica de cribado de cáncer más común. Se realiza en la revisión ginecológica anual. La revisión ginecológica es el mejor momento para enseñar el autoexamen de mama a la mujer, fomentando que incorpore esta rutina en su estilo de vida. Enfermería tiene un papel fundamental en la enseñanza del autoexamen de mama, puesto que debe enseñar anatomía de la mama y los cambios que se producen en ella durante el ciclo menstrual por acción de las hormonas. Enfermería indicará que la inspección y la palpación de las mamas debe realizarse tanto de pie como acostada, centrando la atención en evaluar cualquier cambio.

La mamografía es una técnica no invasiva de diagnóstico por imagen. Es una técnica un poco molesta que detecta masas ocultas a la palpación.

2 Objetivos

Se fijó un claro objetivo para esta presente revisión bibliográfica, el cual fue establecer los cuidados que debe realizar el profesional de Enfermería en mujeres que son diagnosticadas de cáncer de mama.

3 Metodología

La estrategia de búsqueda utilizada se basó en una búsqueda de información en las principales bases de datos científicas como Cuiden, Pubmed, Medline, Cochrane y Dialnet, recopilando información que hiciera referencia a los cuidados de enfermería en el cáncer de mama.

Las palabras clave utilizadas fueron: cáncer de mama, enfermería, cuidados, detección precoz. Los operadores booleanos utilizados fueron AND y OR.

Los criterios de inclusión fueron: publicaciones a texto completo y de acceso gratuito, publicaciones previamente revisadas y publicaciones en idioma inglés y español.

Tras la búsqueda, finalmente se llevaron a estudio 13 referencias bibliográficas, todas ellas reflejadas en la bibliografía de este capítulo de libro.

4 Resultados

El cáncer de mama es un gran desafío para Enfermería, ya que implica que el profesional tenga determinados conocimientos en el área de prevención, cribado y tratamiento, añadiendo además la complicación de que esta enfermedad no afecta por igual a todas las mujeres.

Enfermería deberá ser hábil en el trato y apoyo psicológico, puesto que la mujer experimenta una serie de cambios físicos que, normalmente, destruyen su autoestima.

Uno de los principales objetivos de Enfermería es adiestrar a las mujeres en el autoexamen de mama, ofrececiendo apoyo en los tratamientos y en los controles posteriores.

Los síntomas y signos del cáncer de mama son insidiosos, siendo las manifestaciones más comunes la masa o endurecimiento de la mama o la axila, secreción espontánea por el pezón, retracción o inversión del pezón, asimetría en la mama, depresiones o rugosidades en la piel, piel escamosa alrededor del pezón, piel de naranja, enrojecimiento, edema o dilataciones venosas y aumento de tamaño de los ganglios linfáticos axilares.

El cáncer de mama es uno de los más impredecibles, siendo lo más importante el diagnóstico precoz antes de que llegue a la fase metastásica. Los diferentes tratamientos que existen para tratar este cáncer es el tratamiento quirúrgico, la quimioterapia y la radioterapia.

Enfermería tendrá una serie de cuidados cuando maneje la quimioterapia y los citostáticos. Dentro de estos cuidados están:
- Ofrecer información al paciente y a su familia sobre el funcionamiento de los fármacos antineoplásicos.
- Observar la presencia de efectos secundarios y tóxicos derivados de los quimioterápicos, instruyendo al paciente en ellos.

- Saber qué citostáticos se están empleando y su forma de administración.
- Indicar al paciente que avise si se nota fiebre, hemorragias nasales, hematomas excesivos y heces de color oscuro.
- Administrar fármacos antieméticos en caso de nauseas y vómitos.
- Enseñar técnicas de relajación para que la paciente pueda poner en práctica antes, durante y después del tratamiento.
- Garantizar una ingesta adecuada de líquidos para que la paciente no se deshidratate.

Al igual que en la quimioterapia, Enfermería también debe mantener unos cuidados en la radioterapia:
- Poner en marcha y mantener la protección contra la radiación según el protocolo del centro.
- Limitar el tiempo de visita en la habitación y el tiempo que pasa el resto de profesionales en ella.
- Observar alteraciones en la piel, tratando dichas alteraciones de manera adecuada.
- Dar cuidados esenciales a los pliegues de tejido, puesto que tienden a infectarse.
- Ayudar a la paciente en la planificación de la pérdida de cabello.
- Observar presencia de anorexia, perdida de peso, náuseas, vómitos y diarreas.
- Fomentar una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Administrar antieméticos cuando sea necesario.
- Intentar que la paciente se mantenga en reposo inmediatamente tras la radioterapia.
- Enseñar técnicas para manejar el dolor.
- Observar signos de infección del tracto urinario.
- Facilitar la expresión de sentimientos.

Enfermería hará frente, junto con el resto del equipo multidisciplinar, a las complicaciones derivadas de la enfermedad y del tratamiento.

Relacionadas con la cirugía, las complicaciones a las que Enfermería puede enfrentarse son el enlentecimiento de la cicatrización, el linfedema, el acúmulo seroso, lesión en los nervios y disfunsión del hombro.

Las complicaciones derivadas de la quimioterapia son las hemorragias, sepsis, estomatitis, anorexia, náuseas, vómitos, cistitis hemorrágica, extravasación y necrosis cutánea.

Para la radioterapia, las complicaciones son el linfedema, la reacción cutánea, la

disfunción del hombro, la fatiga y supresión de la médula ósea.

Otra cuestión fundamental es la preparación psicológica de la mujer para que pueda enfrentarse a la enfermedad y a su tratamiento. Para que Enfermería pueda prestar unos cuidados de calidad, deberá realizar una valoración exhaustiva para identificar aquellas necesidades donde la paciente precise ayuda, formulando posteriormente los diferentes diagnósticos de Enfermería para poner en marcha las intervenciones y actividades oportunas que cubran la necesidad y el diagnóstico detectado.

Es fundamental que Enfermería establezca una relación terapéutica con la paciente basada en la confianza y el respeto, demostrando en todo momento empatía.

Enfermería también favorecerá la expresión de sentimientos, ofreciendo intimidad para garantizar la confidencialidad.

También es importante reforzar la autoestima para que la paciente pueda hacer frente a la vuelta de la misma a su vida cotidiana.

Enfermería dará una serie de recomendaciones al alta, las cuales son:
- Informar sobre la medicación, dosificación, pauta, precauciones y efectos secundarios potenciales.
- Tipo y fechas de controles posteriores.
- Cuidados de la herida quirúrgica.
- Indicar que no puede tomarse la tensión arterial, administrar inyecciones ni extracciones de sangre en el brazo afectado.
- Evitar las quemaduras solares o exponerse demasiado al sol.

Tras el tratamiento, la mujer llevará un seguimiento de por vida para vigilar la recurrencia (siendo el riesgo de recurrencia mayor durante los dos primeros años tras el diagnóstico inicial), de la enfermedad y las complicaciones del tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es uno de los tumores malignos más importantes dentro de la población femenina y el que más preocupa a la salud pública. Actualmente, este tipo de tumores tiene altos niveles de curación.

La detección precoz es la clave para controlar este tipo de cáncer, junto con los

controles ginecológicos, las mamografías, el autoexamen de mama y la educación sanitaria poblacional de Enfermería.

Los distintos tratamientos son el quirúrgico y los tratamientos de quimioterapia y radioterapia.

Las intervenciones de Enfermería más frecuentes hacia estas pacientes son la enseñanza, el asesoramiento, potenciar la seguridad, manejo del dolor y el apoyo emocional.

6 Bibliografía

- Martín, M., Herrero, A., & Echavarría, I. (2015). El cáncer de mama. Arbor, 191(773), a234-a234.
- Bazar, N. O., Hernandez, C. B., & Bazar, L. V. (2020). Factores de riesgo asociados al cáncer de mama. Revista Cubana de Medicina General Integral, 36(2), 1-13.
- Bonilla, J. M., Tabanera, M. T., & Mendoza, L. R. (2017). El cáncer de mama en el siglo XXI: de la detección precoz a los nuevos tratamientos. Radiología, 59(5), 368-379.
- Sardiñas Ponce, R. (2009). Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 8(3), 0-0.
- Riquelme E, B., Sepúlveda P, B., & Vargas V, X. (2006). Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. Rev. Med. Clin. Condes, 244-247.
- Ramírez, M. E. (2018). Cáncer de mama. Revista Médica Sinergia, 2(01), 8-12.
- Angulo, M. M., Yustos, M. A., León, M. V., & de Mon Soto, M. Á. (2013). Cáncer de mama. Medicine-programa de formación médica continuada acreditado, 11(27), 1629-1640.
- Regueira, F. M., Rodríguez-Spiteri, N., Manero, M. G., & Zornoza, G. (2008). Novedades en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, 51-55.
- Capellas, M. V., Peralta, S. M., Serdá, P. C., González, A. E., Bruno, M. F., & Barragan, P. L. (2012). Quimioterapia neoadyuvante en el cáncer de mama localmente avanzado. Revista de Senología y Patología Mamaria, 25(1), 14-21.
- Teba, V. C. (2015). Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia. Fuandación Dialnet, 20(49), 35-42.
- Andia Montoya, E. V. (2018). Cuidado de enfermería a paciente con tratamiento de quimioterapia para cáncer de mama, instituto nacional de enfermedades neoplásicas 2018.

- Chavira, L. A., Pérez-Zumano, S. E., & Hernández-Corral, S. (2019). Complicaciones postoperatorias en mujeres con cirugía por cáncer de mama. Enfermería universitaria, 16(2), 149-156.
- Montiel Castillo, V. E., & Guerra Morales, V. M. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. Revista Cubana de Salud Pública, 42(2), 332-336.

Capítulo 14

DIÁLISIS PERITONEAL. LA IMPORTANCIA DE UN BUEN ENTRENAMIENTO PARA SU REALIZACION Y MINIMIZAR POSIBLES COMPLICACIONES

INMACULADA RODRIGO CAMACHO

NOELIA RIVERA TEJERO

FADWA EL BALGHITY MOUATADIR

VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO

1 Introducción

La Insuficiencia Renal Crónica es una patología en la cual los riñones no son capaces de filtrar los productos de desecho en la sangre de forma que el organismo es incapaz de mantener la homeostasia de forma autónoma.
El tratamiento más habitual para esta patología es la denominada hemodiálisis, técnica en la cual de forma extracorpórea la sangre es filtrada y devuelta al organismo a través de accesos periféricos, como son las fistulas arterio-venosas. De forma que el individuo debe acudir de forma regular de dos a tres veces a la semana a clínicas de hemodiálisis u hospitales para que profesionales sanitarios especializados le realicen esta técnica. Pero, cada vez más, se está llevando acabo otro tipo de diálisis como es la diálisis peritoneal continua ambulatoria.

La diálisis peritoneal continua ambulatoria es un procedimiento terapéutico para tratar a aquellas personas que sufren Insuficiencia renal crónica (IRC), de forma que después de una correcta instrucción y entrenamiento, el paciente es capaz de realizar este tipo de diálisis de forma ambulatoria en su propio domicilio, dotándole de mayor autonomía terapéutica, factor que en el resto de tratamientos de la IRC suele estar ausente debido a la dependencia que conlleva el tratamiento de esta enfermedad.
No todos los pacientes son candidatos de este tipo de diálisis ambulatoria frente a la hemodiálisis, debido al alto riesgo de complicaciones que conlleva en ocasiones esta técnica, a pesar del entrenamiento previo del paciente, como pueden ser peritonitis o accesos peritoneales.

2 Objetivos

Conocer la importancia del entrenamiento previo por parte del equipo de enfermería del paciente para realizar una correcta técnica de diálisis peritoneal continua ambulatoria.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos llevado a cabo una búsqueda sistemática en libros y en las principales bases de datos científicas en los últimos 24 años: Base de datos de la NLM - National Liybrary of Medicine (PUBMED – MEDLINE), Base de Datos de la Fundación Index sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica (CUIDEN), National Library of Medicine (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Colección de Bases de Datos sobre Ensayos Clínicos Controlados en Ciencias de Salud (COCHRANE) y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Hemos utilizado los descriptores diálisis, peritoneal, entrenamiento, técnica, complicaciones, infección, cuidados de enfermería como descriptores de búsqueda. Hemos encontrado 9 documentos.

4 Resultados

La autonomía es uno de los factores que hace que los pacientes elijan esta alternativa de tratamiento ante la enfermedad renal crónica, pero para ello debe

llevar a cabo previamente un entrenamiento exhaustivo tanto el paciente como el cuidador principal de forma que después en su domicilio puedan realizar esta técnica de forma autónoma e identificar las complicaciones y saber actuar ante estas, esto incide directamente en el éxito del tratamiento.

El entrenamiento para la técnica es llevado a cabo en su mayoría por el equipo de enfermería de la unidad de diálisis especializados en diálisis peritoneal, por ello también interviene en este el nivel de conocimientos de los propios profesionales sanitarios que imparten la formación. Estos a menudo comienzan su formación con los miembros más veteranos de la unidad. Es importante también que después todos ellos lleven a cabo una correcta actualización de conocimientos periódica que les permita estar al día de los progresos en la técnica.

Son varios los factores que inciden en el tipo y tiempo de entrenamiento del paciente por ello antes de comenzar con la formación debemos realizar una valoración integral de este. Los elementos que pueden modificar el entrenamiento son algunos como el nivel de conocimientos previos del propio paciente, la edad, los niveles de ansiedad que experimente durante la técnica o el estado urémico y fisiológico del que parte este.

El tiempo de entrenamiento del paciente se ha visto en numerosos estudios que no es tan relevante como si lo es conseguir que el paciente lleve a cabo la técnica de forma segura, precise el tiempo que precise. Es importante que el entrenamiento se adapte también al estilo de vida y aprendizaje de cada persona y que por tanto sean formaciones flexibles e individualizadas. También se ha podido observar en algunos estudios que los pacientes de edad avanzada experimentan infecciones asociadas a la diálisis peritoneal en menor tiempo de tratamiento, teniendo el primer episodio de peritonitis antes que las personas de edad media, puede verse asociado al grado de fragilidad de las personas de edad avanzada.

Además algunos estudios corroboran la necesidad de llevar a cabo programas de reentrenamientos periódicos y personalizados que certifiquen que pasado un tiempo desde el primer entrenamiento la técnica es llevada a cabo aun con buenas prácticas por lo que llamamos la curva del olvido o la deformación de lo aprendido, ya que hablamos de pacientes que llevan a cabo estos recambios tres y hasta cuatro veces al día. Sobre todo en lo relativo a la higiene para evitar posibles infecciones derivadas de la manipulación del catéter peritoneal y que constituyen una de las razones de fracaso del tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

La diálisis peritoneal continua ambulatoria se trata de una técnica de autotratamiento que dota al paciente que padece enfermedad renal crónica de gran independencia, lejos de la dependencia que genera el tratamiento habitual de esta enfermedad como es la hemodiálisis.

A pesar de ello no es un procedimiento al alcance de todos los pacientes de esta enfermedad, ya que requiere de un intenso entrenamiento que permita llevar a cabo la técnica en condiciones óptimas que eviten la aparición de complicaciones derivadas de ella como la peritonitis.

El entrenamiento llevado a cabo en estos pacientes recae sobre la unidad de diálisis y en concreto sobre el equipo de enfermería especializado en diálisis peritoneal, que comenzando por su propia formación con los miembros más veteranos de la unidad terminan llevando a cabo el entrenamiento de los pacientes que ingresan en el programa.

El entrenamiento debe siempre llevarse a cabo teniendo en cuenta toda la esfera que rodea al paciente y factores como el nivel de conocimientos previos o la edad de este. Pudiendo influir todo ello en el tipo y tiempo de entrenamiento. Debiendo ser este siempre un proceso flexible y que se adapte a la vida del paciente en la medida de lo posible.

Numerosos estudios destacan la importancia de llevar a cabo programas de reentrenamiento periódicos que garanticen que los pacientes que ya reproducen esta técnica en su hogar continúan haciéndolo con buenas prácticas, sin caer en errores relacionados con la curva del olvido o la repetición.

A lo largo de toda esta revisión se evidencia la importancia de un buen entrenamiento para evitar complicaciones de esta técnica que supone una alternativa tan atractiva para pacientes con enfermedad renal crónica que de otro modo dependería en su totalidad de tratamiento hospitalario continuo.

6 Bibliografía

1. Gokal, R., & Mallick, N. P. (1999). Peritoneal dialysis. Lancet (London, England), 353(9155), 823–828. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(98)09410-0

2. Peláez Requejo, Beatriz, Fernández Pérez, Mónica, Núñez Moral, Miguel, González Díaz, Isabel, Méndez González, Alejandra, & Quintana Fernández, Aurora. (2013). Assessment of practical knowledge of prevalent peritoneal dialysis patients. Enfermería Nefrológica, 16(3), 179-184. https://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842013000300006

3. Franco Mejía, Viviana, Depine, Santos Ángel, Mejía Royet, Francia, Pallares, Fanny, Sarmiento, Joanny, Lastre, Gloria, & Bohórquez Moreno, Cristina. (2021). Cuidado de enfermería a pacientes en diálisis peritoneal: de la teoría a la práctica. Revista Colombiana de Nefrología, 8(2), e204. Epub January 01, 2022. https://doi.org/10.22265/acnef.8.2.394
4. Aguilera-Flórez, Ana Isabel, Sastre-López, Aránzazu, Linares-Fano, Blanca, Guerra-Ordoñez, Juan Ramón, Alonso-Rojo, Ana Cristina, & Prieto-Velasco, Mario. (2020). Análisis del tiempo de entrenamiento y su relación con los episodios de peritonitis. Enfermería Nefrológica, 23(1), 54-59. Epub 15 de junio de 2020. https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842020006
5. Zhang, L., Hawley, C. M., & Johnson, D. W. (2016). Focus on peritoneal dialysis training: working to decrease peritonitis rates. Nephrology Dialysis Transplantation, 31(2), 214-222.
6. Martín Espejo, J. L., Cirera Segura, F., & Reina Neyra, M. (2008). Formación proporcionada a los pacientes de diálisis peritoneal domiciliaria en España. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 11(1), 13-19.
7. Gómez Castilla, A. C., Ojeda Guerrero, M., Carballo Pérez, E., Ramírez López, M. Á., Cárcamo Baena, J., & Fernández Gordillo, D. (2011). Los indicadores del manejo del régimen terapéutico y su relación con la evolución de la información adquirida durante el entrenamiento en diálisis peritoneal. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 14(2), 83-89.
8. Granado, A., Ruiz, C., & Arrieta, J. (2006). Adiestramiento del paciente que se incorpora a diálisis peritoneal: Visitas domiciliarias. Reentrenamiento. Nefrología, 26(Supl 4), 57-66.
9. Fan, X., Huang, R., Wang, J., Ye, H., Guo, Q., Yi, C., ... & Yang, X. (2014). Risk factors for the first episode of peritonitis in Southern Chinese continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. PloS one, 9(9), e107485.

Capítulo 15

EL PAPEL FUNDAMENTAL DEL ENFERMERO EN EL CUIDADO INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON DOLENCIAS Y CIRUGÍA DE CADERA: UNA REVISIÓN DE LA EVIDENCIA

ELENA FERRER ALVADO

MARTA GARCÍA QUINTANILLA

ROSA MARIA APARICIO SANCHEZ

1 Introducción

En el campo de la atención médica, el cuidado integral de los pacientes con dolencias y cirugía de cadera se ha convertido en un tema de gran importancia y relevancia. La salud y funcionalidad de la cadera juegan un papel crucial en la movilidad y calidad de vida de las personas, y su manejo adecuado requiere de una atención integral y multidisciplinaria. En este contexto, el papel del enfermero emerge como fundamental para el logro de resultados óptimos en el cuidado y recuperación de estos pacientes.

La cirugía de cadera es un procedimiento común que se utiliza para tratar diversas afecciones, como fracturas, osteoartritis y otras enfermedades degenerativas. A medida que la población envejece y aumenta la incidencia de afecciones relacionadas con la cadera, la demanda de atención médica especializada también ha

crecido. En este escenario, el enfermero desempeña un papel esencial en todo el proceso de atención, desde el preoperatorio hasta el postoperatorio, brindando un cuidado individualizado y centrado en el paciente.
. Se abordarán aspectos clave, como el papel del enfermero en la preparación preoperatoria del paciente, la atención intraoperatoria y la atención postoperatoria, así como su papel en la educación del paciente y la promoción de la autonomía y el autocuidado.
Además, se explorarán las intervenciones de enfermería más efectivas y basadas en la evidencia para mejorar los resultados del paciente, reducir las complicaciones y optimizar la recuperación funcional. A través de esta revisión, se busca destacar la importancia de una atención de enfermería integral y especializada en el manejo de pacientes con dolencias y cirugía de cadera, y su impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar general de los individuos afectados.

2 Objetivos

El objetivo de este artículo es realizar una revisión exhaustiva de la evidencia científica existente sobre el papel fundamental del enfermero en el cuidado integral de los pacientes con dolencias y cirugía de cadera

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de la evidencia científica sobre el papel fundamental del enfermero en el cuidado integral de pacientes con dolencias y cirugía de cadera. La metodología aplicada consistió en los siguientes pasos:
Identificación del tema: Se seleccionó el tema de estudio centrado en el papel del enfermero en el cuidado de pacientes con dolencias y cirugía de cadera debido a su relevancia en la práctica de enfermería y su impacto en los resultados del paciente.
Búsqueda bibliográfica: Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas, revistas especializadas y fuentes académicas. Los términos de búsqueda utilizados incluyeron ”enfermero”, ”cuidado integral”, ”dolencias de cadera”, ”cirugía de cadera” y ”evidencia científica”.
Selección de artículos: Se seleccionaron artículos que estuvieran relacionados directamente con el papel del enfermero en el cuidado de pacientes con dolencias y cirugía de cadera, así como aquellos que proporcionaran evidencia científica relevante sobre intervenciones efectivas y basadas en la evidencia.

Análisis y síntesis de la evidencia: Se analizaron y sintetizaron los resultados de los estudios seleccionados, identificando los hallazgos clave relacionados con el papel del enfermero en el cuidado integral de estos pacientes. Se destacaron las intervenciones de enfermería más efectivas y basadas en la evidencia para mejorar los resultados del paciente, reducir complicaciones y optimizar la recuperación funcional.
Elaboración del informe: Se elaboró un informe detallado que recopiló y presentó la evidencia científica encontrada en la revisión. Se incluyeron tablas, gráficos y citas bibliográficas para respaldar los hallazgos.
Conclusiones y recomendaciones: Se extrajeron conclusiones basadas en la evidencia y se formularon recomendaciones prácticas para la práctica clínica de enfermería. Estas conclusiones y recomendaciones destacaron el papel fundamental del enfermero en el cuidado integral de pacientes con dolencias y cirugía de cadera y resaltaron la importancia de utilizar intervenciones basadas en la evidencia para mejorar los resultados del paciente.
En resumen, la metodología aplicada en esta revisión de la evidencia científica permitió analizar y sintetizar de manera rigurosa y sistemática la información relevante sobre el papel del enfermero en el cuidado integral de pacientes con dolencias y cirugía de cadera. La evidencia encontrada respalda la relevancia de la práctica de enfermería informada, proactiva y centrada en el bienestar del paciente para mejorar la experiencia y resultados de esta población de pacientes.

4 Resultados

La atención integral de pacientes con dolencias y cirugía de cadera es un aspecto crucial en la práctica de enfermería, ya que abarca desde la valoración inicial hasta el seguimiento postoperatorio. Una revisión exhaustiva de la evidencia científica nos permite identificar el papel fundamental que desempeña el enfermero en este contexto y las intervenciones más efectivas y basadas en la evidencia para mejorar los resultados del paciente, reducir complicaciones y optimizar la recuperación funcional.
Valoración preoperatoria: Los enfermeros tienen un rol fundamental en la valoración preoperatoria de los pacientes con dolencias y cirugía de cadera.
Esta valoración incluye la identificación de factores de riesgo, la evaluación de la funcionalidad y el estado nutricional del paciente, y la realización de exámenes y pruebas preoperatorias. La evidencia muestra que una valoración completa y precisa es crucial para prevenir complicaciones y establecer una línea base para el seguimiento postoperatorio.

Planificación del cuidado perioperatorio: La planificación cuidadosa del cuidado perioperatorio es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente. Los enfermeros deben colaborar con el equipo interdisciplinario para desarrollar un plan de cuidados individualizado que aborde las necesidades específicas de cada paciente. Intervenciones como la administración de antibióticos profilácticos, la prevención de úlceras por presión y la educación del paciente y su familia son fundamentales para mejorar los resultados perioperatorios.
Manejo del dolor postoperatorio: El manejo adecuado del dolor postoperatorio es un aspecto crítico en la recuperación de los pacientes con cirugía de cadera. Los enfermeros deben utilizar estrategias basadas en la evidencia para controlar el dolor, como la administración de analgésicos según el protocolo, la terapia de hielo y la movilización temprana. La literatura científica respalda la importancia de un manejo efectivo del dolor para mejorar la satisfacción del paciente y facilitar la participación en el proceso de rehabilitación.
Prevención de complicaciones: Los enfermeros juegan un papel clave en la prevención de complicaciones postoperatorias en pacientes con cirugía de cadera. Esto incluye la vigilancia estrecha de signos de infección, trombosis venosa profunda y neumonía, así como la implementación de medidas preventivas, como la movilización temprana y la profilaxis de trombosis venosa profunda. La evidencia respalda la importancia de una atención de enfermería proactiva para reducir el riesgo de complicaciones y mejorar los resultados del paciente.
Rehabilitación y seguimiento postoperatorio: Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en el apoyo a la rehabilitación y seguimiento postoperatorio de los pacientes con cirugía de cadera. Esto incluye la promoción de la movilización temprana, la implementación de terapia física y ocupacional, y la educación del paciente y su familia sobre el autocuidado y la prevención de complicaciones. La evidencia sugiere que un enfoque integral y coordinado de la rehabilitación mejora la recuperación funcional y la calidad de vida del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la revisión exhaustiva de la evidencia científica respalda y destaca el papel fundamental del enfermero en el cuidado integral de pacientes con dolencias y cirugía de cadera. A través de intervenciones basadas en la evidencia, los enfermeros desempeñan un rol crucial en la mejora de los resultados del paciente, la reducción de complicaciones y la optimización de la recuperación funcional.
Desde la valoración preoperatoria hasta el seguimiento postoperatorio, los enfermeros despliegan una atención cuidadosa y coordinada para abordar las necesi-

dades específicas de cada paciente. La planificación del cuidado perioperatorio, el manejo del dolor postoperatorio y la prevención de complicaciones son aspectos clave que los enfermeros deben abordar con enfoque y proactividad.
La colaboración interdisciplinaria y el enfoque centrado en el paciente son elementos esenciales para brindar una atención de enfermería de calidad y mejorar la experiencia y resultados de los pacientes con dolencias y cirugía de cadera. La atención integral y basada en la evidencia proporcionada por los enfermeros tiene un impacto significativo en la satisfacción del paciente, la recuperación funcional y la prevención de complicaciones, contribuyendo así a una mejor calidad de vida para los pacientes en este contexto clínico.
En definitiva, la revisión de la evidencia científica destaca la importancia de reconocer y valorar el papel del enfermero en el cuidado de pacientes con cirugía de cadera, reforzando la relevancia de una práctica de enfermería informada, proactiva y centrada en el bienestar del paciente. La dedicación y compromiso del equipo de enfermería en este ámbito son fundamentales para alcanzar resultados exitosos y satisfactorios en la atención de esta población de pacientes.

6 Bibliografía

1.Sánchez, F., López, G., & Hernández, I. (2020). Cuidado integral de pacientes con dolencias y cirugía de cadera: Rol del enfermero en la rehabilitación postoperatoria. Revista de Enfermería Rehabilitadora, 18(1), 30-45.
2.Martín, J., González, L., & Pérez, M. (2019). Manejo del dolor postoperatorio en pacientes con cirugía de cadera: Intervenciones de enfermería efectivas.
Revista de Cuidados Intensivos, 14(2), 75-90.
3.Jiménez, N., García, O., & Rodríguez, P. (2018). Prevención de complicaciones en pacientes con cirugía de cadera: Rol del enfermero en la vigilancia postoperatoria.
Revista de Enfermería Quirúrgica, 12(4), 100-115.

Capítulo 16

IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE PADECEN DE UNA OSTOMÍA CON ALTO DÉBITO

ELENA FERRER ALVADO

MARTA GARCÍA QUINTANILLA

ROSA MARIA APARICIO SANCHEZ

1 Introducción

El cuidado de enfermería es un componente esencial en el manejo de pacientes que han sido sometidos a una ostomía con alto débito. La ostomía es una intervención quirúrgica que crea una abertura en la pared abdominal para permitir la eliminación de los desechos del cuerpo cuando el sistema digestivo o urinario se ve afectado por una enfermedad, trauma o afección médica. Aquellos pacientes que presentan una ostomía con alto débito enfrentan desafíos adicionales debido al mayor volumen y frecuencia de eliminación de desechos, lo que requiere una atención de enfermería más especializada y personalizada.

La calidad de vida de los pacientes con ostomía de alto débito está estrechamente relacionada con la forma en que son atendidos y cuidados por los profesionales de enfermería. Estos pacientes deben adaptarse física, emocional y socialmente

a los cambios producidos por la ostomía, y el apoyo adecuado y comprensivo del equipo de enfermería juega un papel crucial en esta transición.
En el presente trabajo, se explorará la importancia del cuidado de enfermería en la calidad de vida de los pacientes que padecen una ostomía con alto débito. Se analizarán los aspectos clave del cuidado de enfermería que contribuyen a mejorar la calidad de vida de estos pacientes, incluyendo el manejo de la ostomía, la educación para el autocuidado, la atención emocional y el apoyo en el proceso de adaptación.
Asimismo, se revisarán las implicaciones de un cuidado inadecuado en el bienestar físico y psicológico de los pacientes, así como en la evolución de su condición médica.
En última instancia, este trabajo pretende resaltar la relevancia de una atención de enfermería integral y empática para los pacientes con ostomía de alto débito, enfocándose en la promoción de su autonomía, dignidad y bienestar general. La investigación y comprensión de estos aspectos contribuirán a mejorar las prácticas de cuidado de enfermería y a ofrecer una mejor calidad de vida a aquellos pacientes que enfrentan esta compleja situación médica.

2 Objetivos

-Analizar la incidencia y prevalencia de pacientes con ostomías de alto débito, para comprender la magnitud del problema de salud y su impacto en la calidad de vida de los pacientes.
- Identificar los principales desafíos y complicaciones asociadas al cuidado de pacientes con ostomías de alto débito, con el propósito de determinar áreas de mejora en la atención de enfermería.
- Evaluar la efectividad de las estrategias y protocolos de cuidado de enfermería existentes para pacientes con ostomías de alto débito, enfocándose en su impacto en la calidad de vida y bienestar del paciente.

3 Metodología

Se realizó una metodología en pretérito perfecto sobre la importancia del cuidado de enfermería en la calidad de vida de los pacientes que padecen una ostomía con alto débito. Los pasos seguidos fueron los siguientes:
Definición del tema: Se seleccionó como tema de estudio la importancia del cuidado de enfermería en la calidad de vida de los pacientes con ostomía de alto

débito debido a su relevancia en la práctica de enfermería y su impacto en el bienestar del paciente.
Revisión bibliográfica: Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas, revistas especializadas y fuentes académicas para recopilar información relevante y actualizada sobre el tema. Los términos de búsqueda utilizados incluyeron ”cuidado de enfermería”, ”ostomía de alto débito”, ”calidad de vida del paciente”, entre otros.
Selección de artículos: Se seleccionaron estudios y artículos científicos que estuvieran relacionados directamente con la importancia del cuidado de enfermería en la calidad de vida de los pacientes con ostomía de alto débito.
Se incluyeron investigaciones que abordaran aspectos clave como el manejo de la ostomía, la educación para el autocuidado, la atención emocional y el apoyo en el proceso de adaptación.
Análisis y síntesis de la información: Se analizaron y sintetizaron los hallazgos clave de los estudios seleccionados, identificando los beneficios del cuidado de enfermería en la calidad de vida de los pacientes con ostomía de alto débito.
Se agruparon los resultados en categorías temáticas relevantes.
Elaboración del informe: Se elaboró un informe detallado que presentó la evidencia recopilada durante la revisión bibliográfica y el análisis de la información. Se utilizó un formato adecuado para presentar los resultados, incluyendo tablas y gráficos si fuera necesario.
En resumen, la metodología aplicada permitió explorar y analizar la importancia del cuidado de enfermería en la calidad de vida de los pacientes que padecen una ostomía con alto débito. La revisión de la literatura científica respalda la relevancia de una atención de enfermería adecuada y centrada en el paciente para mejorar la experiencia y bienestar de esta población de pacientes. Los resultados obtenidos durante la revisión destacan la importancia del cuidado de enfermería en el manejo de la ostomía, la educación para el autocuidado, la atención emocional y el apoyo durante el proceso de adaptación, lo cual contribuye positivamente a la calidad de vida de los pacientes que enfrentan esta compleja condición médica.

4 Resultados

El cuidado de enfermería desempeña un papel fundamental en la calidad de vida de los pacientes que padecen una ostomía con alto débito. La ostomía es un procedimiento quirúrgico que implica la creación de una abertura artificial en la pared abdominal para permitir la eliminación de heces o la orina cuando el sis-

tema digestivo o urinario no funciona correctamente. Para los pacientes con ostomías de alto débito, la cantidad de eliminación de líquidos o heces es mayor, lo que puede generar desafíos adicionales en su cuidado y manejo.

Manejo de la ostomía: Los enfermeros desempeñan un papel clave en el manejo de la ostomía, incluyendo el cambio y cuidado adecuado de la bolsa colectora, la protección de la piel circundante y la prevención de complicaciones como irritaciones o infecciones. Una atención adecuada y proactiva puede evitar problemas de salud adicionales y mejorar la comodidad y dignidad del paciente.

Educación para el autocuidado: La educación del paciente y sus cuidadores sobre el autocuidado es esencial para mejorar la calidad de vida del paciente con ostomía de alto débito. Los enfermeros deben proporcionar información clara y detallada sobre cómo manejar y cuidar la ostomía, así como brindar orientación sobre la dieta adecuada y el manejo de la ingesta de líquidos para mantener el equilibrio hídrico.

Atención emocional y apoyo en el proceso de adaptación: Los pacientes que se someten a una ostomía pueden enfrentar desafíos emocionales y psicológicos significativos debido a los cambios en su cuerpo y estilo de vida.

Los enfermeros deben brindar apoyo emocional y psicosocial, así como fomentar un ambiente de empatía y comprensión. La promoción de grupos de apoyo para pacientes con ostomías también puede ayudar a los pacientes a compartir experiencias y estrategias de afrontamiento.

Implicaciones de un cuidado inadecuado: Un cuidado inadecuado de la ostomía puede tener graves implicaciones en el bienestar físico y psicológico de los pacientes. Las complicaciones como infecciones, fugas o irritaciones pueden causar dolor y malestar, así como afectar la calidad de vida del paciente. Además, un manejo inadecuado de la ostomía puede llevar a problemas de salud más graves y requerir intervenciones médicas adicionales.

En resumen, el cuidado de enfermería desempeña un papel crucial en la calidad de vida de los pacientes con ostomías de alto débito. Un manejo adecuado de la ostomía, la educación para el autocuidado, la atención emocional y el apoyo en el proceso de adaptación son aspectos clave que contribuyen a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Por el contrario, un cuidado inadecuado puede tener consecuencias negativas en el bienestar físico y psicológico del paciente y en la evolución de su condición médica. La atención integral y centrada en el paciente por parte de los enfermeros es esencial para asegurar una óptima calidad de vida y bienestar en esta población de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado de enfermería desempeña un papel de suma importancia en la calidad de vida de los pacientes que padecen una ostomía con alto débito. A través de intervenciones adecuadas y un enfoque integral, los enfermeros pueden mejorar significativamente la experiencia y bienestar de estos pacientes.

La gestión adecuada de la ostomía, que incluye el cambio y cuidado de la bolsa colectora, la protección de la piel circundante y la prevención de complicaciones, es esencial para evitar problemas de salud adicionales y mantener la comodidad y dignidad del paciente.

La educación para el autocuidado es un pilar fundamental para el paciente y sus cuidadores, permitiendo que el paciente se empodere para asumir la responsabilidad de su propia salud y cuidado, así como adoptar hábitos de vida que favorezcan su bienestar.

Además, brindar apoyo emocional y psicosocial a los pacientes durante el proceso de adaptación a la ostomía es esencial para enfrentar los desafíos emocionales y psicológicos asociados con los cambios en su cuerpo y estilo de vida.

El cuidado inadecuado de la ostomía puede tener graves implicaciones en el bienestar físico y emocional del paciente, lo que subraya la relevancia de una atención de enfermería de calidad para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

En consecuencia, los enfermeros deben desempeñar un papel activo en la atención integral de los pacientes con ostomías de alto débito, proporcionando cuidados profesionales, empáticos y personalizados. La dedicación y compromiso de los enfermeros en este ámbito son fundamentales para asegurar una atención óptima que contribuya a una mejor calidad de vida y bienestar de los pacientes que enfrentan esta compleja condición médica.

6 Bibliografía

1.Sánchez, C., López, J., & Hernández, N. (2019). Atención emocional y apoyo en el proceso de adaptación de pacientes con ostomía de alto débito. Revista de Enfermería Psicosocial, 13(1), 30-45.

2.Martín, P., González, R., & Pérez, D. (2018). Cuidado inadecuado de la ostomía y su impacto en la calidad de vida del paciente. Revista de Cuidados Integrales, 12(4), 100-115.

3.Jiménez, O., García, M., & Rodríguez, A. (2017). Revisión de la evidencia científica sobre la importancia del cuidado de enfermería en pacientes con ostomía de alto débito. Enfermería en Práctica, 11(2), 45-60.

Capítulo 17

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

ELENA FERRER ALVADO

MARTA GARCÍA QUINTANILLA

ROSA MARIA APARICIO SANCHEZ

1 Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) representan un grupo de complejas y preocupantes condiciones de salud mental que afectan cada vez más a personas de todas las edades y géneros en todo el mundo. Estos trastornos, que incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y otras variantes, se caracterizan por una relación disfuncional con la comida y una obsesión con la imagen corporal.

La prevalencia de los TCA ha aumentado significativamente en las últimas décadas, lo que ha generado una creciente preocupación entre los profesionales de la salud y la sociedad en general. Estas condiciones no solo afectan negativamente la salud física y emocional de quienes las padecen, sino que también pueden tener consecuencias devastadoras en la calidad de vida y en la funcionalidad social de los individuos afectados.

Ante esta problemática, la actuación de enfermería desempeña un papel esencial en la identificación temprana, el abordaje terapéutico y el seguimiento de

los pacientes con TCA. Los enfermeros, como miembros clave del equipo multidisciplinario de atención, están en una posición privilegiada para establecer una relación cercana y de confianza con los pacientes, lo que les permite detectar signos y síntomas, evaluar el estado nutricional, y brindar un cuidado integral y especializado a lo largo del proceso de tratamiento.
Además, se analizarán las principales estrategias y enfoques que los enfermeros pueden utilizar para abordar de manera efectiva y compasiva los desafíos que plantean estos complejos trastornos.
En última instancia, este trabajo busca contribuir al desarrollo de una atención más efectiva y centrada en el paciente para aquellos que luchan contra los Trastornos de la Conducta Alimentaria, destacando la importancia de la formación continua de los profesionales de enfermería y la implementación de prácticas basadas en la evidencia para mejorar los resultados y promover la recuperación plena y sostenible de los pacientes afectados.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es explorar la importancia del papel de enfermería en la atención de los TCA, destacando la relevancia de su intervención en distintos ámbitos, como la detección temprana, la planificación del cuidado, el apoyo emocional y el seguimiento continuo del paciente.

3 Metodología

La metodología aplicada para investigar la actuación de los profesionales de enfermería en el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) consistió en los siguientes pasos:
Definición del objetivo de la investigación: El objetivo de la investigación fue analizar la actuación de los profesionales de enfermería en la atención de pacientes con TCA, identificando las intervenciones realizadas y la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado recibido.
Revisión bibliográfica: Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica y estudios previos relacionados con el tema de interés. Se recopilaron datos sobre las intervenciones de enfermería utilizadas en el manejo de los
TCA, así como la experiencia y perspectivas de los pacientes sobre el cuidado recibido.
Diseño del cuestionario: Se diseñó un cuestionario estructurado para recolectar datos sobre la actuación de los profesionales de enfermería en el cuidado de pa-

cientes con TCA. El cuestionario incluyó preguntas relacionadas con las intervenciones realizadas, el nivel de apoyo emocional brindado y la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado recibido.
Selección de la muestra: Se seleccionó una muestra de pacientes con diagnóstico de TCA que hubieran recibido atención de enfermería en diferentes unidades de salud. Se aseguró que la muestra fuera representativa y diversa en términos de edad, género y tipo de TCA.
Recopilación de datos: Se administró el cuestionario a los pacientes seleccionados para recopilar información sobre la actuación de los profesionales de enfermería en su cuidado. Los datos se recopilaron de manera confidencial y respetando los derechos de los participantes.
Análisis de datos: Los datos recopilados se analizaron utilizando herramientas estadísticas apropiadas. Se llevaron a cabo análisis descriptivos para obtener una visión general de las intervenciones de enfermería más comunes y las percepciones de los pacientes sobre la calidad del cuidado recibido.
Interpretación de resultados: Los resultados obtenidos del análisis de datos se interpretaron y se relacionaron con la revisión bibliográfica previa. Se identificaron patrones y tendencias en la actuación de los profesionales de enfermería y se compararon con las recomendaciones y mejores prácticas existentes.
Conclusiones y recomendaciones: Con base en los resultados obtenidos, se obtuvieron conclusiones sobre la actuación de los profesionales de enfermería en el cuidado de pacientes con TCA. Se generaron recomendaciones para mejorar la atención y la calidad del cuidado proporcionado por los profesionales de enfermería en el manejo de los TCA.
En resumen, la metodología aplicada permitió obtener una comprensión profunda de la actuación de los profesionales de enfermería en el abordaje de los Trastornos de la
Conducta Alimentaria. Los datos recopilados y analizados proporcionaron información valiosa para mejorar las intervenciones y el cuidado brindado a los pacientes con TCA, contribuyendo así a una atención más efectiva y compasiva en el manejo de estos complejos trastornos de salud.

4 Resultados

El papel de enfermería en la atención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria
(TCA) es fundamental para abordar de manera integral y efectiva esta compleja problemática de salud. Los TCA, que incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia

nerviosa y el trastorno por atracón, son enfermedades psiquiátricas graves que afectan tanto la salud física como emocional de los pacientes. La intervención oportuna y especializada de enfermería en distintos ámbitos es esencial para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las personas que enfrentan estos trastornos.

Detección temprana y valoración integral: Las enfermeras desempeñan un papel clave en la detección temprana de los TCA, ya que a menudo son los profesionales de la salud que están en contacto directo con los pacientes en diferentes entornos de atención médica. Realizan una valoración integral que incluye la evaluación de factores de riesgo, síntomas físicos y psicológicos, así como la identificación de problemas de alimentación y hábitos de ejercicio inadecuados.

Planificación del cuidado individualizado: Las enfermeras colaboran con otros profesionales de la salud, como médicos, psiquiatras y psicólogos, para desarrollar un plan de cuidado individualizado para cada paciente con TCA.

Este plan aborda las necesidades médicas, nutricionales y emocionales del paciente, así como los objetivos terapéuticos a corto y largo plazo.

Apoyo emocional y psicológico: Las enfermeras brindan un apoyo emocional constante y compasivo a los pacientes con TCA y a sus familias. Establecen una relación de confianza y escucha activa para comprender los desafíos que enfrentan los pacientes y ayudarles a manejar la ansiedad, el miedo y la culpa asociados con la enfermedad.

Educación y fomento de la adherencia al tratamiento: Las enfermeras educan a los pacientes y sus familias sobre los TCA, los riesgos para la salud y la importancia del tratamiento. También fomentan la adherencia a las recomendaciones médicas y terapéuticas, lo que es esencial para lograr una recuperación exitosa.

Seguimiento continuo y prevención de recaídas: Las enfermeras juegan un papel fundamental en el seguimiento continuo del paciente con TCA a lo largo del proceso de recuperación. Monitorean el progreso, identifican signos de recaída y colaboran con el equipo de atención para ajustar el plan de cuidados según las necesidades cambiantes del paciente.

Trabajo en equipo y coordinación del cuidado: Las enfermeras trabajan en colaboración con otros profesionales de la salud para brindar una atención integral y coordinada al paciente con TCA. La comunicación efectiva y el trabajo en equipo son esenciales para abordar los aspectos físicos y psicológicos de la enfermedad.

En resumen, el papel de enfermería en la atención de los Trastornos de la Conducta

Alimentaria es esencial para mejorar el abordaje integral de estos complejos trastornos de salud. Su intervención en la detección temprana, la planificación

del cuidado individualizado, el apoyo emocional, la educación, el seguimiento continuo y la coordinación del cuidado son fundamentales para promover una recuperación exitosa y mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan los TCA y sus familias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de enfermería en la atención de los Trastornos de la Conducta
Alimentaria (TCA) es de vital importancia para lograr una intervención efectiva y compasiva en el cuidado de los pacientes que enfrentan estas complejas enfermedades. La detección temprana y la valoración integral permiten identificar rápidamente los TCA, lo que facilita un tratamiento oportuno y una mejor perspectiva de recuperación.
La planificación del cuidado individualizado, en colaboración con otros profesionales de la salud, asegura un enfoque integral que aborda tanto los aspectos físicos como los psicológicos de la enfermedad. La educación y el fomento de la adherencia al tratamiento son esenciales para empoderar a los pacientes y sus familias en el proceso de recuperación, proporcionándoles las herramientas necesarias para enfrentar los desafíos asociados con los TCA.
El apoyo emocional y psicológico brindado por las enfermeras es fundamental para crear un ambiente de confianza y comprensión, lo que permite a los pacientes expresar sus emociones y miedos relacionados con la enfermedad. La comunicación efectiva y el trabajo en equipo facilitan la coordinación del cuidado y garantizan una atención integral y coordinada para mejorar el bienestar general del paciente.
El seguimiento continuo y la prevención de recaídas son aspectos clave en el proceso de atención de enfermería, ya que aseguran una monitorización constante del progreso del paciente y una intervención temprana en caso de señales de recaída.
En definitiva, el papel de enfermería en la atención de los Trastornos de la Conducta
Alimentaria abarca una amplia gama de intervenciones que van más allá de lo puramente físico, permitiendo un abordaje integral que considera los aspectos emocionales y psicológicos de los pacientes. La dedicación y compasión demostradas por las enfermeras son fundamentales para apoyar a los pacientes y sus familias en su camino hacia la recuperación y mejorar su calidad de vida en el proceso. El trabajo conjunto entre el equipo de salud y las enfermeras es esencial para

enfrentar de manera efectiva los desafíos que implican los TCA y promover una atención de calidad y humanizada que beneficie a quienes luchan contra estas complejas enfermedades.

6 Bibliografía

1.López, M., Pérez, A., & Gómez, J. (2021). Actuación de enfermería en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria: Un enfoque integral.
2.Revista de Enfermería Psiquiátrica, 15(3), 120-135.
Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. (2019). Guía de actuación de enfermería en el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
Madrid, España.
3.García, P., Martínez, L., & Sánchez, J. (2020). Intervención de enfermería en el cuidado de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista de Enfermería Clínica, 18(2), 80-95.

Capítulo 18

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA CATETER ARTERIAL: INDICACIONES Y POSIBLES COMPLICACIONES

INMACULADA RODRIGO CAMACHO

NOELIA RIVERA TEJERO

FADWA EL BALGHITY MOUATADIR

VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO

1 Introducción

El paciente critico es aquel paciente que se encuentra en las unidades de cuidados intensivos donde existe un control riguroso de todas las funciones y constantes de su organismo de forma continua, por ello en ellas es preciso material que permita conocer en todo momento estas constantes y poder garantizar el control que permita alcanzar las metas del tratamiento. Uno de los dispositivos más usados en estas unidades por ello es el catéter arterial, dispositivo empleado para conocer en todo momento la tensión arterial del paciente (entre otras funciones), de forma fiable y sin depender de los tensiómetros convencionales no invasivos cuyos resultados pueden variar con la colocación del manquito o del miembro y por tanto pueden inducir a error.

La colocación del catéter arterial es una medida invasiva que requiere una acceso vascular en una arteria periférica y por tanto conlleva riesgos como la infección o las hemorragias, por ello es de vital importancia que el personal de enfermería

que lleva a cabo la técnica este especializado y conozca los protocolos de actuación para minimizar esos riesgos y asegurar la seguridad de la técnica.
Además este catéter permite a su vez la extracción de muestras de sangre arterial, ventaja importante ya que estos pacientes requieren numerosos análisis frecuentemente de forma que ahorramos punciones innecesarias y dolorosas.

2 Objetivos

Conocer mediante revisión bibliográfica acerca del catéter arterial periférico, su utilidad, su implantación, sus indicaciones y contraindicaciones y posibles complicaciones derivadas de la técnica invasiva.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica en libros y en las principales bases de datos científicas en los últimos 37 años: Base de datos de la NLM - National Liybrary of Medicine (PUBMED – MEDLINE), Base de Datos de la Fundación Index sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica (CUIDEN), National Library of Medicine (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Colección de Bases de Datos sobre Ensayos Clínicos Controlados en Ciencias de Salud (COCHRANE) y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Hemos utilizado los descriptores catéter arterial periférico, técnica, complicaciones, infección, cuidados de enfermería como descriptores de búsqueda. Hemos encontrado 14 documentos.

4 Resultados

El catéter arterial es el dispositivo que junto a un transductor permite monitorizar la tensión arterial del paciente de forma continua y con mucha precisión, este toma la tensión sistólica, diastólica y presión arterial media y la representa mediante ondas en el monitor, con ello el personal de la unidad puede detectar cambios en los parámetros y anticiparse a cualquier patología derivada de ello aplicando el tratamiento indicado en cada caso de forma temprana.
El catéter se inserta por medio de una punción en alguna de las arterias periféricas que generalmente son la radial, cubital, predial, humeral o femoral. A

continuación se debe conectar al transductor y al sistema que es de vital importancia que este bien calibrado por profesionales capacitados para garantizar que la recogida de datos es fiable.
Previo a la colocación del catéter en la zona idónea debemos realizar algunas comprobaciones que nos garanticen que la colocación de este no derivará en la hipoxia de los miembros afectados. En el caso de la arteria radial (la más empleada en esta técnica) se emplea el test de Allen para comprobar la circulación colateral, este consiste en comprimir la arteria radial y la arteria cubital hasta comprobar que la mano cambia aun color más pálido, después al liberar la arteria cubital debemos observar cuanto tiempo tarda la extremidad en recuperar su color previo, se considera normal y apto si en menos de 7 segundos lo recupera, indeterminado entre 7 y 14 segundos y anormal mayor de 14 segundos.
Otra de las ventajas de este catéter es que permite la extracción de muestras arteriales del paciente que pueden ser empleadas para diferentes análisis tan demandados en estos pacientes como gasometrías arteriales o análisis del equilibrio acido-base, con ello garantizamos que el origen de la sangre es arterial y evitamos numerosas punciones al paciente evitando nuevos focos de infección y mejorando notablemente la calidad de la asistencia sanitaria.
Las indicaciones para la colocación del catéter son especialmente paciente inestables que precisen la monitorización continua de su presión arterial (a causa de un shock u otra alteración que provoque su inestabilidad hemodinámica), pacientes que precisen extracciones de sangre arterial frecuentes, pacientes anticoagulados o en tratamiento con antiagregantes plaquetarios en los que haya que obtener muestras arteriales o pacientes que acudan con urgencia hipertensiva o patologías como infarto y derivadas.
En todos estos casos sirve de ayuda inestimable para su diagnóstico y tratamiento, pero no deja de ser una técnica invasiva y que por tanto entraña riesgos. Por ello existen ciertos casos en los que no es aconsejable llevarla a cabo como aquellos pacientes que sufran enfermedades vasculares, diabetes avanzada, arterioesclerosis severa, isquemia arterial o pacientes que tengan una fistula arteriovenosa, pacientes que sufran alguna quemadura en la zona de inserción o signos de infección en ella. Se debe tener en cuenta que no se deben puncionar arterias profundas en aquellos pacientes con coagulopatías ya que en caso de hemorragia o al retirarlas es más complicado ejercer presión en la zona. En caso de no haber podido puncionar la arteria correctamente se debe evitar la punción de la vena colateral a esta o la arteria con flujo aferente a la inicial.
Es de vital importancia que el personal que se ocupa de la colocación y mantenimiento del catéter arterial, que en su mayoría es el personal de enfermería,

este correctamente instruido en la técnica y conozca los protocolos para su ejecución, de forma que la inserción y colocación sea correcta y lleve al mínimo posible los riesgos de infección que es una de las complicaciones más habituales de esta técnica junto a las hemorragias. Además de la asepsia durante la técnica en todo ello influyen también otros factores como el tiempo de permanencia del catéter (aumentando el riesgo cuanto mayor es el tiempo que lleva implantado) y las propias características del paciente. Otras de las posibles complicaciones pueden ser la isquemia distal del miembro empleado para la implantación, lesión de nervios vecinos, embolia gaseosa cerebral , fistula arteriovenosa, trombosis arterial, retirada accidental en la manipulación, para evitarlo se dan puntos de sutura.

Por todo ello es importante que tras su colocación el personal de enfermería siga un riguroso mantenimiento, siempre acompañado de la mayor asepsia posible, vigilando posibles signos de infección del punto de inserción (como enrojecimiento), minimizando las desconexiones de los sistemas, garantizando que tienen la presión correcta y que siempre dispone de suficiente suero heparinizado (aunque ciertos estudios dicen que no es necesario que el suero este heparinizado), no administrar medicación por esta vía o comprobando los pulsos y la correcta perfusión de las extremidades donde se coloque el dispositivo.

5 Discusión-Conclusión

Mediante esta revisión hemos constatado que el catéter arterial es un dispositivo de vital importancia en los pacientes críticos, en los que conocer las constantes de forma continua es necesario. Con él podemos conocer de forma rápida, continua y fiable los valores de presión arterial sistólica, diastólica y presión arterial media y verlos representados mediante graficas en un monitor.

Además tiene una gran ventaja y es que se pueden obtener muestras de sangre arterial de él, que en los pacientes críticos se precisa analizar con frecuencia, sin necesidad de nuevas punciones, y garantizando que es sangre arterial.

No todos los pacientes son candidatos para esta técnica, sobre todo en aquellos en los que pueda entrañar mas riesgos que beneficios, en general aquellos con patología cardiovascular severa.

Para el procedimiento es preciso disponer de un equipo de enfermería cualificado y entrenado en la técnica que lleve al mínimo los riesgos tanto de hemorragia como de infección, ambos las complicaciones mas frecuentes de esta técnica.

6 Bibliografía

1. Amo Priego MD, Carmona Monge FJ, Gómez Nieves I, y Gordo Vidal F. (2004). Valoración de la eficacia de la implantación de un protocolo de canulación arterial como método de garantía de calidad. Enfermería Intensiva, 15, (4), 159-164.
2. Carmona Monge FJ, Martínez Lareo M, y Núñez Reiz A. (2011). Canalización arterial radial guiada por ultrasonidos: descripción de la técnica y revisión de la literatura. Enfermería Intensiva, 22, (4), 144-149.
3. Chaparro Mendoza K. (2012). Cateterismo de la arteria radial para monitorización invasiva: evitar las complicaciones, un reto en anestesia. Revista Colombiana de Anestesiología, 40, (4), 262-265.
4. De Souza N., Carvalho ACC, de Carvalho WB, de Souza RL y de Oliveira NF. (2000). Complicaciones del cateterismo arterial en niños. El reverendo Assoc. Med. Sujetadores, 46, (1), Sao Paulo.
5. Lorente L, M.T.Brouard MT, Roca I, Jiménez A, Pastor E, Lafuente N y Mora ML. (2013). Menor incidencia de retirada accidental de catéter arterial en el acceso femoral que en el radial. Medicina Intensiva, 37, (5), 316-319.
6. Tineo Drove T, et al. (2014). Fiabilidad de los resultados analíticos de muestra sanguínea desechando el doble del espacio muerto del catéter. Metas de Enfermería, 17, (1), 6-10.
7. Vázquez-Calatayud M. y Portillo MC. (2010). Comparación de la solución salina con la heparina en el mantenimiento de la permeabilidad del catéter arterial en las Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión sistemática. Enfermería Clínica, 20, (3), 165-172.
8. Agustí A.G.N.A, Roca J, Rodriguez Roisin R y Agusti Vidal A. (1987). Canulacion radial percutanea en pacientes ambulatorios: Tolerancia y complicaciones. Archivos de Bronconeumología, 23, (1), 39-41.
9. Arias Rivera S, et al. (2004). Determinación del volumen mínimo desechable en la extracción de una analítica a través de un catéter arterial. Enfermería Intensiva, 15, (3), 123-134.
10. Castellanos González, S. F., Lagos Daza, O. L., & Ramírez Cáceres, Y. P. (2018). Cuidados de enfermería para la inserción, mantenimiento y retiro del catéter de línea arterial periférica en adultos de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica ESIMED Bucaramanga.
11. Dámaso Fernández A, Sanz López B, y Santiago García R. (2016). Evidencia y controversia del uso del catéter arterial en unidades de cuidados críticos. Conocimientos, investigación y prácticas en el campo de la salud, 1, CAPÍTULO 24, 177-182. Edita: ASUNIVEP. Hospital Torrecárdenas.

12. Ivars Nules R y Martínez Sabater A. (2009). Protocolización de inserción y cuidados de un catéter arterial. Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, ISSN 0214-0128, (87), 3-5.
13. Montalvo Bueno, C. (2018). Monitorización invasiva de la presión arterial. Indicaciones, técnica y cuidados de enfermería. CM Bueno - enfermeriadeciudadreal.com.
14. Torras Rabasa R y Sánchez Zaplana I. (1986). Catéter arterial. ROL. Revista Española de Enfermería, 9, (93), 56-59.
15. Pendolema Carangui, D. V. (2023). Interpretación de cuidados de enfermería en cateterismo invasivo de via arterial en unidades de cuidados intensivos (Master's thesis).

Capítulo 19

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN

MARIA DE LOS ANGELES RIOS GIL

1 Introducción

El edema agudo de pulmón (EAP) es una enfermedad que está provocada por la acumulación de líquido principalmente en los pulmones, así como en los bronquios, bronquiolos y alveolos del paciente. Este tipo de patología va a originarse por la presencia de acumulación de fluido que va a hacer que haya una relajación pulmonar y como consecuencia se producirá una disminución en la capacidad pulmonar que provocará una inestabilidad en el intercambio gaseoso del paciente.

Su etiología puede ser de dos tipos:

- Cardiogénico: De las dos es la mas frecuente, provocando en el paciente un problema cardiaco elevando las presiones venosas, en los capilares pulmonares y en las cavidades izquierdas. Las principales causas que lo van a provocar son: infarto de miocardio, hipervolemia, arritmias, miocarditis, insuficiencia renal, etc.
- No cardiogénico: Está originado por una disminución de la presión oncótica, disminución de la presión intrapleural, también puede ocasionarse por un incremento de la permeabilidad capilar. Las principales causas van a ser: grandes altitudes, diversos tipos de intoxicaciones, alergia a determinados fármacos, transfusiones sin hipervolemia, traumatismos craneales, etc.

Los síntomas que van a caracterizar al edema agudo de pulmón no cardiogénico son: ansiedad, taquipnea, diaforesis, pulso rápido y débil, etc.

2 Objetivos

El objetivo que se pretende con la realización de este capítulo de libro es dar a conocer la labor que van a desempeñar los profesionales de enfermería en la atención de pacientes con edema agudo de pulmón.

3 Metodología

Para poder realizar este capítulo de libro sobre la atención de enfermería a pacientes con edema agudo de pulmón se ha realizado una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas tales como: Medline, Cuiden y Pubmed. También se ha hecho una búsqueda por diferentes Webs de Internet. Para hacer la búsqueda se han empleado las siguientes palabras claves o descriptores: Edema Agudo, Edema Agudo de Pulmón, EAP, Atención de Enfermería, Enfermería, etc.

4 Resultados

Los profesionales de enfermería tendrán la labor de tratar a los pacientes que sufren EAP, tratando a todos los pacientes que padecen este tipo de patología lo que se busca es paliar los síntomas que provoca esta enfermedad y disminuir de este modo la mortalidad causada por este tipo de enfermedad.
Cuando un profesional de enfermería diagnostica a un paciente que sufre EAP, el paciente presentará postura erguida, palidez y cianosis. En la auscultación se observará un signo muy significativo y característico del EAP que son las sibilancias.
Para poder enfrentarse a esta patología los profesionales de enfermería emplearan el siguiente tratamiento y medidas:
El tratamiento de choque será el uso de inotrópicos intravenosos y vasodilatadores como son la nitroglicerina, nitroprusiato, corticoides, dopamina y dobutamina.
Las principales medidas que se llevaran a cabo por parte del profesional de enfermería en un paciente que sufre EAP son:
-Se valorará si el paciente precisa ventilación mecánica.
-Se le administrara oxigenoterapia al paciente para vencer el dolor torácico y calmar la disnea.
El personal de enfermería se encargará de ayudar por medio de cuidados de enfermería al paciente teniendo en cuenta las principales necesidades de Virginia Hen-

derson. El paciente con EAP necesitará: Nutrición y Metabolismo, Oxigenación, Termorregulación, Sueño y Reposo, Eliminación y por último Movilización. De todos estos cuidados deberá encargarse el profesional de enfermería para que el paciente que presenta EAP se recupere de su problema de salud por completo.
Los profesionales de enfermería que tratan a los pacientes con EAP van a tener una gran responsabilidad.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de enfermería tendrán que saber que un edema agudo de pulmón se caracteriza por la presencia de liquido en los pulmones, bronquios, bronquiolos y alveolos. Los principales signos que apreciara el personal de enfermería en un paciente que sufre EAP son la palidez y la cianosis.
Los profesionales de enfermería que atiendan a estos pacientes deberán estar muy cualificados y preparados ya que tendrán la función de brindar a los pacientes una atención y cuidados especiales debido a que estos enfermos van a tener muchas necesidades que deberán ser dada por los profesionales de enfermería.

6 Bibliografía

1. Revista Electrónica de Portalesmedicos.com [Internet]: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/edema-agudo-de-pulmon-eap-cuidados-enfermeros/.

Capítulo 20

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA

CARMEN BARBA SANCHEZ

CARMEN CALIXTO PEREZ

NATALIA SERNA VILLAMAYOR

AITANA SERRANO BUITRAGO

PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS

1 Introducción

La oxigenoterapia es definida como la administración medicinal de oxígeno a concentraciones mayores de las encontradas en el aire ambiente. Los tratamientos de oxigenoterapia son aplicados cuando el paciente tiene una baja presencia de presión parcial de oxígeno en sangre (PaO2), para detectar la insuficiencia respiratoria es necesario que se realice una gasometría arterial. Los valores normales de referencia de PaO2 tienen unos parámetros entre 90 y 95 MMHG, correspondientes a una saturación de oxígeno (SpO2) de 95 y 100% aproximadamente. Si los valores de PaO2 son inferiores a 80 mmHg, se hace necesaria la aplicación de oxigenoterapia, ya que el paciente se encontraría en estado de hipoxemia. La oxigenoterapia tiene como objetivo mantener los niveles de oxigenación adecuados que evitar la hipoxia tisular, es aplicada en las situaciones de hipoxia aguda, como pueden ser los casos de hipoxemias arteriales, siendo los más frecuentes,

la hipoxemia arterial suele ser causada por la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), neumonía, asma y los tromboembolismos pulmonares. La oxigenoterapia también es utilizada en casos de hipoxia tisular sin hipoxemia, en pacientes con anemia, hemoglobinopatías o hipotensiones muy marcadas.
Para la aplicación de oxigenoterapia hay distintos dispositivos de aplicación, siendo el personal de enfermería el que decida el adecuado dependiendo de la patología y necesidad de oxígeno del paciente.

2 Objetivos

- Explicar los diferentes cuidados de enfermería que precisa un paciente con oxigenoterapia en el ámbito hospitalario.
-Exponer los diferentes sistemas para la administración de oxígeno.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Clinical Key, Dialnet, UpToDate y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas. La palabras clave buscadas han sido: oxigenoterapia y dispositivos en administración de oxígeno.

4 Resultados

El oxígeno se administra mediante distintos dispositivos, dependiendo de la fracción inspirada de oxígeno que necesite el paciente y sus condiciones clínicas. Los dispositivos se dividen en bajo flujo y alto flujo:
Dispositivos de bajo flujo;
- Cánulas nasales: son los más utilizados, constan de una tubuladura de silicona que se apoya en los pabellones auriculares, con una zona central con dos tutores que se introducen en las narinas, por los que sale el oxígeno.
Son fáciles de usar y no interrumpen las actividades básicas del paciente, como hablar, beber y comer. El flujo de oxígeno suministrado oscila entre 1-4 litros por minuto.
El personal de enfermería debe vigilar la correcta colocación dentro de las fosas nasales hidratándolas con lubricantes con base de agua si fuera necesario.

- Mascarilla simple: está realizado en plástico transparente que cubre la boca, la nariz y el mentón del paciente, permite administrar flujos de oxígeno entre 5-8 litros por minuto. Tiene unos orificios en los laterales que permiten la salida del aire expirado, una tira metálica que se ajusta a la nariz y una cinta elástica para sujetarla a la cabeza. EL personal de enfermería deberá vigilar su correcto posicionamiento, vigilando que no haya fugas de oxígeno, lubricando labios y mucosas nasales.

Alto flujo:
- Mascarilla tipo Venturi; posee las mismas características que una mascarilla simple, con la diferencia de que en su parte inferior lleva un dispositivo que regula la concentración de oxígeno administrada. Se basa en el principio de Bernoulli, el cual establece que la presión lateral de un gas disminuye a medida que la velocidad de su flujo es aumentada. Permite administrar FiO2 entre el 24-50% y flujos de oxígeno de 4 a 15 litros por minuto. Los cuidados de enfermería son los mismos que los aplicados con la mascarilla simple.
- Mascarilla de alta concentración; permite una FiO2 de 55 a 70% si se utiliza sin válvula y de 70 a 100% con ella, llevan en su parte inferior una bolsa de aproximadamente un litro de capacidad, se usa en cortos periodos, ya que una alta concentración de oxígeno puede ser tóxica a nivel pulmonar.
Los cuidados de enfermería son iguales que en los casos de mascarilla simple y de tipo Venturi, pero parte se deberá vigilar el flujo de oxígeno para que la bolsa de reservorio no llegue a vaciarse.
- Cánula nasal de alto flujo; suministra flujos de entre 30 a
60 litros por minuto, este es humidificado y calentado.
El personal de enfermería se encargará de montar el dispositivo, eligiendo la interfase que mejor se adapte al enfermo, comprobando el funcionamiento del calefactor humidificador, regulará el flujo de aire y oxígeno y programará la FiO2 necesaria.

5 Discusión-Conclusión

El suministro de oxigenoterapia requiere gran seguridad, ya que el oxígeno es un gas incoloro, inodoro y puede ser explosivo con la combustión. El personal de enfermería contralará y observará si se presentan complicaciones derivadas por el uso de oxigenoterapia como heridas, aparición de úlceras por presión… hidratando la piel y mucosas del paciente y aplicando apósitos si fuera necesario en las zonas en las que se apoyan los dispositivos. Vigilarán periódicamente la

adecuada colocación de los dispositivos, intentando que la presión de los mismos no se ejerza siempre en la misma área. El personal de enfermería deberá estar debidamente formado y familiarizado con los distintos tipos de dispositivos usados en oxigenoterapia, para su adecuado uso y prevenir además de tratar las posibles complicaciones que puedan aparecer.

6 Bibliografía

1. Materiales. Oxigenoterapia - Vía respiratoria [Internet]. Sergas.es. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://femora.sergas.es/Via-respiratoria/Materiais--Osixenoterapia?votar=1&idioma=es.
2. Márquez Pérez FL, García García MC, Gutiérrez Lara JA, Gómez Vizcaíno MT. Valoración de pacientes con necesidad de oxigenoterapia domiciliaria [Internet]. Neumosur.net. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/28-OXIGENOTERAPIA-Neumologia-3_ed.pdf.
3. Amilibia Alonso J, Sobradillo Peña V. Oxigenoterapia continua domiciliaria: un buen tratamiento si se hace bien. An Med Interna [Internet]. 2004 [citado el 18 de julio de 2023];21(2):5–7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000200001.

Capítulo 21

AVANCES EN LA TERAPIA GÉNICA Y SU APLICACIÓN EN ENFERMEDADES HEREDITARIAS

SARA MELLADO GARCIA

LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE

ALEJANDRO BÓGALO GALLEGO

1 Introducción

La terapia génica es una prometedora herramienta terapéutica que ha revolucionado el campo de la medicina y ofrece esperanza para el tratamiento de enfermedades hereditarias.

Las enfermedades hereditarias son aquellas que se transmiten de padres a hijos a través de los genes. Estas enfermedades son causadas por alteraciones o mutaciones en el material genético (ADN) que se encuentran en los cromosomas de las células del cuerpo. Las mutaciones genéticas pueden afectar el funcionamiento normal de las células y los tejidos, lo que da lugar a diversas condiciones médicas. En este estudio bibliográfico, se analizarán los avances más recientes de la terapia génica con el objetivo de comprender su eficacia, seguridad y potencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

La terapia génica es un enfoque terapéutico que tiene la finalidad de tratar enfermedades genéticas hereditarias y otras afecciones mediante la modificación o corrección del material genético del paciente. Consiste en la introducción, eliminación o modificación de genes en las células del individuo para corregir un

defecto genético específico o para proporcionar una función genética que falta o está mal regulada.
Se apoya en la idea de que muchas enfermedades están causadas por mutaciones o alteraciones en los genes que afectan el funcionamiento normal de las células y los tejidos. Al corregir o reemplazar estos genes defectuosos, se busca restaurar la función celular normal y tratar la enfermedad en su raíz.
Esta es un área de investigación y desarrollo en constante evolución, ya que presenta desafíos técnicos y de seguridad. Por esta razón, se llevan a cabo estudios clínicos rigurosos para evaluar la eficacia y seguridad de los tratamientos de terapia génica antes de que sean ampliamente utilizados en la práctica clínica.

2 Objetivos

Algunos de los objetivos a tener en cuenta en esta investigación son:
- Identificar las enfermedades hereditarias que han sido objeto de ensayos clínicos y estudios preclínicos en terapia génica.
- Evaluar el potencial de la terapia génica como tratamiento curativo o paliativo para las enfermedades hereditarias.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio bibliográfico, se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos científicos y estudios clínicos en bases de datos como PubMed, Scopus y Google Scholar. Se utilizaron términos de búsqueda relacionados con ”terapia génica”, ”enfermedades hereditarias”, ”hemofilia” y ”estudios preclínicos”.
Se seleccionaron estudios que informaran sobre la aplicación de la terapia génica en enfermedades hereditarias en ensayos clínicos en humanos. Se recopiló información la terapia génica utilizada, los vectores de entrega y la seguridad del tratamiento.

4 Resultados

Los resultados de este estudio bibliográfico muestran que la terapia génica ha demostrado ser prometedora en el tratamiento de diversas enfermedades hereditarias. Se han realizado ensayos clínicos en pacientes con enfermedades como la distrofia muscular de Duchenne, la hemofilia, la atrofia muscular espinal y la anemia de células falciformes, entre otras.

Concretamente esta terapia se ha probado en el tratamiento de la hemofilia, una enfermedad hereditaria caracterizada por la falta o disfunción de factores de coagulación en la sangre. Se han utilizado vectores virales para introducir el gen responsable del factor de coagulación deficiente en las células del paciente, lo que ha llevado a una mejora en la capacidad de coagulación.
Estos vectores virales son herramientas utilizadas en la terapia génica para transportar material genético, como ADN, a las células del paciente con el propósito de corregir un defecto genético o proporcionar una función genética específica. Estos vectores son modificaciones de virus que han sido diseñados de manera segura para entregar genes terapéuticos a las células sin causar una infección activa o daño significativo.
En muchas de estas enfermedades hereditarias, se ha observado una mejora significativa en los síntomas y una disminución en la progresión de la misma. En cuanto a la seguridad, se ha avanzado en el desarrollo de vectores de entrega más seguros y eficientes, reduciendo los riesgos asociados con la terapia génica, como la activación de oncogenes o respuestas inmunológicas adversas.
La terapia génica ha demostrado ser una prometedora estrategia para el tratamiento de enfermedades hereditarias, ya que busca corregir o compensar el defecto genético subyacente que causa la condición médica.
Las causas principales de estas enfermedades hereditarias pueden ser debidas a una herencia autosómica dominante, herencia autosómica recesiva o una herencia ligada al cromosoma X.

5 Discusión-Conclusión

La terapia génica representa una prometedora estrategia terapéutica para el tratamiento de enfermedades hereditarias. Los avances en esta área han permitido corregir los defectos genéticos responsables de estas enfermedades y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

Aunque aún existen desafíos y limitaciones, los resultados obtenidos hasta el momento son alentadores y respaldan el potencial de la terapia génica como una opción terapéutica efectiva para las enfermedades hereditarias.

Es importante destacar que no todas las enfermedades hereditarias son inevitables. Algunas de ellas pueden ser prevenibles o tratadas de manera efectiva con enfoques médicos, terapias génicas y opciones de reproducción asistida, lo que permite una mejor calidad de vida para las personas afectadas.

La investigación en genética y medicina continúa avanzando para comprender mejor las enfermedades hereditarias y desarrollar tratamientos más efectivos y personalizados.

6 Bibliografía

1. Minguet, S., Bonanad, S., Casado, V., Herranz, R., Almarza, E., García-Castaño, A., ... & Miras, M. (2017). Terapia génica y edición genómica: Nuevas armas para luchar contra las enfermedades hereditarias. Anales de Pediatría Continuada, 15(6), 340-347.
2. Jiménez-Hernández, S., Vaca, Y., Ponce, L., & Ortiz, R. (2017). Terapia génica y enfermedades hereditarias del metabolismo en México. Bol Med Hosp Infant Mex, 74(6), 433-442.

Capítulo 22

DRUNKORESIA, UN NUEVO TRANSTORNO ALIMENTICIO

ALEJANDRO BÓGALO GALLEGO

LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE

SARA MELLADO GARCIA

1 Introducción

La drunkorexia o también conocida como ebriorexia es un nuevo trastorno alimenticio en el que su relativa novedad en el campo científico hace que sea una enfermedad aún por descubrir y por la que aún no se sabe mucho sobre ella.
La drunkorexia es un término coloquial que se asignó al trastorno y fue expuesto por primera vez en una publicación del periódico "New York Times", en el ejemplar del 2 de Marzo de 2008. A España llegó este término el 21 de Agosto del 2009 donde se llevaron investigaciones y entrevistas a gente con este trastorno.
El término drunkorexia proviene de las palabras alcoholismo y anorexia. Este trastorno se ha convertido en una moda a seguir en la población adolescente, dada su facilidad para conseguir e ingerir bebidas alcohólicas, especialmente este trastorno se da más en el sector femenino dada la difusión por parte de la sociedad, de una idea de delgadez exagerada.
El patrón habitual de pacientes drunkoréxicos consiste en sujetos que cuentan las calorías de los alimentos y bebidas que ingerirán; posteriormente dejan de comer por horas o días enteros previos a la ingestión de las bebidas alcohólicas, además en ocasiones, estas personas suelen incrementar la actividad física para quemar las calorías que podrían haberse excedido durante la "juerga".

2 Objetivos

- Dar a conocer la drunkorexia como una enfermedad actual mayoritariamente en la población juvenil.
- Conocer algunas actuaciones enfermeras en pacientes con alcoholismo.

3 Metodología

La metodología del trabajo ha sido una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Scielo, Medline, PubMed, Elsevier, Cochrane Plus, Dialnet, Medscape, en la que hemos utilizado los descriptores: drunkorexia, abstinencia alcohólica, delirium tremens. También se han revisado otros documentos como manuales, libros, revistas especializadas y guías de práctica clínica.

4 Resultados

La estrategia terapéutica en el paciente con un trastorno de drunkorexia debe ser individualizada, ya que depende en gran medida de la cantidad de alcohol ingerida y de los síntomas que presente el paciente.
Una de las actuaciones principales es prevenir que el paciente pueda entrar en una crisis de delirium tremens y mitigar los daños de esta enfermedad, por lo cual el tratamiento debe iniciarse lo antes posible, debido a las complicaciones que presenta y a la mortalidad asociada al síndrome, si no se trata correctamente.
Primeramente se debe realizar una anamnesis al paciente, en la cual debe intentar establecerse la cantidad de alcohol ingerida habitualmente, el tiempo que lleva bebiendo, las kilocalorias que consume al día, los antecedentes familiares por alcoholismo, traumatismos, además de conocer cuál es la medicación habitual que toma el paciente en cuestión.
Es muy importante monitorizar al paciente las constantes vitales, que deberán observarse cada pocas horas, incluyendo peso diario, además de un seguimiento con analítica sanguínea para valorar parámetros nutricionales, debemos reevaluar la piel y mucosas del paciente, valorando así los presentes y posibles síntomas de deshidratación.
El consumo excesivo y continuado de alcohol puede inducir estados depresivos graves en cualquier persona que no tenga antecedentes de depresión.
Estos síntomas depresivos suelen ser transitorios ya que en la mayoría de los casos remiten rápidamente durante las 4-6 semanas posteriores a la desintoxicación; además la depresión puede formar parte del proceso de recuperación de

cualquier conducta adictiva, ya que el hecho de tener que renunciar al consumo de alcohol puede resultar emocionalmente doloroso.
El 80% de pacientes con drunkorexia presentan algún episodio depresivo mayor, a lo largo de su vida. La depresión asociada al alcoholismo predice pobres resultados para el tratamiento del problema con el alcohol, ya que los estados emocionales negativos son el factor de recaída más habitual; además es necesario una excesiva vigilancia al paciente alcohólico-depresivo ya que son numerosos los casos de autolisis y suicidios que presentan estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La influencia de la dieta es uno de los factores más importantes en los pacientes consumidores crónicos de alcohol, ya que el excesivo consumo de alcohol sumado a una deficiencia de nutrientes necesarios para el organismo, causan serios problemas que pueden poner en peligro la vida de la persona.
La actuación enfermera en un paciente con drunkorexia depende de la cantidad de alcohol ingerida habitualmente, además del tiempo de abstinencia del paciente. Se debe ofrecer una atención continuada y con especial cuidado para prevenir una crisis de delirium tremens, por lo que el tratamiento debe iniciarse lo antes posible. Los cuidados enfermeros no son únicamente clínicos, además se debe tener especial atención en los factores psicológicos y dietéticos.

6 Bibliografía

1. Instituto de obesidad IOB. Drunkorexia: nuevo trastorno alimenticio. [Internet] 2013 Marzo [Citado 15 Enero 2015] Disponible en: http://www.institutodeobesidad.com/noticias/04%2003%2013%20Drunkorexia.pdf.
2. Guardia J, Rubio G. Neurobiología del Alcoholismo. Curso de especialización en Alcoholismo. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2001.
3. Villarino A. Trastornos de la conducta alimentaria. No todo es anorexia y bulimia. Controversias sobre los trastornos alimentarios Madrid, España: International Marketing & Communication, S.A. 2012; 33-46.
4. Castillo A, Katherine T, Maritza I. Trastornos asociados al consumo de alcohol. Psiquiatría. [Internet] Marzo 2008 [citado 19 Enero 2015] .Disponible en: http://www.psiquiatria.com/adicciones/drogas-166/alcohol-165/los-trastornosasociados-al-consumo-de-alcohol/.
5. Organización Mundial de la Salud. Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y

problemas. [Internet] 2008 [citado 15 Enero 2015]: Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf.

Capítulo 23

PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH (PSH)

MIREN MIRARI GOYOGANA ALCIBAR

1 Introducción

La púrpura de Shölein-Henoch, también conocida como vasculitis por IgA, es una inflamación de los pequeños vasos sanguíneos. Algunas veces los vasos sanguíneos pueden romperse y sangrar sin que haya un traumatismo previo. Es por una respuesta anormal del sistema inmunitario.
Los capilares más afectados son los de la piel, el intestino y los riñones. También pueden verse afectados el sistema nervioso u otros órganos como los pulmones aunque es muy raro.
Esta enfermedad es más frecuente durante la infancia, entre los 2 y 6 años, aunque también se puede producir en la adolescencia o en la edad adulta. Esta afección es el doble de frecuente en los hombres que en las mujeres sobre todo de Europa y Asia.
Se da sobre todo en otoño-invierno. Siendo más raro en verano.
El pronóstico es bueno en la mayoría de pacientes pediátricos y desaparece en el transcurso de unos meses espontáneamente ,es autolimitada. La mitad de los niños tienen una recidiva en un periodo de 6 semanas, pero más leve que el primer episodio.
En la edad adulta su pronóstico es menos favorable, pudiendo tener más complicaciones, sobre todo a nivel renal(glomerulonefritis, etc.).
Su etiología es desconocida por lo que no se puede prevenir.
La PSH no es genética, no es hereditaria, no se contagia.

2 Objetivos

- Describir la púrpura de Schölein -Henoch.
- Conocer la clínica.
- Informar de los cuidados durante la enfermedad.
- Informar de las posibles complicaciones e importancia de los controles.

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 vasculitis por IgA es una enfermedad que se da sobre todo en la infancia por una inflamación de los pequeños vasos sanguíneos. También se puede producir en la adolescencia y en la edad adulta. En la edad adulta su pronóstico es menos favorable y pueden tener más complicaciones, sobre todo a nivel renal.
Se desconoce su etiología pero muchas veces aparece tras una infección respiratoria superior. Otros desencadenantes pueden ser son los virus (varicela, sarampión), picaduras de insectos, algunos fármacos.
El diagnóstico es sobre todo clínico, aunque a veces en los adultos se deben de biopsiar las lesiones de la piel para buscar depósitos de IgA.
Cuando se inflaman los vasos sanguíneos de la piel se forman las petequias y las púrpuras. Es un criterio obligatorio para el diagnóstico. Tanto las petequias como las púrpuras, no desaparecen con la digitopresión. Aparecen sobre todo extremidades inferiores y con distribución simétrica.
Cuando se inflaman los vasos sanguíneos del sistema digestivo pueden padecer dolor abdominal, vómitos, heces con sangre.
Artritis y artralgia sobre todo en tobillos y rodillas. Son transitorios. No dejan secuelas.
Cuando se inflaman los vasos sanguíneos de los riñones hay compromiso renal con sangre y proteínas en orina que aparecen normalmente en los primeros meses tras la erupción cutánea.

Tienen mayor riesgo de complicaciones nefropáticas los pacientes adultos.
Las manifestaciones varían en su aparición y en su orden de aparición. Puede haber recaídas, con nuevos brotes de la enfermedad.
Tratamiento:
- El principal tratamiento es el reposo en la fase aguda.
- Hay que introducir progresivamente los alimentos si padecen problemas digestivos como las náuseas y los vómitos.
- Hay que realizar controles de sangre y orina en los tres primeros meses. El control de orina es importante para analizar si existe hematuria o proteinuria. También se tomará la tensión arterial.
- Se emplearán antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para aliviar molestias articulares.
- Algunos pacientes precisan corticoides si tienen afección del aparato digestivo o del riñón.

5 Discusión-Conclusión

El pronóstico de la púrpura de Shölein -Henoch es bueno en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, es importante recalcar que el reposo es fundamental para su recuperación y para que no haya recaídas. En algunos casos es necesario ingresar al niño ,sobre todo si tiene mucho dolor o algún sangrado.
Al no conocerse las causas no se puede prevenir la vasculitis igA.
El tratamiento se basa en la clínica de los signos y síntomas.
También es fundamental hacer un seguimiento de estos pacientes tras su recuperación para controlar posibles complicaciones ,con análisis de orina y sangre y tomas de tensión arterial.

6 Bibliografía

1. Borlán Fernández S vasculitis por IgA. Protoc diagn ter pediatr.2020;;2:225-238.Sociedad española de reumatología pediátrica.
2. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/13-purpura-SH.pdf.
Mª Dolores López Saldaña.
3. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-sindrome-schoenlein-henoch-8881.
Ricardo Blanco, Vicente Rodríguez-Valverde, Cristina Mata-Arnaiz, Víctor M Martínez-Taboada.

Capítulo 24

OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO Y GESTIÓN POR EL ENFERMERO EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

INMACULADA RODRIGO CAMACHO

NOELIA RIVERA TEJERO

VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO

FADWA EL BALGHITY MOUATADIR

1 Introducción

La labor del personal de enfermería es fundamental en el panorama sanitario moderno. En especial, su papel es crucial en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las infecciones del tracto urinario (ITU), un conjunto de patologías que se sitúa entre las más comunes a nivel mundial. La gestión de las ITU por parte del enfermero abarca múltiples dimensiones, desde el cuidado directo del paciente hasta la coordinación con el equipo multidisciplinario de salud.

Las ITU pueden ser altamente debilitantes y representar una fuente significativa de morbilidad si no se tratan adecuadamente. La enfermería juega un papel vital en la identificación temprana de los síntomas, lo que permite el diagnóstico y tratamiento oportuno. Los enfermeros, además, son frecuentemente el primer

punto de contacto para los pacientes, por lo que su capacidad para reconocer y responder a los signos de ITU puede ser determinante.

No obstante, el diagnóstico y el tratamiento son solo una parte del papel del enfermero en la gestión de las ITU. Una atención integral también implica la educación del paciente sobre la prevención de las infecciones y la adhesión al tratamiento prescrito. Los enfermeros proporcionan instrucciones claras y comprensibles sobre la correcta administración de los medicamentos, y ofrecen orientación sobre cómo prevenir futuras infecciones, incluyendo consejos sobre higiene personal y hábitos de vida saludables.

Otra faceta de la gestión de las ITU por parte del enfermero se centra en la interacción con el equipo de atención médica. Los enfermeros son actores clave en la comunicación eficaz y el trabajo en equipo, especialmente en el manejo de los casos más complejos de ITU que pueden requerir la intervención de diversos especialistas. Además, la enfermería moderna va más allá de la atención directa al paciente y se adentra en la esfera de la investigación clínica y la mejora de la calidad de la atención.

En resumen, la optimización del proceso y gestión por el enfermero en el tratamiento de las ITU es una temática relevante que abarca un amplio espectro de acciones, desde el cuidado directo del paciente hasta la colaboración interprofesional, la educación sanitaria y la investigación clínica. Este análisis pretende proporcionar una visión detallada de estos aspectos, y resaltar la importancia de una gestión eficaz por parte de la enfermería en el manejo de las infecciones del tracto urinario.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de la optimización del proceso y gestión de las enfermedades del tracto urinario.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La gestión de las infecciones del tracto urinario (ITU) por parte del personal de enfermería implica una serie de funciones y conocimientos que son esenciales para garantizar una atención sanitaria efectiva y de calidad. Los enfermeros tienen un papel central en la atención al paciente, el cual va más allá de la administración de medicamentos y se extiende a la educación sanitaria, la prevención de infecciones, el apoyo emocional y la promoción de la salud en general.

Un aspecto fundamental en la gestión de las ITU por parte del personal de enfermería es la capacidad de realizar evaluaciones clínicas precisas y completas. Los enfermeros necesitan conocer y reconocer los signos y síntomas de las ITU, que pueden variar desde dolor y molestias al orinar, fiebre, escalofríos, dolor en la espalda o el abdomen, hasta cambios en las características de la orina. Este conocimiento y entendimiento clínico permite a los enfermeros proporcionar una atención proactiva, anticipándose a las complicaciones y colaborando de manera efectiva en el tratamiento.

En la prevención de las ITU, la enfermería tiene un papel de suma importancia. Los enfermeros deben proporcionar educación sanitaria adecuada a los pacientes para ayudarles a evitar infecciones futuras. Esto puede incluir enseñarles sobre la importancia de la hidratación adecuada, la higiene personal correcta y la evacuación completa de la vejiga. Este es un aspecto fundamental de su labor, ya que una educación sanitaria eficaz puede reducir significativamente la incidencia de las ITU.

La administración de medicamentos es una tarea comúnmente asociada a la enfermería, pero su importancia no debe ser subestimada. Los enfermeros deben tener un conocimiento profundo de los medicamentos utilizados en el tratamiento de las ITU, incluyendo antibióticos y analgésicos. Deben entender cómo funcionan estos medicamentos, cómo y cuándo deben ser administrados y cuáles son los posibles efectos secundarios. Además, los enfermeros son responsables de monitorizar la respuesta del paciente al tratamiento y de identificar cualquier efecto secundario o reacción adversa.

El apoyo emocional es otra función crucial del personal de enfermería en la gestión de las ITU. Estas infecciones pueden causar angustia y ansiedad en los pacientes, especialmente en aquellos que experimentan episodios recurrentes. Los enfermeros necesitan habilidades de comunicación efectivas y empatía para proporcionar este apoyo, ayudando a los pacientes a manejar sus sentimientos y afrontar la situación.

Además, los enfermeros tienen la responsabilidad de mantener una comuni-

cación fluida y efectiva con el resto del equipo de atención sanitaria. Deben ser capaces de informar de manera precisa y detallada sobre el estado del paciente, las respuestas al tratamiento y cualquier cambio en la condición del paciente. Esta comunicación permite una atención coordinada y eficaz, lo que puede mejorar significativamente los resultados de la salud del paciente.

Finalmente, los enfermeros están cada vez más involucrados en la investigación y la mejora de la calidad de la atención. En el contexto de las ITU, esto puede implicar participar en estudios para desarrollar nuevos enfoques de prevención o tratamiento, o implementar y evaluar programas de mejora de la calidad para optimizar la atención al paciente.

La gestión de las infecciones del tracto urinario por parte del personal de enfermería requiere un amplio conjunto de funciones y conocimientos, que van desde la evaluación clínica y la administración de medicamentos, hasta la educación sanitaria, el apoyo emocional y la investigación. La competencia en todas estas áreas es fundamental para proporcionar una atención sanitaria efectiva y de alta calidad.

5 Discusión-Conclusión

La labor del enfermero en la gestión de las infecciones del tracto urinario abarca un amplio espectro de responsabilidades y requiere un conocimiento clínico sólido y habilidades de comunicación efectivas. Los enfermeros desempeñan un papel crucial en la evaluación de los síntomas, el manejo de medicamentos, la prevención a través de la educación sanitaria y la prestación de apoyo emocional. Además, su participación en la mejora de la calidad de la atención y la investigación es esencial para avanzar en la práctica de la enfermería y mejorar los resultados de salud de los pacientes. Es fundamental reconocer y fomentar estas competencias para garantizar una atención óptima a los pacientes con ITU. La inversión en la capacitación continua de los enfermeros y en el desarrollo de protocolos basados en la evidencia puede resultar en una reducción de la incidencia de las ITU y una mejora de la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

1. González-Pascual JL, Cardenete-Reyes C, Sánchez-Gómez MB, et al. ”Manejo de la infección del tracto urinario por el personal de enfermería: un enfoque integral”. Enferm Clin. 2021;31(4):255-263.

2. Ruiz-García M, García-Jiménez E, Jiménez-Contreras E. "Papel de la enfermera en la prevención de infecciones del tracto urinario". Nefrologia. 2020;40(1):12-19.
3. Martín-Pereira J, Enciso-Chaves MV, Rodríguez-Martínez M. "La enfermería en la administración de medicamentos para el tratamiento de ITU". Med Clin (Barc). 2022;158(7):324-330.
4. Navarro-Martínez R, Sánchez-López M, Peralta-Ramírez MI. "Apoyo emocional y habilidades de comunicación en enfermería: un estudio de caso de ITU". Enferm Glob. 2023;22(2):178-186.
5. García-Pérez MA, Delgado-Hito P, Carreras-Salvador R, et al. "Calidad de la atención y satisfacción del paciente en el manejo de la ITU: una revisión sistemática". Gac Sanit. 2021;35(3):283-291.
6. López-Arredondo A, Martínez-López AB, Canalejo-Antequera J, et al. "Enfermería y prevención de ITU: un protocolo basado en evidencia". Enferm Infecc Microbiol Clin. 2022;40(4):220-228.

Capítulo 25

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ

CRISTINA LÓPEZ GARCÍA

CLARA COMPANY GARCÍA

NATALIYA TYUKALOVA

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

1 Introducción

Un código de accidente cerebrovascular es la detección temprana de síntomas y signos que pueden indicar un accidente cerebrovascular, una afección que afecta los vasos sanguíneos del cerebro provocada por un bloqueo u otro factor problemas de flujo sanguíneo. Dado el código ictus, la primera prioridad es la atención y el traslado oportuno al hospital más cercano para su tratamiento durante la fase aguda. La segunda causa más común de muerte en la nación en este momento es el accidente cerebrovascular. Hay dos maneras en que este accidente cerebrovascular puede ocurrir:
Uno es la isquemia cerebral, que es en lo que queremos concentrarnos, cuando el flujo de sangre a un área particular del cerebro se detiene repentinamente.

Por ejemplo, cuando un coágulo de sangre impide el flujo de sangre a una parte del cerebro, las células comienzan a deteriorarse y mueren. Esto también puede ocurrir en ciertas enfermedades cuando los vasos sanguíneos se estrechan y se cierran por completo. Descubrir qué podría haberlo causado es crucial porque hacerlo ayudará a determinar el mejor curso de tratamiento y cómo evitar que vuelva a suceder signos y síntomas que varios signos de un accidente cerebrovascular incluyen debilidad muscular en un lado del cuerpo, disminución de la capacidad de trabajo, pérdida del habla, pérdida de la visión en uno o ambos ojos, confusión repentina, mareos, dolores de cabeza, etc.

2 Objetivos

Exponer el papel de enfermería ante los accidentes cerebrovasculares.

3 Metodología

Se realizó una investigación para preparar este documento, incluido un análisis bibliográfico del cuerpo de literatura científica publicada. Se han buscado minuciosamente libros y artículos en las tres bases de datos principales: Pubmed, Medline y Scielo, con énfasis en trabajos académicos con contenido pertinente al tema que se investiga.

4 Resultados

Un derrame cerebral es descrito por la Organización Mundial de la Salud como un trastorno neurológico que afecta los vasos sanguíneos, golpea repentinamente, dura más de 24 horas y resulta en una interrupción abrupta del flujo sanguíneo cerebral.
Clasificación de trazos:
Isquémica: Cuando se interrumpe el suministro de oxígeno a una parte del cerebro debido a un coágulo de sangre, embolia o estenosis, se desarrolla una encefalopatía isquémica. El sangrado traumático en los ventrículos del cerebro se conoce como sangrado hemorrágico. ya sea el espacio subdural o el espacio subaracnoideo. Los principales factores de riesgo incluyen: edad y sexo; Factores genéticos; dislipidemia; raza/etnicidad; ubicación; bajo peso al nacer; Hipertrofia ventricular; diabetes mellitus; homocisteinemia; estilo de vida sedentario; consumo excesivo de alcohol, azúcar, sal o drogas; y uso de métodos anticonceptivos,

obesidad, hipertensión arterial y cavidad oral.
La fibrilación auricular, la endocarditis infecciosa, el tabaquismo, la anemia de células falciformes y antecedentes de accidente cerebrovascular son todas afecciones cardíacas. Dado que un accidente cerebrovascular puede provocar la destrucción total del cerebro, los pacientes deben determinar si sus síntomas están relacionados con uno.
A pesar de todos estos síntomas, pocos son capaces de reconocerlos porque solo duran unos minutos pero tienen efectos duraderos. El objetivo del código de ictus intrahospitalario es acortar el intervalo entre el inicio de los síntomas y el acceso a un posible tratamiento. al momento del diagnóstico. Se estrenará un programa de accidentes cerebrovasculares en el área de la neurología, que incluirá la evaluación del paciente y la neuroimagen. Según la presentación del paciente y la etiología vascular, el enfermero de traje debe ser capaz de reconocer los trastornos neurológicos que pueden tener síntomas y signos que sugieran un accidente cerebrovascular. Ella es la encargada de verificar la dosificación.
Según el peso del paciente y para la preparación y dilución de medicamentos, se prescriben bolos e infusiones.

5 Discusión-Conclusión

Dada su alta morbilidad y mortalidad, el accidente cerebrovascular es uno de los problemas de salud pública más urgentes en el país. Cuando alguien sufre un ictus, es fundamental actuar con rapidez porque las consecuencias pueden ser graves,diferentes y, en algunos casos, potencialmente mortales, a menudo son inevitables.
Para reducir el riesgo, es necesario seguir una dieta saludable y limitar la ingesta de sal para favorecer la presión arterial baja y una buena salud vascular. También se debe evitar fumar, la obesidad y otras sustancias nocivas.
Un código de accidente cerebrovascular es la detección temprana de síntomas y signos que pueden indicar un accidente cerebrovascular.

6 Bibliografía

-www.revistamedica.com
-https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 26

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CONJUNTIVITIS INFANTIL

MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ

CRISTINA LÓPEZ GARCÍA

CLARA COMPANY GARCÍA

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

NATALIYA TYUKALOVA

1 Introducción

La conjuntivitis se caracteriza por la inflamación de la conjuntiva, que puede tener un origen bacteriano, viral, alérgico o infeccioso. La afección ocular más frecuente en personas de todas las edades es la conjuntivitis. La oftalmía neonatal y la conjuntivitis pediátrica son los dos subtipos que afectan a los niños. La oftalmía neonatal es una condición que aparece en el primer mes de vida y provoca enrojecimiento y secreción que puede ser purulenta, mucosa o mucopurulenta. Se debe descartar la presencia de otras patologías como glaucoma congénito, dacriocistitis u obstrucción del conducto nasolagrimal cuando se presenta en esta etapa de la vida. Según su agente etimológico, las causas más frecuentes de conjuntivitis neonatal son conjuntivitis causada por gonorrea, infecciones por

clamidia y herpes. Las bacterias, las clamidias y los virus son las causas más frecuentes de conjuntivitis pediátrica.
Si bien la conjuntivitis viral comienza de manera unilateral, eventualmente se vuelve bilateral, con secreción acuosa o mucosa e inflamación blefaroconjuntival significativa. Un período de dos semanas es posible. el tratamiento con antibióticos es necesario a pesar de la naturaleza benigna de la mayoría de las conjuntivitis.
Es muy recomendable eliminar el germen que las provoca. Para ayudar, la enfermería debe ofrecer una serie de indicaciones y cuidados.
Una vez establecidas en el paciente, varias formas de conjuntivitis infantil mejoran.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica ha sido demostrar el papel de enfermería en el tratamiento de niños con conjuntivitis.

3 Metodología

Se realizó una investigación para preparar este documento, incluido un análisis bibliográfico del cuerpo de literatura científica publicada. Se han buscado minuciosamente libros y artículos en las tres bases de datos principales: Pubmed, Medline y Scielo, con énfasis en trabajos académicos con contenido pertinente al tema que se investiga.

4 Resultados

Se debe limpiar la secreción purulenta que aparece en los ojos, aliviando las molestias, y la enfermería debe aconsejar el lavado de los ojos. Esto permitirá que el tratamiento antibiótico local penetre mejor en el ojo. Es cierto que los lactantes desarrollan con frecuencia infecciones conjuntivales y no se puederesolver sin intervención médica. Se aplicará un antibiótico de amplio espectro durante 7 días aunque la resolución ocurre en los primeros días. Enfermería debe realizar un cultivo para determinar el antibiótico específico a utilizar en caso de no ser así se brindarán los siguientes cuidados de enfermería para la conjuntivitis en niños:
- Busque enrojecimiento, exudación o ulceración en los ojos.
-Debe tenerse en cuenta el reflejo corneal.

- Aplicar técnica aséptica al inyectar el medicamento en el saco conjuntival.
- Si el medicamento tiene efectos sintéticos, apriete ligeramente el conducto nasolagrimal.
- Manejar los posibles efectos secundarios locales, sintéticos y negativos del tratamiento.
- Llevar un registro de la administración del medicamento y de la reacción del paciente al mismo.
-Aplique protección para los ojos, si es necesario.
- Si es necesario, utilizar gotas o cremas lubricantes.

La capacidad de respuesta adecuada en cuanto a cuidados e intervenciones que ayuden a la resolución de la patología en el menor tiempo posible, así como el conocimiento de los tratamientos y medicamentos oftalmológicos más habituales, es fundamental para un profesional de enfermería.

El profesional de enfermería también debe poseer el conocimiento necesario de los posibles efectos secundarios que pueden derivarse tanto de la patología como del tratamiento, ser capaz de reconocerlos precozmente y saber actuar adecuadamente para evitar que escalen o se agraven.

Los síntomas de la conjuntivitis bacteriana incluyen secreción una o ambas conjuntivas son purulentas.

5 Discusión-Conclusión

Dado que la conjuntivitis puede afectar a los bebés, puede afectar a personas de cualquier edad. Es una inflamación de la conjuntiva. La etiología de la conjuntivitis puede ser de naturaleza bacteriana, viral o alérgica. Establecer un tratamiento ocular provisional es crucial en cualquier caso al microorganismo patógeno. Se denomina oftalmía neonatal cuando afecta a un recién nacido. Conjuntivitis pediátrica es el término que se utiliza cuando afecta a niños mayores de un mes de edad.

La enfermería ayudará a recuperar esta inflamación a través de sus cuidados e intervenciones, pero solo será eficaz si cuenta con la formación adecuada que se aplica a los cuidados particulares que requiere esta patología.

6 Bibliografía

-www.revistamedica.com
-www.google.com

Capítulo 27

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA GRUPOS DE RIESGO EN LA REACCIÓN ALÉRGICA AL LÁTEX

MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

NATALIYA TYUKALOVA

CRISTINA LÓPEZ GARCÍA

CLARA COMPANY GARCÍA

1 Introducción

Según los estudios, ha habido un número exponencialmente creciente de reacciones alérgicas al látex a lo largo del tiempo, particularmente en ciertas profesiones, particularmente en las profesiones de la salud. Fundamentalmente, ha sido el resultado de la introducción de este producto en la industria de la salud y los cambios realizados en su proceso de fabricación. Estos pueden ser de naturaleza anafiláctica (reacción de tipo I) o de aparición tardía (eccema de contacto o reacción de tipo IV), incluso con reacciones muy graves. Hubo 15 muertes como resultado de esto en 1992, según la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA). Un producto sintético, principalmente de, se produce a través de la vulcanización. Una forma más termoestable y elástica del árbol afroasiático Hevea Brasilensis emerge después de que se ha centrifugado y se le

agregan aditivos adicionales que funcionan como antígenos de alergia por contacto. Esta alergia está influenciada por la cantidad y qué antígenos proteicos los componen.
Las tetinas de los biberones, los juguetes flexibles, las mascarillas, las telas elásticas, los pañales, las pelotas, los mangos de las raquetas, las colchonetas, los preservativos, los guantes quirúrgicos, las tiritas, los tapones intravenosos y otros productos están elaborados con látex y manipulados con él ambu, conexiones de ventilación, catéteres de enemas, sistemas de infusión intravenosa, circuitos de anestesia, etc.

2 Objetivos

Exponer e identificar los grupos de riesgo susceptibles a la alergia al látex por parte del personal de enfermería de los hospitales.

3 Metodología

Se realizó una investigación para preparar este documento, incluido un análisis bibliográfico del cuerpo de literatura científica publicada. Se han buscado minuciosamente libros y artículos en las tres bases de datos principales: Pubmed, Medline y Scielo, con énfasis en trabajos académicos con contenido pertinente al tema que se investiga.

4 Resultados

Se han identificado cuatro categorías de riesgo para la alergia al látex:
- Médicos expertos. Según el estudio consultado, podemos encontrar una serie de estadísticas sobre la incidencia, que son proporcionales a los sujetos que han utilizado látex durante más tiempo y son mayores en las profesiones de odontología y ginecología.
- Personas que tienen mielomeningocele (defectos del tubo neural). Según Kelly, el anticuerpo IgE específico de este producto osciló entre el 28 y el 67 por ciento.
- Personal del sector de la fabricación y manipulación del látex.
- Individuos atópicos que tienen alergias a frutas específicas como plátanos, castañas o aguacate. Los métodos de determinación de IgE específica, incluidos RAST y ELISA, se utilizan para hacer el diagnóstico. Estas pruebas deben realizarse con la máxima precaución porque se han notificado reacciones anafilác-

ticas cuando se han realizado. Sí una vez realizado el diagnóstico, se recomienda llevar una identificación que indique su alergia y, si es necesario, utilizar un autojet para administrar adrenalina. El cuadro anafiláctico se distingue por aparecer entre 30 y 60 minutos después de la exposición y acompañarse de hipotensión, broncoespasmo y exantema localizado o generalizado.
El curso del tratamiento es el mismo que para otros casos de anafilaxia. Se administrarán altos flujos de oxígeno, junto con cristaloides para reponer el volumen intravascular, corticosteroides, adrenalina y otros medicamentos para preservar y mantener la permeabilidad de las vías respiratorias histaminas, bicarbonato y, lo más importante, proceder a eliminar cualquier material que pueda contener látex para evitar que entre en contacto con el antígeno. El factor más importante a considerar cuando se toman medidas preventivas es la educación para la salud. Esto además de pedir a la industria y a las autoridades alternativas libres de látex y regular los estándares de calidad para la producción de guantes de látex. Se recomienda usar alternativamente guantes de vinilo y neopreno y lavarse las manos después de usar los guantes como simple precaución. Por el contrario, los guantes hipoalergénicos suelen estar hechos de látex, aunque con un proceso de fabricación más estricto; son útiles para reducir el antígeno en procesos de hipersensibilidad tipo IV, pero pueden provocar reacciones anafilácticas.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver, vamos a llamar la atención sobre el hecho de que la alergia causada por la exposición al látex puede ser un problema importante que probablemente empeore y es crucial para la salud ocupacional en el entorno hospitalario a medida que llegamos al final de este capítulo. Por todos estos factores, merece la pena fomentar los estudios de sensibilidad en la población expuesta, utilizando métodos como la prueba del parche para identificar a los afectados y poder intervenir siempre de forma rápida y eficaz para controlar los síntomas y disminuir las discapacidades del paciente practicante de salud junto con los gastos de atención médica, tiempo libre en el trabajo y gastos de salud pública.

6 Bibliografía

-http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_
-http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=
.

Capítulo 28

BRONCOASPIRACIÓN EN PACIENTE CON PATOLOGÍA TUMORAL DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE

ALEJANDRO BÓGALO GALLEGO

SARA MELLADO GARCIA

1 Introducción

La patología neoplásica del sistema nervioso central se define como la que afecta a las estructuras del SNC, y se clasifica en tumores astrocíticos, oligodendrogliales y méduloblastoma.
Entre sus factores etiológicos encontramos:
- Genéticos: transmisión autosómica dominante.
- Físicos: traumatismos craneoencefálicos, radiación.
- Químicos: exposición a nitritos, cloruro de vinilo
- Inmunodepresión o inmunosupresión.

Los tumores cerebrales presentan una incidencia aproximada en la población general de 5-10 casos nuevos /100.000 habitantes/año.
Son la casusa del 0,5 % de todas las defunciones y el 2,7 % de los fallecimientos por cáncer.
La máxima incidencia la vemos en varones a los 60-65 años y en mujeres a los 55-60 años. Son más raros una vez cumplidos los 65 años.

Habitualmente, son más frecuentes en hombres que en mujeres, habiendo tumores que parecen guardar especial relación con el sexo (algunos más frecuentes en hombres y otros más frecuentes en mujeres).
Como sintomatología más frecuente, nos podemos encontrar:
Los tumores van a dar dos tipos de síntomas:
- Síntomas generales: A consecuencia del aumento de la presión intracraneal que genera el crecimiento del tumor dentro de la estructura rígida ósea que es el cráneo.
El síndrome clínico de la hipertensión intracraneal consiste en cefaleas, náuseas, vómitos y edema de papila. De forma progresiva se va a ver afectado el nivel de conciencia (normal, bradipsiquia, desorientación espacial y temporal, estupor o agitación, coma con respuesta al dolor, flexionando extremidades o extendiendo, hasta llegar al punto de la muerte cerebral.
Este síndrome se puede ver agudizado, entre otros casos, si se le añade al cuadro, una hemorragia intratumoral.
- Síntomas focales: Pueden ser de dos tipos a. Por déficit funcional, dependiendo de la localización tumoral (hemiplejia, afasia, dismetría, afectación de pares craneales, etc.). b. Por irritación y exceso de función: epilepsia parcial o focal.

2 Objetivos

- Conocer características de los principales tumores primarios del SNC
- Adquirir competencias para brindar unos cuidados enfermeros de calidad al paciente oncológico.

3 Caso clínico

Caso clínico de un varón de 64 años con:
Motivo de consulta:
Tos
Antecedentes personales:
NAMC
No HTA, no DM, no DL.
Tumor primario del SNC (glioma resecado en 2001 con RT posterior, recaída en 2007 –oligodendroglioma– con nueva resección completa. Recaída en 2017 y desde entonces, desestimado para tratamiento, tanto quirúrgico como médico.

Epilepsia generalizada tónico-clónica secundaria a previo
Parkinsonismo secundario a lesión cerebral
Asma bronquial. SAOS grave
Tratamiento al ingreso:
Opiren 30 mg, Sedotime 15 mg, Briviact 25 mg 1-0-1, Fortecortin 4 mg, Neurontin 300 mg, Brintellix 5 mg, Inhaladuo 25/250 mg.
Situación basal: dependiente para todas las actividades de la vida diaria, vida cama sillón, doble incontinente, institucionalizado.
Enfermedad actual:
Paciente varón de 68 años con los antecedentes referidos remitido de residencia por presentar desde hace al menos 3-4 días tos, ruidos respiratorios, mal manejo de secreciones y tendencia a la somnolencia en el día de hoy. No fiebre. No atragantamientos con la ingesta. No vómitos, diarrea ni otros síntomas.
Exploración física:
REG. Normohidratado. Pálido. Eupneico en reposo. Letárgico
TA 133/102 mmHg Afebril FC 124 latidos por minuto SatO2 93% gafas 3 litros por minuto
Auscultación cardíaca: Tonos rítmicos y sin soplos
AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos
Abdomen: Blando, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias, No signos de irritación peritoneal. RHA conservados.
Extremidades: No edemas sin signos de TVP
Exploraciones complementarias:
Analíticas:
• Al ingreso: Hematocrito 49,5%, Hb 16,3, VCM 93,8, Leucocitos 13100 (Seg 11800), Plaquetas 248000, T. Prot 75%, T. cefalina 32,7, Dímero D 2031. Urea 24, creatinina 0,64, glucosa 320, GOT 14, GPT 10, Bilirrubina 0,2, LDH
220, CPK 37, Tropo I <5, PCR 1,88, PCT 0,04, Na 134, K 4,5, Cl 99
Gasometría arterial : pH 7.41 pCO2 47, pO2 41, HCO3 30, SatO2 76% (respirando aire ambiente), lactato 3,4 .
Orina elemental y Sedimento: Glucosa 2000, cuerpos cetónicos negativos, leucos, nitritos y proteínas negativo
•Control: Hematocrito 43,3%, Hb 14, VCM 94,7, Leucocitos 11700 (Seg 6900), Plaquetas 181000. Urea 17, creatinina 0,5, 112, GOT 12, GPT 11, BT 0,2, LDH 186, CPK 15, PCR 5,9, Na 139, K 3,8, Cl 104.
Electrocardiograma: RS 130 lpm, PR normal, no alteraciones agudas de la repolarización

Rx de Tórax: no cardiomegalia. Senos costofrenicos libres. No imágenes de infiltrados ni condensaciones.
COVID19, Antígeno (ICT) Negativo
Evolución:
Durante su estancia en planta se mantiene tratamiento con oxigenoterapia en gafas nasales, sueroterapia, broncodilatadores, corticoides, ATB (amoxicilina/clavulánico) con mejoría progresiva clínica, manteniéndose afebril y estable con SatO2 94% con gafas nasales y con similar situación clínica a su basal. Ha presentado cifras de glucemias elevadas en comida y principalmente cena en contexto de toma corticoides, dada la situación basal y comorbilidades se deja control en residencia con ADO.
DIAGNÓSTICO:
- Infección de VRB. Mal manejo de secreciones
- Descompensación diabética no cetosica
- Previos
TRATAMIENTO:
- Oxigenoterapia en gafas nasales a 2 lpm (900 777 123)
- Aerosoles: Combiprasal cada 8 horas
- Augmentine 875/125 mg 1 cada 8 horas durante 5 días mas y suspender
- Novonorm 0,5 mg 0-1-1, valorar si persiste con glucemias > 250

4 Discusión-Conclusión

Se trata de un paciente con una lesión cerebral primaria neoplásica en estadio avanzado, con 3 recaídas tras varios tratamientos con el paso de los años y que, finalmente, ha sido desestimado para seguimiento oncológico, habiendo pasado a seguimiento por la Unidad de Cuidados Paliativos.

Este paciente en concreto es derivado desde un centro geriátrico al hospital de referencia por presentar alteración en la adecuada ventilación, manifestado con tos y relacionado con un mal manejo de las secreciones. Se evidencia aquí que la lesión neoplásica del SNC, ya sea por déficit funcional o por irritación de la zona anatómica, está afectando a la capacidad de deglución del paciente.

Es dependiente para todas las ABVD, incluida la comida, que debe ser con textura adecuada a su patología (dieta túrmix, líquidos con espesantes) y, aún con el establecimiento de estas medidas dietéticas, presenta grandes dificultades para deglutir adecuadamente, con el importante riesgo que conlleva para el paciente,

ya que esta situación fácilmente podría evolucionar en una broncoaspiración, neumonía, fracaso respiratorio y muerte.

Por tanto, se deben adoptar medidas encaminadas a evitar la broncoaspiración, entre otras, atendiendo a la patología y estado del paciente, como por ejemplo no forzar ingestas utilizando jeringas, mantener en decúbito supino con elevación del cabecero 30º hasta 30 minutos después de las ingestas, uso de espesantes para líquidos, etc.
Para el manejo de secreciones, se recomienda el uso de fármacos antiespasmódicos, tipo Buscapina, y como último recurso, el aspirado de secreciones mediante sonda y toma de vacío, por presentar riesgos para el paciente, si la técnica no se realiza adecuadamente o el paciente no es colaborador.

5 Bibliografía

1. Guía Clínica Auge Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años y más. Series guías clínicas Minsal año 2012.
2. M. Wrensch, Y. Minn, T. Chew, M. Bondy, M.S. Berger. Epidemiology of primary brain tumors: Current concepts and review of the Literatur. Neuro-Oncology., 4 (2002), pp. 278-299
3. Informe mundial sobre el cáncer 2014, IARC.

Capítulo 29

EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES DE ALTO FLUJO NASAL EN URGENCIAS

IVAN POVEDA CANTERO

MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ

NATALIA CAVA RUIZ

MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

LAURA RAMIREZ MUÑOZ

1 Introducción

Una de las causas más frecuentes de consulta a los servicios de urgencias hospitalarios es la insuficiencia respiratoria aguda. Por ello, la oxigenoterapia sigue siendo una de las principales técnicas de manejo de esos pacientes. La oxigenoterapia de alto flujo se ha promocionado como un sustituto útil de la oxigenoterapia tradicional en los últimos años. Se pueden administrar hasta 60 ml/s de oxígeno a través de cánulas nasales de alto flujo.
En los últimos diez años, se han realizado muchas investigaciones sobre L/min y cómo afecta los resultados clínicos, como la mejora de la dificultad respiratoria, la necesidad de intubación y la mortalidad.
- Definición:

Dispositivo para oxigenoterapia que permite a los pacientes con respiración espontánea recibir un alto flujo de mezcla aire/oxígeno cómodamente a través de cánulas nasales.

- Descripción.

Cánulas nasales o interfases nasales, kit de tubos respiratorios con cámara de agua autollenable, sistema humidificador-calentador con display controlador de temperatura, flujo y FiO2, y otros componentes componen el aparato.

- Señales:

Insuficiencia respiratoria aguda por hipoxia.

Preintubación dejando atrás la ventilación mecánica.

Destete de CPAP o BIPAP, oxigenoterapia durante procedimientos invasivos (como endoscopias del sistema digestivo o ecocardiogramas transesofágicos) insuficiencia cardíaca rápida. Los pacientes que reciben cuidados paliativos no son candidatos a IMV.

2 Objetivos

Para incrementar su uso en servicios especializados adicionales y unidades hospitalarias, crear una guía de tratamiento en pacientes que reciben oxigenoterapia de alto flujo en unidades de observación de emergencia.

3 Metodología

Sobre el manejo de los pacientes que reciben oxigenoterapia de alto flujo, se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos Corchane, Pubmed y Cuiden. La oxigenoterapia, la insuficiencia respiratoria, el alto flujo y los cuidados intensivos son algunos términos relacionados. Los artículos se eligieron en función de una serie de criterios de inclusión, incluido el dominio del idioma español, la integridad y los artículos que abordaban el tratamiento y manejo de pacientes con alto flujo.

4 Resultados

Proceso de solicitud:

1. Informe de la acción que debe tomarse.
2. Coloque al paciente en una posición cómoda y de apoyo.
3. El sistema AIRVO 2TM debe estar equipado con el kit humidificador.

4. Purgue el contenido estéril de la bolsa IV del sistema de goteo del humidificador.
5. Después de purgar el sistema, asegúrese de que el depósito de agua estéril del humidificador esté en el nivel adecuado.
6. Conecte el sistema AIRVO 2TM al tubo de respiración.
7. Conecte la toma de oxígeno a la pared o una botella portátil después de enchufar el cable a la red eléctrica.
8. Luego encienda la cosa.
9. Ajuste la temperatura deseada (tres opciones: 37, 34 y 31 oC) y el caudal (caudal máximo: 60 l/min) según prescripción médica.
10. Conecte las cánulas nasales al tubo respiratorio después de colocarlas en el paciente.
Se brindan cuidados de enfermería mientras se aplica:
- Monitoreo constante del corazón para asegurar un correcto control hemodinámico.
- Pulsioximetría continua y control de ventilación.
- Anote y realice un seguimiento de los parámetros clínicos (HR, RR, Sat O2, temperatura), así como los parámetros preestablecidos (temperatura del humidificador, flujo de aire y oxígeno).
- Verificar continuamente el posicionamiento y ajuste de la cánula nasal.
- Verificar que las fosas nasales del paciente estén abiertas y libres de secreciones.
- Vigile los puntos de presión, como la mucosa nasal y la parte superior de la oreja.
- Fomentar una buena higiene nasal y bucal.
- Vigile la temperatura del sistema.
- Cada 4 horas, compruebe el nivel de agua del humidificador.
- Vigile cuánto se está condensando el tubo respiratorio y la cánula nasal.
- Mantenga un ángulo para el tubo para evitar que entre agua en la cánula nasal.
- Utilice una fijación adecuada para evitar que el casquillo se doble.
- Después de cada uso, higienización y limpieza del aparato.
Ventajas:
- Mayor oxigenación gracias a la adición de oxígeno extra (hasta 60 L/min).
- Se prefiere la expulsión de secreciones.
-Se siente menos sequedad oral.
- Una marcada reducción de la frecuencia respiratoria, un aumento del volumen corriente y una reducción del espacio muerto.
- El paciente se siente más cómodo y tolerable, lo que facilita la comunicación oral y permite la ingesta sin desconectarse del circuito.

- Fácil de usar.

Desventajas:

- Volumen irrazonable.
- Si respira por la boca, menos eficaz.
- Posibles efectos secundarios como hinchazón, neumotórax o neumomediastino.

5 Discusión-Conclusión

La oxigenoterapia de alto flujo ha crecido en popularidad como una opción terapéutica deseable y práctica para pacientes con insuficiencia respiratoria aguda porque mejora la oxigenación, reduce el trabajo respiratorio y mejora el bienestar del paciente. Sin embargo, aún falta experiencia con adultos, y no existen guías clínicas que establezcan sugerencias para su aplicación generalizada.

Todos los profesionales sanitarios también deben someterse a una formación especializada, personal de enfermería y personal médico de las unidades de observación de emergencia, para prevenir complicaciones propias del mal manejo (flujos inadecuados), y así poder mejorar el uso de la terapia en los pacientes que la necesiten.

6 Bibliografía

- Pubmed
- www.scielo.org

Capítulo 30

LOS CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON UNA FRACTURA DE CADERA

IVAN POVEDA CANTERO

MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ

NATALIA CAVA RUIZ

MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

LAURA RAMIREZ MUÑOZ

1 Introducción

Actualmente, las fracturas de cadera son una patología muy común que, en la mayoría de los casos, requiere hospitalización tanto para su diagnóstico como para un tratamiento efectivo. Debido a que une el hueso de la cadera con el muslo, la cadera es una articulación conocida como cresta ilíaca. Los dos componentes principales que componen la articulación de la cadera encajan en el muslo con el extremo superior (cabeza femoral) en la cavidad pélvica en forma de cuenco. La osteoporosis y otros trastornos óseos también pueden provocar fracturas de esta articulación, que se producen principalmente por un traumatismo directo
En consecuencia, la educación sanitaria impartida a estos profesionales es fundamental. Los compromisos de oratoria, las sesiones de capacitación y los congresos de salud deberían recibir muchos más fondos de los centros hospitalarios de lo

que reciben actualmente. Al hacer esto, sería posible contratar enfermeras con los conocimientos y técnicas más recientes y, al mismo tiempo, elevar los estándares y la satisfacción del cliente en el caso del estudio, el tratamiento quirúrgico de la fractura de cadera, de la calidad de vida de los pacientes. Dado que las estancias hospitalarias no se prolongarían en el tiempo por circunstancias que podrían haberse evitado, los recursos podrían utilizarse de forma más eficiente y generada por su patología.

2 Objetivos

Aprende a brindarle a un paciente con fractura de cadera una atención de enfermería de alta calidad y lograr que la recuperación y autonomía del paciente se vean favorecidas por la efectividad del sistema médico.

3 Metodología

Para realizar este estudio se ha realizado una revisión de la literatura en bases de datos pertenecientes a las ciencias de la salud, específicamente Scielo. ”Fractura de cadera”, ”Cuidados de enfermería en fractura de cadera” e ”Intervenciones de enfermería en fractura de cadera” fueron las palabras clave utilizadas. No se han aplicado restricciones de tiempo o lingüísticas.

4 Resultados

Los métodos quirúrgicos o no quirúrgicos para tratar las fracturas de cadera son ambas opciones. El equipo médico toma esta decisión, que se evalúa en una reunión clínica en función de la anamnesis del paciente, la situación general y las expectativas de recuperación, aunque la extirpación quirúrgica de esta patología es el desenlace más probable.
Este estudio se centra en el tratamiento quirúrgico de las fracturas de cadera, que consiste en implantar una prótesis para sustituir total o parcialmente la articulación de la cadera y el fémur. Las dentaduras postizas se dividen en dos categorías principales:
- Prótesis parcial (PPC): reemplazo de la cabeza femoral, un componente de la articulación.
- Reemplazo total de cadera (PTC): reemplazo de toda la articulación, incluida la cabeza femoral y la cavidad. La ubicación de la fractura, así como otras condi-

ciones como la artrosis o la artritis reumatoide, el desgaste o la rotura, determinan el criterio médico para la cirugía u otros procedimientos. Nuestro papel en el cuidado del paciente se divide en dos fases principales una vez que se ha tomado la decisión de someterse a la cirugía.

1. antes de la cirugía. En este punto, nuestros esfuerzos se concentrarán en un ingreso seguro, la identificación precisa del paciente mediante el brazalete, el procedimiento preciso a realizar y la patología de base. Revisaremos el historial médico del paciente y revisaremos cualquier examen preoperatorio que pueda haber tenido como parte de este proceso de las pruebas complementarias realizadas. Es crucial determinar si un banco de sangre es necesario para estos procedimientos quirúrgicos. Siempre habrá verificación de la firma en el formulario de consentimiento informado quirúrgico la planificación.

Los deberes de las enfermeras también incluyen preparar al paciente para la cirugía.

- Línea periférica venosa del canal.
- Controle sus signos vitales.
- Verificar que se hayan quitado el ayuno, esmalte de uñas, dentaduras postizas y objetos metálicos.
-Afeita y limpia el área que necesita ser tratada. En este punto, es crucial identificar claramente al paciente y registrar todas las acciones realizadas por el personal de enfermería.
- tratamiento posterior a la cirugía. Después de los procedimientos quirúrgicos, las enfermeras reciben a los pacientes en esta fase. Los signos vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno), así como el nivel de conciencia y la orientación en el espacio y el tiempo del paciente, se controlarán cuando el paciente llegue al piso del hospital deseado. Debido a que se anticipa un dolor de moderado a severo con estos procedimientos de trauma, es crucial el manejo adecuado del dolor utilizando escalas validadas y adhiriéndose a las indicaciones analgésicas apropiadas. Durante la hospitalización, el manejo efectivo del dolor es un componente crucial de la atención.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería debe tener conocimientos y habilidades en todas las áreas cubiertas en este estudio para brindarles a los pacientes que se someten a una cirugía de fractura de cadera una experiencia hospitalaria positiva tanto ya sea a corto como a largo plazo, para su adecuada y una pronta recuperación.

Nuestro objetivo como profesionales de la salud debe ser conseguir que el paciente reciba una atención adecuada e individualizada, realizando una evaluación exhaustiva de sus necesidades para poder atenderlo de la forma más eficaz y correcta posible y con los recursos y actividades más adecuados para este tipo de fracturas.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.scielo.org/es/
- Campos F, Girbes I, Canto M, Gonzalez E. Fractura de cadera. Un problema que previsiblemente aumentará en los próximos años. Rev Enf Int (España) 2005. 71:17-20.

Capítulo 31

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE LA TIROIDES

IVAN POVEDA CANTERO

MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ

NATALIA CAVA RUIZ

MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

LAURA RAMIREZ MUÑOZ

1 Introducción

La glándula tiroides es un órgano endocrino que se encuentra en la parte anterior del cuello y es responsable de producir y secretar las hormonas tiroideas, que son esenciales para el buen funcionamiento del organismo. Millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por la condición extremadamente frecuente de la enfermedad de la tiroides, que es más común en mujeres que en hombres. Puede ser esta condición se manifiestan en una variedad de formas, incluyendo hipertiroidismo e hipotiroidismo de tiroiditis. Cuando la glándula tiroides produce demasiado, se produce hipertiroidismo. Los síntomas como la sudoración, la ansiedad, la pérdida de peso y los cambios en la frecuencia cardíaca pueden ser provocados por la liberación de hormonas de la glándula tiroides hiperactiva, que también puede acelerar el metabolismo. El hipotiroidismo, por otro lado, es

una condición en la que la glándula tiroides produce cantidades insuficientes de hormonas tiroideas, lo que puede provocar síntomas como fatiga, aumento de peso, piel seca y depresión. Hay una tiroiditis. La inflamación de la glándula tiroides puede provocar fiebre, fatiga y dolor de cuello además de la inflamación de la glándula tiroides. Para prevenir efectos secundarios graves como la insuficiencia cardíaca, es crucial diagnosticar y tratar adecuadamente la enfermedad de la tiroides. Los pacientes con esta afección pueden necesitar medicamentos para equilibrar las hormonas, modificaciones en la dieta y el estilo de vida y, en algunos casos, cirugía para extirpar la glándula tiroides. En este contexto, la enfermería es fundamental en el tratamiento de los pacientes con enfermedades tiroideas, asegurando que reciban una atención individualizada y eficaz que asegure su bienestar y calidad de vida.

2 Objetivos

Este artículo tiene como objetivo proporcionar a los profesionales de enfermería información relevante y útil para el tratamiento de pacientes con enfermedad de tiroides.

3 Metodología

Para la elaboración de este documento se realizó una búsqueda bibliográfica sobre cuidados de enfermería a pacientes con enfermedad tiroidea utilizando como motor de búsqueda Google Scholar. Se consultó a una variedad de personas fuentes como sitios web, revistas y bases de datos de salud.

4 Resultados

Para garantizar que los pacientes con enfermedad tiroidea reciban la atención completa e individualizada que necesitan, la atención de enfermería es crucial. Un porteo requiere una formación especial para los profesionales de enfermería se debe realizar una evaluación completa de los signos y síntomas de la enfermedad. También se deben controlar los niveles hormonales y se deben administrar los medicamentos o tratamientos recetados según sea necesario. Los pacientes también deben recibir educación sobre su enfermedad, lo cual es fundamental cómo manejarlo de manera eficiente para mejorar su calidad de vida y evitar complicaciones. La importancia de llevar una dieta sana y equilibrada, los

posibles efectos secundarios de los medicamentos y las modificaciones del estilo de vida que pueden ayudar a controlar los síntomas de la enfermedad son cosas que las enfermeras practicantes pueden explicar. Los pacientes con enfermedades de la tiroides también pueden tener problemas con sus emociones y su salud mental. Para ayudar a estos pacientes a gestionar el estrés y la ansiedad relacionados con su enfermedad, los profesionales de enfermería deben apoyarlos y asesorarlos, escuchando sus preocupaciones y brindándoles información y recursos. Los enfermeros practicantes pueden garantizar una atención a largo plazo coordinada y eficiente para los pacientes con enfermedad tiroidea al trabajar con otros profesionales de la salud, como médicos, endocrinólogos y nutricionistas controlar los niveles hormonales de forma regular y la identificación temprana de cualquier cambio en los síntomas son esenciales para evitar complicaciones graves y garantizar el bienestar del paciente. En conclusión, la atención de enfermería a los pacientes con enfermedad tiroidea es una parte crucial para prevenir, diagnosticar y tratar eficazmente esta afección. Los profesionales en enfermería pueden. A través de una atención minuciosa e individualizada, educación y cooperación interdisciplinaria, podemos ayudar a los pacientes a vivir una vida mejor y reducir el riesgo de complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado de enfermería es fundamental para garantizar una atención completa y eficiente a los pacientes con enfermedad tiroidea. Los pacientes con esta condición pueden experimentar una variedad de síntomas y complicaciones a deteriorar su salud general y su calidad de vida. Por ello, los profesionales de enfermería deben estar preparados para colaborar, ofrecer educación y apoyo emocional, y realizar una evaluación exhaustiva de signos y síntomas. Para garantizar una atención a largo plazo coordinada y eficiente, colabore con otros miembros del equipo de atención médica. Se debe enfatizar el valor de la educación del paciente en el manejo sobre su enfermedad. Los pacientes deben ser conscientes de los efectos negativos de sus medicamentos, el valor de llevar una dieta sana y equilibrada y los cambios en el estilo de vida que pueden ayudar a controlar sus síntomas.

6 Bibliografía

-www.revistamedica.com
-www.google.com

-www.scielo.org

Capítulo 32

USO DE SACAROSA EN LA CURACIÓN DE HERIDAS DE ORIGEN VASCULAR

LIDIA LÓPEZ BARBERO

1 Introducción

En la actualidad existen multitud de técnicas para abordar el tratamiento de heridas crónicas, las cuales se definen como aquellas que para su cicatrización requieren periodos prolongados en el tiempo, en seis semanas no ha culminado su proceso de cierre y que cicatriza por segunda intención, tras un complejo proceso que elimina y reemplaza tejido dañado; dependiendo la elección de las mismas de numerosos factores que influirán en el desarrollo de las lesiones y en su curación. Entre estos múltiples agentes que intervienen, se destaca el origen de las heridas. Es vital y de gran necesidad conocer cuál es la causa que produce la lesión que se va a abordar para poder realizar una selección lo más correcta posible del tratamiento que se empleará para su mejoría o curación.

Dentro de las heridas crónicas que se mencionan, se encuentras las heridas vasculares, que hacen referencia a aquellas que se producen por una alteración circulatoria arterial o venosa con pérdida de sustancia cutánea y que se localizan generalmente en el tercio distal de las extremidades inferiores.

Dada la tendencia a la cronicidad de estas lesiones, son candidatas para el tratamiento con un tipo de cura que emplea sacarosa como un método para combatirlas, pues se sabe que esta sustancia posee propiedades antibacterianas, antisépticas, desbridantes, antiedematosas, inmunológicas, desodorantes, no irritantes y estimulantes de la cicatrización, además de que posee grandes ventajas económicas respecto a otras técnicas empleadas en el abordaje de heridas de origen vascular.

2 Objetivos

- Describir las heridas crónicas de origen vascular para el correcto conocimiento y distinción de ellas por parte del personal sanitario.
- Conocer de manera exhaustiva los efectos de la sacarosa como técnica curativa de las heridas de tipo crónico.
- Conocer la efectividad del empleo del azúcar como sustancia utilizada para curas de lesiones crónicas.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica con el objetivo de conocer cuales son los efectos y la efectividad de la sacarosa; también conocido popularmente en su conjunto como azúcar; en las heridas de origen vascular; así como describir cuales son estas heridas

Para ello se ha realizado una búsqueda sistemática de información en varias bases de datos y buscadores, obteniendo así los resultados y conclusiones de bases de datos como Dialnet, Pubmed,

Google académico, Medline; usando palabras clave como: sacarosa, heridas vasculares, úlceras, cuidado de curas.

En lo referido a los límites establecidos y en concreto a esos criterios de inclusión se encuentra:

- El tiempo de publicación, como máximo 10 años.
- Contenido de estudios, que incluyesen artículos acordes a un abordaje principalmente enfermero.
- El idioma, inglés y español.
- El género, ambos.

4 Resultados

"Una herida es la perdida de continuidad de la piel o mucosa producida por algún agente físico o químico" (1).

El funcionamiento de la sacarosa en el cuerpo humano es muy diverso; es la fuente de aporte energético desde el punto de vista metabólico, pero también posee un efecto curativo debido a sus propiedades antibacterianas, antisépticas, desbridantes, inmunológicas, estimulantes de la cicatrización y no irritantes (2).

El azúcar delimita rápidamente los esfacelos y debido a estas propiedades facilita su eliminación. Los resultados son mejores debido a todos los efectos descritos

anteriormente; y, además, favorece los fenómenos de la rápida eliminación de los esfacelos de los tejidos desvitalizados, la mejor nutrición tisular (3).
La actividad bacteriana de este componente está proporcionada por la deshidratación que le produce al citoplasma bacteriano, logrando la lisis de su organismo e incapacitando su reproducción. Gracias a la actividad física del azúcar, con su baja actividad en agua, es lo que condiciona la alta osmolaridad generando la plasmólisis o muerte del germen (3).
Su respuesta en la aplicación sobre la piel se debe a que posee mayor osmolaridad que el plasma y se genera hipertonía en la superficie de la herida. Tras el proceso de ósmosis se reduce rápidamente el edema local y el paso de elementos plasmáticos, el depósito de fibrina y la extracción de líquido. Efecto no conocido en ninguno de los métodos actuales de aceleración de cicatrización (2).
Cabe mencionar, que gracias a ese poder osmótico que posee; la estimulación del crecimiento del tejido de granulación por el azúcar es potente y lleva a la rápida reducción del área de la lesión e, independientemente de la mejoría de las condiciones locales, se produce una mayor precocidad del proceso (3).
La sacarosa no impide la infección, sin embargo, permite un mayor grado de maduración de la dermis, lo que habla a favor de una mejor calidad en la cicatrización de las heridas que ya estaban infectadas, acorando los tiempos de cierre total de las heridas y mejorando la calidad en la dermis regenerada, es decir, la sacarosa logró estimular la cicatrización, tanto cualitativa como cuantitativa (3)
Estos modelos experimentales brindan diversas posibilidades para estudiar el proceso de cicatrización en sus diferentes eventos, y en varios tipos de lesión: quemadura, herida abierta o úlcera (4).
Se concluye que se obtiene un alto grado de epitelización total de la sacarosa, con respecto a medicamentos tópicos convencionales. La sacarosa produce un mayor grado de maduración de la dermis, por lo que se puede asociar con un mayor grado de calidad de la cicatrización (4).

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a las lesiones crónicas, como las heridas de tipo vascular, es imprescindible conocer su etiopatología para conocer aquellos factores comprometidos en la lesión y poder seleccionar el método más eficaz de acuerdo a ella, esto se reflejará en la pronta resolución de este tipo de lesiones (1).
Continua siendo necesaria una larga investigación sobre técnicas para el tratamiento no farmacológico de curación de heridas; comparándolas entre sí para reducir la tasa de cicatrización, el gasto de material y tiemplo empleado por

el personal de enfermería (4).
A pesar de ello, los estudios demuestran que gracias a la cantidad de propiedades que posee, la efectividad de la sacarosa en la cicatrización tiene un elevado porcentaje con respecto a las respuestas de medidas alternativas. Además de tener un fácil uso y obtención por su bajo precio económico (4).

6 Bibliografía

1. Ventura rodriguez, D. Efectividad del uso de sacarosa en el proceso de cicatrización de heridas. Facultad de Medicina. 2016. Disponible en: http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4439/5/VENTURA%20RODRIGUEZ%2c%20DAVINIA%20DEL%20PINO.pdf.
2. Guarín-Corredor Claribeth, Quiroga-Santamaría Paola, Landínez-Parra Nancy Stella. Proceso de Cicatrización de heridas de piel, campos endógenos y su relación con las heridas crónicas. rev.fac.med. [Internet]. 2013 Dec [cited 2023 July 27] ; 61(4): 441-448.
Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112013000400014&lng=en.
3. Cadme Cujilan, M. S.; Lindao Torres, I. A. La sacarosa y cicatrización de heridas. Universidad estatal de Milagro. Setiembre 2019. Disponible en: file:///C:/Users/Ana/Downloads/LA%20SACAROSA%20Y%20CICATRIZACION%20DE%20HE
4. Martínez López, A. I. a eficacia de la sacarosa y la miel en heridas crónicas: revisión bibliográfica de la literatura. Universidad de Jaén. Mayo, 2017. Disponible en: https://crea.ujaen.es/bitstream/10953.1/6579/1/MartnezLpezAnaIsabel_TFG.pdf.

Capítulo 33

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN LA CURA DE HERIDAS: VENTAJAS E INCONVENIENTES

LIDIA LÓPEZ BARBERO

1 Introducción

Existen actualmente multitud de métodos y técnicas para abordar el tratamiento de heridas que en ocasiones se tornan difíciles de curar. Por ello, gracias a la investigación y a los numerosos avances que actualmente tenemos en los Sistemas de Salud de España y debido al desarrollo exponencial de la tecnología y de su inclusión en el ámbito sanitario y en concreto en el de la enfermería, se han obtenido grandes progresos en el abordaje de los distintos tipos de heridas que se nos plantean en la práctica clínica.

Uno de estos grandes adelantos que nos ha brindado la incorporación de la tecnología a la enfermería ha sido la terapia de presión negativa (TPN) también conocida por su nombre comercial terapia de VAC, mediante la cual se conseguirán unos resultados distintos a los que se pueden conseguir con curas clásicas con apósitos especiales y fármacos tópicos.

La integración de la terapia por presión negativa en las actividades de tratamiento de heridas por parte de enfermería conseguirá mejorar, no solo los tiempos de tratamiento de las lesiones, sino también reducir costes asociados a estos, como pueden ser el tiempo de hospitalización y el resto de cuidados que se deban dar al paciente. Además, la introducción de esta técnica permitirá aumentar los conocimientos de los profesionales de enfermería en cuanto al cuidado de las heridas y ofrecer está como una alternativa viable en la práctica.

2 Objetivos

- Explicar qué es la terapia de presión negativa y en qué consiste la misma.
- Conocer las aplicaciones y contraindicaciones que tiene la terapia de presión negativa.
- Comparar las ventajas que aporta la TPN en comparación con las curas tradicionales.

3 Metodología

El propósito de este capítulo es desarrollar una revisión bibliográfica de la terapia de presión negativa. Para la recogida de información destinada al desarrollo del mismo se ha realizado una búsqueda por distintos sitios y páginas web oficiales de los distintos organismos de salud como los Servicios de Salud de Andalucía y del País Vasco y en artículos de revistas científicas especializadas en el tema abordado.
También se han consultado algunas bases de datos como son Dialnet, Scielo, Google
Académico y Elsevier.
Se han empleado para dicha búsqueda de información palabras clave como han sido: terapia de presión negativa, TPN, VAC.
Las fechas de esta búsqueda, quedan acotadas entre los meses de julio y agosto del año
2023.
El idioma preferido para realizar dicha búsqueda de artículos y documentos fue el español, aunque también se ha consultado y revisado literatura en inglés.
En el proceso de selección de la información conseguida se han tenido en cuenta una serie de criterios de exclusión y de inclusión, entre ellos se destaca que los artículos de los que ha sido extraída la información no tienen una antigüedad superior a 10 años, que la información seleccionada fuese de calidad científica y que el acceso a la misma fuese libre y gratuito.

4 Resultados

La terapia de presión negativa o terapia VAC es un sistema de cicatrización no invasivo que actúa sobre las lesiones empleando la presión negativa controlada, bien de manera intermitente o continua.[1]

El sistema se encuentra formado por una esponja de espuma de poliuretano de color negro o bien de alcohol polivinílico, de color blanco. Cubierto esto por un apósito transparente que sella la esponja, y sobre ambos se le practica una incisión para insertar un tubo colector mediante el cual se creará el vacío sobre la herida, realizado por una bomba, y se recogerá el exudado que esta produzca hacia un depósito colector.[2]

Cabe mencionar que este dispositivo es utilizado de manera habitual en el ambiente intrahospitalario pero también se podría emplear fuera del mismo. De hecho actualmente existen sistemas basados en esta terapia que son más reducidos en tamaño, denominados sistemas PICO, de un solo uso y fáciles de colocar y retirar y también de transportar para el paciente.

Una de las grandes ventajas que nos aporta la terapia de presión negativa es la gran cantidad de indicaciones que tiene. La TPN puede ser utilizada en lesiones postquirúrgicas de grandes dimensiones o que tengan bastante retraso en la cicatrización, indicada también para heridas relacionadas con síndromes compartimentales, así como su uso en lesiones de origen vascular, pie diabético y úlceras por presión (UPP). [2,3]

Por otro lado, al igual que la mayoría de modelos de tratamiento presentará contraindicaciones parciales o totales, entre las cuales destacan su uso en paciente oncológicos, si hay presencia de sangrado activo, en aquellos pacientes que estén tratados con anticoagulantes y si hay existencia de fístulas enterocutáneas. También no se podrá hacer uso de esta terapia en casos de personas con osteomielitis, trastornos psiquiátricos, y menos si no están bajo tratamiento y por último si el lecho de la herida no está lo correctamente limpio, es decir si hay presencia de esfacelos o tejido necrótico en el mismo.

[2,3]

La utilización de la técnica de la terapia de cierre asistido por vacío depende de factores como la eficacia y el coste-efectividad desde un punto de vista clínico y para el Sistema de

Salud. Si bien es verdad que la terapia de presión negativa, resulta más cara que el empleo de curas tradicionales, debido al coste de sus recambios y de las bombas de vacío. Sin embargo posee una serie de ventajas que desde una visión global podrían tener un coste-efectividad mejor que el de las curas clásicas.

La terapia de presión negativa consigue unos resultados más rápidos que las curas tradicionales, ya que, al crear un ambiente óptimo para la cicatrización de las heridas con el vacío que ejerce sobre estas, la lesión acelera su proceso de curación, debido a que posee menor riesgo de infección y succión del exudado inmediata. Con esto se consigue, no solo que el tratamiento dure menos tiempo, sino que

también el paciente no deba estar hospitalizado un largo periodo hasta el control de la herida, esto hará que se reduzcan los costes del Sistema de Salud ahorrando en material. [4]
Como se ha mencionado anteriormente, las bombas de vacío son sistemas que se usan en el medio intrahospitalario debido a que dificulta la movilidad del paciente en cierta medida debido al peso de la bomba, por ello no es común que este dispositivo se permita sacar al
ámbito domiciliario.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, se puede concluir que la terapia de presión negativa tiene una mayor efectividad a la hora de tratar las lesiones para las que está indicada con respecto a las curas tradicionales, ya que tendrá como ventaja exclusiva la creación de un ambiente totalmente aislado del medio externo que no permite el contacto con patógenos ni gérmenes suspendidos en el aire.
Sin embargo en relación al coste, para poder afirmar que la TPN resulta más económica desde un punto de vista global, se necesitan más estudios para poder comprobar resulta más interesante que las curas clásicas, ya que en la actualidad no se ha encontrado ningún artículo que haga una comparación en la que se incluyan todos y cada uno de los parámetros que intervienen en los costes del tratamiento de las heridas.

6 Bibliografía

1. Barrena López, Sara; Bonilla Gracia; Andrés; Oto Mullotaipe, Evelyn Daniela; Peña
Barrero, Laura; Arezes de Sousa, Ana Rita; Barrena López, Natalia. Guía de uso de terapia asistida por vacío para personal de enfermería. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2022 Sept. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/guia-de-uso-de-terapia-asistida-por-vaciopara-personal-de-enfermeria/
2. Sarabia Cobo, Carmen María; Castanedo Pfeiffer, Cristina. ¿En qué consiste la presión tópica negativa? ¿Es eficaz/eficiente en el cierre de heridas complejas?: revisión del tema. Gerokomos [Internet]. 2014 Mar ; 25(1): 44-47. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X201400010001
3. Luna López, Paloma; Lobera Moreno, Ana Isabel; Sánchez Castañosa, Isabel;

Pérez-Caballero Abad, Irene; Rodríguez Espeso, Cristina ; León Huertas, Henar. Terapia VAC de presión negativa. Artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2023 Abr; 4 (4). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8930892
4. Valero Barrios, Sandra; Marco Villacampa, Esther; Añaños Blázquez, Leticia; Morant
Pablo, Aitana; Alcubierre Iriarte, Susana; Terrén Portolés, Sofía Isabel. Uso de terapia V.A.C veraflo en herida quirúrgica infectada, cuidados enfermería. Revista Sanitaria de Investigación. [Internet]. 2022 Dic; 3(12) Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8734880

Capítulo 34

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LAS URGENCIAS HIPERTENSIVAS

MARINA GUILLEM SÁNCHEZ

ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO

JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN

CARMEN RAMIREZ ROSILLO

ALBA GOMEZ DIAZ

1 Introducción

En el actual apartado se hablará del tratamiento farmacológico empleado en las urgencias hipertensivas. En este tipo de urgencias el principal objetivo será reducir las cifras de tensión arterial, manteniéndolas por debajo de 160 mmHg la tensión arterial sistolica, y por debajo de 110 mmHg la tensión arterial diastolica, intentando conseguir estas cifras en una ventana temporal comprendida entre las primeras 24-72h. Para conseguir dicho objetivo contamos con una estrategia farmacológica que se divide en tres escalones terapéuticos, en función de la gravedad de la crisis. Estos escalones terapéuticos comienzan con la administración de fármacos por vía oral y progresan hasta la administración de fármacos por vía intravenosa, en función de la gravedad de la crisis hipertensiva y dependiendo de la resolución de la misma. Es importante siempre tener en cuenta los antecedentes personales del paciente expuesto, ya que hay alternativas farmacológicas que no pueden emplearse en pacientes con diferentes patologías, como

puede ser las relacionadas con el sistema renal entre otros. En esta revisión se exponen las diferentes alternativas y acciones a llevar a cabo con el fin de conseguir unas cifras de tensión arterial ideales y que no supongan una complicación o un riesgo vital para el paciente.

2 Objetivos

Saber actuar en casos en los que la urgencia hipertensión está presente y saber solventar a través de distintas opciones terapéuticas dicha urgencia.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica para la elaboración de este capítulo a través de búsqueda de información en diferentes artículos extraídos de publicaciones científicas revisadas en las distintas bases de datos sanitarias como son PubMed o Medline y que contaban con las necesidades requeridas para la elaboración del capítulo.

4 Resultados

Tras la revisión realizada encontramos tres escalones terapéuticos con distintas opciones farmacológicas.

Primer escalón terapéutico: en este encontramos fármacos como captopril o nifedipino que se administran por vía oral.

Captopril: este fármaco se emplea en el momento en el que se diagnostica la crisis hipertensiva. La dosis inicial es de 25 mg vía oral pudiendo repetirse si a los 30 minutos de la primera administración no se ha conseguido controlar las cifras de tensión arterial. Este fármaco está contraindicado en pacientes con hiperpotasemia o insuficiencia renal.

Nifedipino: la dosis inicial es de 10 mg vía oral, pudiendo repetirse la dosis si a la media hora de la primera toma de este fármaco no se ha conseguido disminuir las cifras de tensión arterial.

Segundo escalón terapéutico: en esta fase se introducen los fármacos por vía intravenosa.

Furosemida: la dosis inicial de este fármaco sería bien 20 mg por vía intravenosa o 40 mg si la administración es por vía oral. Si fuese necesario, se puede repetir la dosis pasados 30 minutos de la primera administración.

Tercer escalón terapéutico: en este escalón se emplean fármacos tales como:

Urapidil: la dosis inicial de este fármaco sería 25 mg por vía intravenosa a pasar en 20 segundos; esta misma dosis debe repetirse a los 5 minutos. En el caso de no conseguir control de las cifras tensionales pasados 15 minutos de esta administración, se puede administrar una tercera dosis de 50 mg por vía intravenosa a pasar en 20 segundos.
Labetalol: inicialmente se administrarán lentamente 20 mg en bolo por vía intravenosa cada 5 minutos. Esta acción se repetirá hasta que se consiga el control de las cifras de tensión arterial o bien hasta que se llegue a la administración de 100 mg de este fármaco.

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar la revisión bibliográfica de diferentes artículos relacionados con el tema expuesto, podemos concluir que es importante reconocer la situación de urgencia hipertensiva con el fin de poder actuar con la mayor brevedad posible y con ello aplicar el tratamiento farmacológico que sea apropiado para el caso que se presenta en la urgencia. Asimismo, es importante conocer los diferentes escalones terapéuticos que se pueden aplicar y con ello saber en qué momento y tipo de crisis se debe emplear uno u otro escalón y conocer las diversas alternativas existentes si un tratamiento farmacológico no funcionase en el caso clínico que se presenta.

6 Bibliografía

Castells Molina, S; Hernandez Perez, M (2012). Farmaocologia en Enfermeria. Tercera Edición, Madrid. ISBN: 9788480868662.
Florez, J (2003). Farmacologia Humana. Cuarta edición. Editorial Masson, SA. ISBN 13: 9788445812907.

Capítulo 35

ALIMENTANCIÓN EN EL LACTANTE, PERIODO PREESCOLAR Y ESCOLAR

MARINA GUILLEM SÁNCHEZ

ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO

JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN

CARMEN RAMIREZ ROSILLO

ALBA GOMEZ DIAZ

1 Introducción

En este apartado se expondrá información relacionada con la alimentación en las distintas etapas de la vida, desde el periodo de lactancia hasta el periodo escolar.

Durante la infancia el estado nutricional es uno de los indicadores de salud mas importantes, ya que si no existe una correcta nutrición el estado de salud será deficiente y el individuo no tendrá una buena calidad de vida, además de contar con una situación que favorezca a la hora de enfrentarse a la enfermedad.

Es fundamental destacar la importancia de una correcta nutrición durante todas las etapas de la vida, pero fundamentalmente durante las primeras etapas vitales del niño, como son el periodo lactante, el periodo preescolar y el periodo escolar, ya que durante estas etapas es cuando se construye una correcta base para que el niño tenga una alimentación adecuada durante el resto de etapas vitales.

Mientras exista una buena alimentación se conseguirá una buena nutrición, siendo esta el objetivo clave de las distintas etapas vitales. Entre todo esto, es importante nombrar la diferencia entre alimento, que es una sustancia que al ingerirla aporta al organismo materias asimilables con funciones nutritivas, y nutriente que es la sustancia química que se obtiene de los alimentos con funciones energéticas, plásticas y reguladoras.

2 Objetivos

Conocer las necesidades nutricionales del niño durante las primeras etapas de la vida, etapa del lactante, periodo preescolar y periodo escolar.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica para la elaboración de este capítulo a través de búsqueda de información en diferentes artículos extraídos de publicaciones científicas revisadas en las distintas bases de datos sanitarias como son PubMed o Medline y que contaban con las necesidades requeridas para la elaboración del capítulo.

4 Resultados

Tras finalizar la búsqueda en distintos artículos se recaba la siguiente información:

ALIMENTACIÓN EN EL LACTANTE: Es recomendable mantener lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y continuar con ella hasta los dos años de edad añadiendo una alimentación complementaria que sea adecuada a la etapa vital del niño. Durante las primeras semanas de vida se debe intentar que el niño realice aproximadamente 8 tomas diarias. En cuanto a la nutrición complementaria no debe introducirse antes de los 4 meses de vida, ni añadirla mas tarde de los 7 meses. Además, esta introducción de alimentancioncomplentaria debe hacerse de forma gradual, individualizada y flexible teniendo siempre en cuenta los factores constitucionales del lactante. Es recomendable que tras añadir esta alimentación complementaria la ración diaria de leche y derivados se mantenga en los 500 ml.

ALIMENTACIÓN EN EL PERIODO PREESCOLAR: Durante esta etapa se reducen las necesidades calóricas, ya que hay una desaceleración del crecimiento. Sin embargo, se produce un aumento en las necesidades proteicas por el crecimiento muscular, siendo el consumo recomendado de 2 g/kg/día en niños y 1 g/kg/día en niñas. En el periodo comprendido entre el primer año y los tres años se recomienda un aporte férrico de 10 mg/día con el fin de evitar las deficiencias de hierro. Durante esta etapa se debe dar protagonismo a una alimentación saludable y unos hábitos de vida relacionados con la prevención de trastornos crónicos, en especial con los relacionados con enfermedades cardiovasculares y la obesidad. Por todos estos factores, la familiar será uno de los elementos mas influyentes para introducir en la vida del niño las características de una dieta saludable.

ALIMENTACIÓN EN EL PERIODO ESCOLAR: En esta etapa el crecimiento del niño se mantiene mas estable, por lo que la alimentación debe ser variada. Debe incluir todos los tipos de alimentos y garantizar un aporte calórico que se ajuste a la actividad del niño; dicho aporte debe rondar las 70-90 kcal/kg/día. Es importante durante la etapa escolar prevenir la aparición de sobrepeso con lo que se aconseja fomentar la actividad física, resaltar la importancia de la dieta mediterránea, reducir el consumo de alimentos con alto aporte calórico, productos de origen animal, bollería y bebidas azucaradas. Una actividad que se recomienda durante esta etapa para lograr los objetivos mencionados anteriormente es incluir al niño en las tareas de comprar y cocinar los alimentos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la obtención de los resultados en la realización de este artículo, se puede confirmar la importancia de mantener una buena alimentación, con lo que se conseguirá una correcta nutrición durante las distintas etapas vitales, siendo fundamental una buena alimentación durante las primeras etapas vitales.

En estas etapas de la vida, el niño elaborará una buena base que le llevara a tener una buena alimentación durante las distintas etapas vitales posteriores, lo cual es fundamental para llevar una vida saludable y con ello un estilo de vida que se aleje de los factores de riesgo que puedan aparecer relacionados con llevar una mala alimentación.

6 Bibliografía

Ministerio de sanidad y consumo (2005). Guía de buena práctica clínica en el consumo dietético. ISBN: 8468916005.
Fundación española de la nutrición (2013). Libro blanco de la nutrición en España. Lesinguer s. ISN: 9788493889523.

Capítulo 36

TÉCNICA CONTINUA DE REEMPLAZO RENAL: HEMOFILTRACIÓN

ANA PARRA ARRIBAS

1 Introducción

A lo largo de los años ha ido avanzando en la investigación de gran número de procedimientos para tratar a los pacientes en estado crítico con fracaso renal y su respectiva terapia de hemodiálisis y hemofiltración; así como sus accesorios y los aparatos que las realizan.

Las Técnicas continuas de reemplazo renal son aquellas que incluyen la circulación continua de sangre por circuitos extracorpóreos con el fin de depurarla.

Las unidades de cuidados intensivos realizan un amplio uso de estas técnicas que forman parte del tratamiento y cuidado integral de la lesión y fracaso renal agudo de los pacientes, una enfermedad con gran mortalidad. Sin embargo, también se ha demostrado su utilidad en situaciones clínicas sin compromiso renal, limitando al mismo tiempo las complicaciones asociadas a las técnicas convencionales (1).

Es una técnica que está indicada por el intensivista, sin embargo, es responsabilidad de enfermería hacerse cargo de su montaje , funcionamiento y control de las variables que afectan a la técnica, así como su retorno sanguíneo y recambio del set.

Mediante esta revisión se pretende dar respuesta y aumentar los conocimientos al personal de enfermería, encargado del funcionamiento y la práctica de la hemofiltración, debido a que su formación y experiencia son un componente clave.

2 Objetivos

1. Conocer la técnica de hemofiltración continua en el tratamiento de sustitución renal aguda mediante el hemofiltro.
2. Desarrollar el procedimiento y seguimiento que debe realizar el personal sanitario de enfermería.
3. Describir las complicaciones que puede suponer el manejo de la técnica de sustitución renal mediante hemofiltración extracorpórea.

3 Metodología

Consiste en una revisión bibliográfica que tiene como objetivo dar respuesta a los apartados propuestos sobre el conocimiento de la técnica de hemofiltración renal extracorpórea en pacientes críticos, así como establecer el procedimiento y seguimiento que se debe llevar a cabo por parte de la enfermería según las complicaciones que este método puede tener.
Para llevar a cabo lo anterior, se ha realizado una búsqueda sistemática de información en varias bases de datos y buscadores, obteniendo así los resultados y conclusiones de bases de datos como Dialnet, Pubmed, Google académico, Medline; empleando palabras clave como: hemofiltración, hemofiltro, sustitución renal, hemodiálisis, intensivo.
En cuanto a la elección de los artículos encontrados se consideró una serie de criterios de inclusión:
- El tiempo de publicación de un máximo de 8 años.
- Contenido de estudios, que incluyesen artículos acordes a un abordaje principalmente enfermero.
- El idioma, indiferente entre inglés y español.

4 Resultados

Aquellas técnicas denominadas continuas de reemplazo renal son todas las que incluyen la circulación continua de la sangre de manera extracorpórea con el fin de depurarla y devolverla limpia; son procedimientos utilizados en el tratamiento y cuidado integral de pacientes con lesión renal aguda. Mediante estos métodos se realiza una lenta y continuada eliminación de ultrafiltrado sin afectar o modificar la hemodinámica del paciente crítico; asimismo se considera una técnica segura para el paciente (1).

Actualmente las TCDE son veno-venosas, y las más utilizadas son la ultrafiltración, hemodiálisis, hemo-filtración, hemodialfiltración y diálisis continua de alto flujo. En todos los casos, se hace empleo de un acceso venoso central con catéter en vena yugular interna derecha o femoral (1,2)

Dentro de los cuidados del paciente sometido a hemofiltro, se ordenan una serie de protocolos para llevar un buen control de este; se establece el registro de constantes vitales horarias, así como de flujos y presiones del monitor, monitorización intensiva del paciente y corrección del suministro continuo de heparina sódica, si se precisase; con el objetivo de evitar complicaciones hemorrágicas. Según protocolo, el cambio del filtro debería realizarse a las 72 horas de funcionamiento si se usa exclusivamente para ultrafiltrar, a las 24 horas si también se pretende dializar y a las 12 horas en cuadros de sepsis. No obstante, el personal sanitario de enfermería debe anticiparse a la coagulación del filtro y poder optar a su recambio (1,2)

También se ejerce una vigilancia continuada sobre posible caída de presión del filtro, aumento de la presión transmembrana y presión en la línea del efluente, ya que estas pueden indicar una coagulación inminente del filtro (2)

Los factores que pueden influir en su fallo o colapso, así como en la duración del mismo, son de vital importancia dado los costes que puede suponer el incorrecto manejo del hemofiltro por parte del profesional. Pueden surgir problemas derivados del propio hemofiltro o complicaciones derivadas de la clínica. La propia técnica puede generar complicaciones como la obstrucción y/o acodamiento del catéter, el calibre y localización de los accesos vasculares, la pauta de anticoagulación, la velocidad de flujo sanguíneo, el volumen de reemplazo de fluidos y electrolitos, la hemorragia al canalizar el acceso vascular, alteraciones del balance hídrico, hipotermia, trombosis y anemia por sustituciones repetidas de hemofiltros. De hecho, la coagulación del filtro, como se ha mencionado anteriormente, es una de las complicaciones más frecuentes; esta es descrita como una caída de presión superior a 100 mmHg y una presión transmembrana (PTM) superior a 200 mmHg, de forma mantenida, lo que obliga a cambiar de manera precoz el sistema.

La coagulación del hemofiltro conlleva la pérdida hemática subyacente al no retorno del volumen sanguíneo remanente del sistema. Se ha estimado que la pérdida de sangre cada vez que se coagula el hemofiltro sin posibilidad de retorno, es de 150 ml; cantidad que puede variar según paciente y modelo y tamaño de hemofiltro; lo que podría favorecer la aparición de anemia iatrogénica (1,2)

Sobremanera, es imprescindible realizar un diagnóstico de situación del entorno donde se trabaja con el fin de mejorar el cuidado integral del paciente. Conocer el

entorno de manera global aumentará la duración de los equipos, reducirá costos económicos, optimizará la carga de trabajo de los profesionales de enfermería y permitirá aplicar estrategias de mejora en la atención y cuidado de pacientes portadores de hemofiltro (3)

5 Discusión-Conclusión

La tecnología ha proporcionado grandes avances en la terapia de reemplazo renal continua en todo el mundo (3).
Un fallo prematuro del circuito puede ser ocasionado por numerosos factores difíciles de analizar o corregir. Lo primero de todo es el componente del acceso vascular; sin un acceso funcional bien ubicado, el reemplazo se complica copiosamente. Esto generalmente se logra colocando un catéter de diálisis a corto plazo en la vena yugular interna derecha o femoral (3).
No obstante, continúa siendo un problema en consideración su vida útil. Debido a que, entre las complicaciones, se encuentra la pérdida de sangre, desperdicio de desechables, altera la administración de dosis de medicamentos y nutrición, y aumenta la carga de trabajo de las enfermeras, todo ello aumentando el coste general del procedimiento y de la atención sanitaria(3).

6 Bibliografía

1. Berrocal-Tomé Francisco Javier, Maqueda-Palau Mónica, Moreno-Jiménez Cristina, DiosGuerra Ainoha de. Factores asociados a la duración del hemofiltro en técnicas continuas de depuración extracorpórea en el paciente ingresado en cuidados intensivos. Enferm Nefrol
[Internet]. 2021 Dic [citado 2023 Jul 30] ; 24(4): 389-397. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842021000400006&lng=es.
Epub07-Feb-2022. https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842021033
2. Li Y, Sun P, Chang K, Yang M, Deng N, Chen S, Su B. Effect of Continuous Renal Replacement
Therapy with the oXiris Hemofilter on Critically Ill Patients: A Narrative Review. J Clin Med. 2022
Nov 13;11(22):6719. doi: 10.3390/jcm11226719. PMID: 36431196; PMCID: PMC9695587.
Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9695587/

3. Juncos, L.A.; Chandrashekar K.; Karakala N.; Baldwin I. Acceso vascular, membranas y circuito para CRRT Publicado por primera vez:03 mayo 2021 Volumen 34, edición 6 Páginas 406-415. https://doi.org/10.1111/sdi.12977.
Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sdi.12977

Capítulo 37

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DIABETES MELLITUS

MARINA GUILLEM SÁNCHEZ

ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO

JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN

CARMEN RAMIREZ ROSILLO

ALBA GOMEZ DIAZ

1 Introducción

La diabetes mellitus es una patología crónica que se encuentra muy presente en la sociedad actual y que conlleva un gran impacto tanto para esta como para los sistemas sanitarios debido a su alta prevalencia y la gran cantidad de complicaciones relacionadas con dicha patología, complicaciones que pueden ser de carácter vascular, renal, neuronal, cardíaco y patologías de retina que pueden derivar en otras patológicas, tanto crónicas como agudas.

La capacidad de deterioro que tiene este tipo de enfermedad supone un problema de salud que necesita un abordaje concreto por parte de los profesionales sanitarios que conforman nuestro sistema sanitario, especialmente en los centros de atención primaria.

En el modelo actual de atención sanitaria de nuestra población, los profesionales de enfermería son los responsables de las funciones propias, que tienen recono-

cidas legal y académicamente, en el ámbito de atención de los cuidados de la población, desarrollando de esta manera los tratamientos del cuidado de forma responsable y con la independencia necesaria dentro del ámbito multidisciplinar.

La diabetes mellitus es una enfermedad que provoca un desorden metabólico crónico que se caracteriza por tener unos niveles elevados de glucosa en sangre. El mantenimiento de estos niveles está provocado tanto por una producción deficiente de insulina de las células beta del páncreas como por una ineficaz utilización de la insulina producida.

2 Objetivos

Conocer cuál es la principal sintomatología relacionada con la diabetes mellitus y saber cuáles serían los diferentes casos con los que podemos encontrarnos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica para la elaboración de este capítulo a través de búsqueda de información en diferentes artículos extraídos de publicaciones científicas revisadas en las distintas bases de datos sanitarias como son PubMed o Medline y que contaban con las necesidades requeridas para la elaboración del capítulo.

4 Resultados

Los criterios para el control y diagnóstico de la diabetes mellitus son los siguientes: hemoglobina glicosilada > 6,5%; glucemia básales en ayunas a primera hora de la mañana > 126 mg/dl; obtener una glucemia 2 horas después de la ingesta con un resultado igual o superior a 200 mg/dl; obtener una cifra de glucemia superior a 200 mg/dl realizada en un paciente con síntomas de hiperglucemia de manera aleatoria

En relación con los signos y sintomas de la diabetes, es importante destacar que hay personas que no los presentan de forma evidente. Podemos nombrar como los principales signos y síntomas de la diabetes los siguientes:

Las cuatro “P” características de la DM: poliuria, polidipsia, perdida de peso y polifagia.

En los casos de hipoglucemia (disminución de glucosa en sangre) encontramos signos y síntomas autonómicos, adrenérgicos y neurogénicos (sudoración, palidez, temblor, náusea, entre otros) y signos y síntomas de carácter neurológico como pueden ser confusión, alteración del comportamiento, habla incoherente, dolor de cabeza, visión alterada, marcha inestable o convulsiones entre otros.

En los casos de hiperglucemia (aumento de la glucosa en sangre) pueden aparecer, entre otros, signos y síntomas como poliura, polidipsia, prurito o cetoacidosis.

En los casos de cetosis (cuerpos cetónicos en sangre) los signos y síntomas que se presentan son poliuria, polidipsia, cansancio, náuseas, aliento con olor a manzana. A veces la sintomatología es escasa, por lo que es importante la detección temprana para evitar llegar a la cetoacidosis diabética.

En caso de cetoacidosis diabética pueden aparecer síntomas como poliuria, polidipsia, náuseas, vómito, dolor abdominal, astenia, deshidratación, disnea, taquipnea, respiración de Kussmaul y alteración del nivel de conciencia que puede llegar al coma.

En caso de coma hiperosmolar hiperglicémico aparecen signos y síntomas como: elevación de la osmolaridad, hiperglucemia severa, deshidratación grave, hipotensión, taquicardia y deterioro mental.

5 Discusión-Conclusión

Tras el estudio de la información obtenida en los diferentes artículos de referencia podemos concluir que la diabetes mellitus es una patología crónica que cada vez está mas presente en nuestra sociedad, y que lleva asociada complicaciones graves para la salud.

Por todo ello, es importante la concienciación de la sociedad con esta patología y el saber actuar por parte de los profesionales sanitarios, marcando especial atención a los equipos de los centros de atención primaria, que serán los que estén en primera línea con el paciente para el conocimiento y saber actuar de la enfermedad, por lo que se realiza especial hincapié en el conocimiento y la identificación de los signos y síntomas que puedan dar lugar a sufrir diabetes mellitus.

6 Bibliografía

Consejo general de enfermería. Atención al paciente diabético, protocolo (2011). Madrid.
Ariz Arnedo, MJ et all (2011). Practica clinica en la DM. Analisis critico de las evidencias por la red GDPS. Elsevier España. ISBN:9788475927237.

Capítulo 38

SHOCK ANAFILÁCTICO: MEDICAMENTOS QUE LO CAUSAN Y LO REVIERTEN

ANA PARRA ARRIBAS

1 Introducción

Dada la extensa variedad de fármacos existentes para cada tipo diferente de enfermedades y tratamientos para revertirlas; es indispensable conocer cómo actúa cada medicamento para elegir el adecuado a cada caso respectivo. A pesar de ello, cada medicamento puede tener un efecto diferente en cada paciente; pudiendo causar efectos no deseados que pueden llegar a provocar la muerte.

El shock anafiláctico es la forma más severa de una reacción alérgica, donde los mastocitos liberan repentinamente una gran cantidad de histamina y luego leucotrienos, implicando varios órganos y aparatos. Se considera una urgencia médica porque puede llegar a provocar una insuficiencia respiratoria aguda y potencialmente mortal. Es un proceso mediado por IgE (1,2). Se denomina hipersensibilidad a la reacción inmunológica exagerada o inapropiada como respuesta a un antígeno o alérgeno. Dentro de ella existen tipo I, II y III que se consideran hipersensibilidad inmediata; ocurridas en las 24 horas posteriores a la exposición al antígeno o alérgeno (1).

Tales efectos como el broncoespasmo intenso, edema laríngeo, cianosis, hipotensión y shock son los casos más graves. Asimismo, todo lo que conlleva esta afección realmente grave puede ocurrir fuera del ámbito hospitalario; se trata de lo conocido como reacción adversa, pero existen muchas diferencias respecto a ello,

por lo tanto, mediante esta revisión bibliográfica se pretende describir esos fármacos que pueden llegar a producirla, relacionando los dos conceptos para tener una mayor idea de la magnitud del problema.
Con ello, de manera simplificada, entre las respuestas que encontramos, sabemos que los antibióticos tienen el protagonismo de ser los más reactivos de manera adversa y la epinefrina es una muy buena solución para contrarrestar esta afección.

2 Objetivos

1. Conocer los fármacos cuyo empleo puede producir shock anafiláctico.
2. Describir la efectividad de los medicamentos para producir el efecto deseado revirtiendo el shock anafiláctico.
3. Exponer las reacciones adversas de los fármacos.

3 Metodología

Mediante los criterios de una revisión bibliográfica se ha realizado esta guía estandarizada para así lograr responder a las pautas y apartados propuestos para su desarrollo con el fin de mostrar el nivel de consenso científico sobre el que se asienta esta reacción inmunológica. Como se menciona en el título, se pretende dar una amplia explicación y demostración tanto de las bases fisiológicas de lo que consiste, como las soluciones y medicamentos con los que tener cuidado; así como la importancia de tener todo esto en cuenta a la hora de trabajar.
Para poner en práctica lo anterior se ha realizado una búsqueda de información en varias bases de datos y buscadores como Dialnet, Pubmed, Google académico, Medline y la biblioteca Cochrane; llevando a cabo una búsqueda sistemática consistente en la utilización de palabras clave, análisis de los títulos de los artículos y los resúmenes de estos eliminando los que no tenían relación con dicho objeto de estudio. Así, las palabras clave de las que se ha hecho uso son: medicamentos, shock anafiláctico, anafilaxia.

4 Resultados

Una reacción adversa se conoce como “todo efecto perjudicial que ocurre tras la administración de un fármaco a las dosis normales utilizadas en la especie

humana, para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o para la modificación de alguna función fisiológica (OMS)" (3).
Cuando la anafilaxia es medida por IgE es más fácil de reconocer. Unos que han recibido su propio esquema de clasificación son los AINE, por su amplia variedad de reacciones de tipo inmediato, acelerado y retardado (4, 5).
Es imprescindible diferenciar entre efecto adverso o evento adverso; el primero no presupone causalidad, es decir, el efecto adverso está siempre relacionado con una causa que lo produce, en este caso el medicamento; y evento puede incluir muchas otras variantes como el momento de tomarlo o la manera en la que se hace por parte del paciente. Por tanto, las declaraciones de evento adverso deben ser mayor estudiadas e interrogadas para obtener la mayor información posible que permita adjudicar causalidad y con ello decidir la imputabilidad o la responsabilidad al determinado medicamento que haya sido usado y poder determinar evento adverso (3).
Se han establecido 4 categorías según la información que se disponga en la notificación:
- Letales: participan indirecta o directamente a la muerte del paciente.
- Graves: es una amenaza grave para la vida del paciente, hasta provocar su ingreso hospitalario; (tromboembolismo pulmonar, shock anafiláctico)
- Moderadas: son las actividades diarias del paciente las que se ven afectadas, puede llegar a la hospitalización o no; ausencias escolares o laborales sin amenazar directamente la vida del paciente, (distonia aguda, hepatitis colestásica)
- Leves: suelen durar poco tiempo, no se necesita antídoto y los síntomas y signos son tolerados, no interfieren en la vida normal del paciente (náuseas, diarrea) (3)
En FAERS (Sistema de Informes de Eventos Adversos: FAERS, por sus siglas en inglés) se registró un total de 17 506 002 eventos adversos por medicamentos en entre 1999 y
2019; de entre todos ellos, 47 496 (0,27%) fueron registrados como anafilaxia.
Completando esa cifra, hubo 2.984/47.496 (6,28%) informes de anafilaxia seguida de muerte (4).
Los casos de reacciones adversas deben ser registrados e informados a FAERS: se incluyen todos los medicamentos administrados junto a su asociación temporal con una reacción adversa al medicamento; puede ser difícil determinar la causalidad firme de un fármaco individual en relación con el evento adverso, y, además, se incluyen medicamentos de rescate como la epinefrina (4).
La FDA muestra una base de datos de la FAERS totalmente disponible que permite generar una evaluación y clasificación de medicamentos específicos. Desde 1999 hasta

2019 existe una ponderación de los 50 medicamentos más asociados a una anafilaxia (4).
Haciendo una breve descripción de ellos:
- Los antibióticos fueron los más notificados asociados a la anafilaxia, correspondiente al
14,87 % de todas las reacciones. En 2008, los antibióticos alcanzaron su punto máximo de relación a la anafilaxia con un 26,53%, es decir, un pico de 275 informes de anafilaxia asociada a moxifloxacina. 20
- La segunda reportada fueron los anticuerpos monoclonales (mAb), registrada con un
13,06% de todos los informes.
- En tercer lugar, se encuentran los AINE y el paracetamol con un 8,83%
- Seguido de los agentes intraoperatorios (8,59 %). (4)
Además, está la "muerte por anafilaxia": más del 20 % de las reacciones anafilácticas informadas de seis medicamentos terminaron en muerte (4).
El medicamento considerado de primera línea para revertir un shock anafiláctico es la epinefrina, ampliamente aceptada por las principales guías (6). A parte de ser potencialmente fatal, la anafilaxia tiene un inicio rápido; la epinefrina tiene una larga historia de efectividad. Hay una falta de datos prospectivos que demuestren los beneficios de la epinefrina. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que es eficaz (6).
Cuando la circulación es inadecuada para suplir los requerimientos de oxígeno en los tejidos, se produce lo que conocemos como shock, lo que provoca una pérdida de capacidad celular y de órganos diana (6).
- Los agonistas β inhalados de acción corta se pueden usar para tratar el broncoespasmo asociado con la anafilaxia. Aunque no hay datos de alta calidad que sugieran que los agonistas β inhalados son efectivos en este contexto, pueden beneficiar a los pacientes con sibilancias significativas que persisten después de administrar epinefrina.
- El albuterol se puede administrar a través de un nebulizador o un inhalador de dosis medida, de manera similar a su uso en el asma.
- Los anticolinérgicos inhalados, como el ipratropio, aunque no se recomiendan sistemáticamente, también se pueden administrar (6).
La epinefrina da respuesta a la mayoría de las reacciones anafilácticas, sin embargo, puede ocurrir que los pacientes sufran shock o compromiso de las vías respiratorias que es refractario al tratamiento inicial. Para estos casos se puede usar glucagón, que es muy efectivo, sobre todo en pacientes que están tomando un bloqueador β. También se pueden requerir vasopresores adicionales para el

shock refractario. En caso de obstrucción grave de las vías respiratorias, es necesaria la intubación (6).
El edema de las vías respiratorias es la afectación más grave de la anafilaxia, pudiendo ir desde una simple hinchazón de labios hasta estridor, babeo y asfixia. Así, al observarse cualquier signo de obstrucción se debe administrar epinefrina IM y hacer una rápida intervención para el manejo de las vías respiratorias. Igual que si observamos estridor o dificultad respiratoria deben ser intubados urgentemente (6).
La evidencia actual para el tratamiento de la anafilaxia y el shock anafiláctico puede considerarse simplemente insuficiente:
1. Antihistamínicos: nivel C. Sin embargo, existe evidencia de nivel A de que la combinación de antihistamínicos H 1 y H 2 es más eficaz en la resolución de los síndromes cutáneos alérgicos que los antagonistas H1 solos.
2. Epinefrina: Nivel C.
3. Corticoides: Nivel D
4. Líquidos: Nivel D (7)

5 Discusión-Conclusión

La FAERS ha demostrado que los antibióticos son los informados más ampliamente tanto para la anafilaxia en general como para la anafilaxia seguida de muerte. Sin embargo, es necesaria una estrategia de pruebas validadas para medicamentos más allá de los antibióticos, ya que el volumen de informes recibidos probablemente refleje una necesidad no satisfecha; además de integrar esa falta de investigación en diferentes puntos del mundo, existiendo escasez de datos de partes del mundo como América del
Sur, África, Medio Oriente y gran parte de Asia (4, 6).
La anafilaxia es una situación clínica potencialmente mortal pero que, si se trata correctamente y a tiempo, puede revertirse rápidamente. Como en cualquier reanimación, las vías respiratorias, la respiración y la circulación son esenciales. Habiendo llegado a un consenso se ha demostrado que se debe administrar inmediatamente es la epinefrina; esta posee las acciones farmacológicas ideales para contrarrestar los procesos patológicos en proceso. Los agentes adyuvantes incluyen broncodilatadores inhalados entre otros (4, 6).
1. Si no se realiza una evaluación y tratamiento rápido, el paro cardiaco puede ser una consecuencia rápida del shock anafiláctico.
2. En primer lugar, debemos contar con la epinefrina IM, sin embargo, existe un menor uso de esta por miedo a precipitar afecciones cardiacas (arritmia o

isquemia).
Evidentemente, no usarla puede desencadenar peores resultados.
3. No debe sustituirse la ni adelantarse a la epinefrina ninguno de los siguientes medicamentos: los corticosteroides, los antihistamínicos y los broncodilatadores inhalado, estos pueden usarse después para ayudar a la afección y sintomatología del paciente.
4. Se debe usar un bolo epinefrina IV (4, 8).

6 Bibliografía

1. Vaillant AAJ, Vashisht R, Zito PM. Immediate Hypersensitivity Reactions. StatPearls
[Internet]. 2022 Aug 25 [cited 2022 Nov 19]; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513315/
2. Yu RJ, Krantz MS, Phillips EJ, Stone CA. Emerging Causes of Drug–Induced Anaphylaxis: A Review of Anaphylaxis–Associated Reports in the FDA Adverse Event
Reporting System (FAERS). J Allergy Clin Immunol Pract [Internet]. 2021 Feb 1 [cited
2022 Nov 19];9(2):819. Available from: /pmc/articles/PMC7870524/
3. Valsecia M. CAPITULO 13: FARMACOVIGILANCIA Y MECANISMOS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS.
4. Yu RJ, Krantz MS, Phillips EJ, Stone CA. Emerging Causes of Drug–Induced Anaphylaxis: A Review of Anaphylaxis–Associated Reports in the FDA Adverse Event
Reporting System (FAERS). J Allergy Clin Immunol Pract [Internet]. 2021 Feb 1 [cited
2023 Mar 13];9(2):819. Available from: /pmc/articles/PMC7870524/
5. Reacciones adversas de los diez fármacos más notificados. Matanzas 2014 al 2017
[Internet]. [cited 2023 Apr 11]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextπd=S1684-18242019000300641
6. McHugh K, Repanshek Z. Anaphylaxis: Emergency Department Treatment. Emerg Med
Clin North Am. 2022 Feb 1;40(1):19–32.
7. Dünser MW, Torgersen C, Wenzel V. Treatment of anaphylactic shock: Where is the evidence? Anesth Analg [Internet]. 2008 [cited 2023 Apr 11];107(2):359–

61. Available from: https://journals.lww.com/anesthesiaanalgesia/Fulltext/2008/08000/Treatment_of_Anaphylactic_Shock__Where_Is_the.3.a spx
8. Coleman JJ, Pontefract SK. Adverse drug reactions. Clinical Medicine [Internet]. 2016
Oct 1 [cited 2023 Apr 10];16(5):481. Available from: /pmc/articles/PMC6297296/

Capítulo 39

TRABAJO DE PARTO. BUSCANDO ALTERNATIVAS ANALGÉSICAS

MARÍA GARCÍA RODRÍGUEZ

ALBA PIÑEIRO SÁNCHEZ

1 Introducción

Actualmente en nuestro contexto social, la visión general del embarazo y del parto ha ido progresivamente modificándose con el paso del tiempo, viéndose notablemente influenciadas por el constante y progresivo avance de la ciencia médica.

Junto a este importante desarrollo científico, es notable destacar también el gran cambio ideológico y cultural que ha experimentado nuestra sociedad en las últimas décadas.

La unión de estos dos factores, ha conllevado inevitablemente un considerable punto de inflexión en la percepción e idealización que las mujeres pueden tener tanto del embarazo como del propio momento del parto. Además de suponer una cambio en la forma de enfrentarse y asumir el dolor experimentado durante el periodo gestacional, el cual se ve intensificado considerablemente en el momento del trabajo de parto.

Actualmente en nuestro contexto social, el método analgésico más eficaz que se conoce para aliviar el dolor lumbar durante el trabajo de parto, es la anestesia epidural, técnica que consiste en el bloqueo nervioso central, mediante la inyección de un anestésico local cerca de los nervios que transmiten el dolor. Pese a ser la técnica de primera elección para aliviar el dolor durante el trabajo de parto, no está exenta de riesgos, tanto a la madre como para el recién nacido.

La aparición de posibles efectos adversos asociados a este tipo de anestesia, ha generado que cada vez existan más mujeres que prefieran ser tratadas con terapias complementarias y alternativas para aliviar el dolor asociado al trabajo de parto.
Estas técnicas pertenecen al marco de intervenciones y prácticas no farmacológicas dirigidas a ayudar y mitigar el dolor, como serían por ejemplo: el soporte emocional, la inmersión en agua caliente, y la inyección de agua estéril en el Rombo de Michaelis.
Todas estas técnicas no farmacológicas y mínimamente invasivas, son reconocidas e incluidas por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en su protocolo de analgesia no farmacológica con eficacia demostrada.
Por lo tanto, existen alternativas analgésicas a la anestesia epidural, de calidad y que garanticen la seguridad tanto para la parturienta como para el feto, procurando un alivio eficaz del dolor lumbar experimentado durante del trabajo de parto, ¿Por qué este tipo de técnicas se encuentra prácticamente en desuso en el ámbito clínico obstétrico español?.
Actualmente las técnicas analgésicas no farmacológicas por distintas razones no están siendo suficientemente ofertadas ni promovidas en el ámbito clínico.
Esta situación genera que se esté privando a muchas mujeres de un derecho tan elemental como poder decidir acerca del abordaje técnico con el que van a ser asistidas durante un momento tan importante y transcendental en sus vidas como es el parto.

2 Objetivos

Realizar una exhaustiva revisión bibliográfica sobre las diferentes técnicas no farmacológica con fines analgésicos durante el trabajo de parto, para de esta manera llegar a conocer su eficacia y aplicación en el ámbito clínico obstétrico, junto con los beneficios analgésicos que podría conllevar su uso aliviando el dolor lumbar percibido por las parturientas durante el trabajo de parto y en algunos casos durante la gestación.

3 Metodología

Para realizar este proyecto de investigación, se ha llevado a cabo un revisión sistemática de la bibliográfica, utilizando las siguientes bases de datos: PubMed, Dialnet, SciELO, y Cochrame, mediante las palabras clave: ”gestación”, ”dolor lumbar”, ”trabajo de parto”, ”analgesia” y ”técnicas analgésicas no invasivas”.

4 Resultados

El dolor según la Asociación Mundial para el estudio del dolor (ISAP) se define como: ” una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”.
”Se conoce como dolor lumbar aquel que está localizado en el área comprendida entre el límite costal inferior y la región sacra y que, en ocasiones, puede comprometer la región glútea”.
El dolor lumbar asociado al embarazo es considerado como la complicación que con mayor frecuencia afecta a las mujeres durante el mismo.
Su percepción y dolencia no se trata de un problema actual, sino que existe evidencia histórica que avala su unión a la gestante y al desarrollo del embarazo durante siglos.
Pese a su clara relevancia tanto para la mujer como para el campo de la ginecología y obstetricia, sobre el estudio de su etiología y fisiopatología no existen demasiadas referencias hasta hace apenas dos décadas, momento en el que comienzan a surgir diferentes estudios, especialmente en la sociedad escandinava, tomándose de esta manera conocimiento de su posible repercusión en la calidad de vida de las embarazadas, y del impacto económico que supone para la sociedad hacer frente a esta dolencia tan frecuentemente extendida durante el periodo gestacional.
El dolor es concebido como una experiencia subjetiva y particular, que cada individuo vive y experimenta de manera única. Este hecho implica que al referirnos al dolor lumbar asociado al embarazo, debamos de ser conscientes de que su percepción varía considerablemente de un parto a otro, al igual que lo hace en el tiempo en una misma mujer, viéndose modificada su intensidad y apreciación.
Los síntomas que acompañan al dolor lumbar son generalmente mesurados, no llegando a ser incapacitantes o severos, salvo en determinados casos.
La aparición de dolor lumbar comienza a percibirse en la mayoría de los casos a partir de la semana 18 de gestación, alcanzando picos máximos de intensidad entorno a las semanas de la 24 a la 36.
La localización del dolor fluctúa a lo largo del periodo gestacional, no viéndose afectada únicamente la región lumbar, sino también las regiones sacra y glútea.
Es importante diferenciar si el dolor lumbar experimentado por la mujer es fruto únicamente de la gestación, o si ya existía un patología previa que afectase a la espalda y condicionase una percepción dolorosa a nivel lumbar más intensa.

5 Discusión-Conclusión

Una vez concluida la revisión bibliográfica que requería la realización y desarrollo de este trabajo, se extraen lo siguientes comentarios de interés sobre la práctica clínica acerca de las diferentes técnicas analgésicas no farmacológicas para abordar el dolor lumbar asociado al trabajo de parto:

Actualmente, son muchas las mujeres en nuestro país que demandan cada día con mayor intensidad el desarrollo y promoción de métodos analgésicos no farmacológicos y con una escasa intervención técnica que sustituyan a la anestesia epidural, como sería el caso de la Inyección de agua estéril en el Rombo de Michaelis. Iniciativas como "La Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud", publicada en 2010 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, dejan constancia de la incipiente transición que parece estar experimentando el ámbito clínico obstétrico español, apostando cada vez más por un parto fisiológico y natural mínimamente intervencionista, en el cual la atención personal e integral prevalezca junto con la propia opinión de la mujer en la toma de decisiones referentes al abordaje tanto analgésico como técnico que se llevarán a cabo durante el parto.

Este tipo de técnicas no farmacológicas, supondrá además una importante oportunidad para el desarrollo de la enfermería gineco-obstétrica, puesto que esta técnica puede ser llevada a cabo por enfermeros/as especialistas en este ámbito clínico, haciendo posible de esta manera un reconocimiento de las competencias que estos profesionales pueden realizar durante su ejercicio profesional en los paritorios, desarrollando una técnica alternativa, eficaz y de calidad que procure el alivio del dolor lumbar experimentado por las mujeres durante el trabajo de parto.

6 Bibliografía

1. Inyección de agua estéril intracutánea o subcutánea comparada con controles cegados para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2012 [Consultado 15 de Julio de 2023];11. Disponible en: http://www.update-software.com/PDF-ES/CD009107.pdf

2. Martensson L, Nyberg K, Wallin G. Subcutaneous versus intracutaneous injections of sterile water for labour analgesia: a comparison of perceived pain during administration. British Journal of Obstetrics and Gynaecology [Internet]. 2000 [Consultado 15 de Julio de 2023];107 (10):1248-1251. Disponible en:

http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11615.x/full
3. Fogarty V. Intradermal sterile water injections for the relief of low back pain in labour, a systematic review of the literature. Women and Birth [Internet]. 2008 [Consultado 15 de Julio de 2023];21 (4):157-163. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519208000784
4. Hutton EK, Kasperink M, Rutten M, Reitsma A, Wainman B. Sterile water injection for labour pain: a systematic review and meta-analys of randomised controlled trials. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology [Internet]. 2009 [Consultado 16 de Julio de 2023];116 (9):1158-1166 Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2009.02221.x/pdf
26

5. Lee N, Webster J, Beckmann M, Gibbons K, Smith T, Stapleton H et al. Comparison of a single VS. a four intradermal sterile water injection for relief of lower back pain for women in labour: A randomized controlled trial. Midwifery [Internet]. 2013 [Consultado 16 de Julio de 2023];2013 (6):585-591. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613812000721
6. Ibañez-Gil N, Olivia-Pérez J, Simonelli-Muñóz AJ. Midwines and Gynecologist: Knowledge about Sterile Water Injections for Pain Relief in Labor. Pain Management Nursing. Abril 2015 [Consultado 17 de Julio de 2023];16 (2):9-16. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904214000964
7. Luces AM, Mosquera L, Onandia M, Tizón E. Papel de la inyección de agua estéril en el control del dolor lumbar durante el proceso de parto. Rev ROL Enferm 2014; 37(7-8): 502-505.
8. Pérez L. Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. Profesión [Internet]. 2006[Consultado 17 de Julio de 20123];7 (1):14-22. Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/rs/282/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/3cb/rglang/es-ES/filename/vol7n1pag14-22.pdf
9. Asociación Andaluza de Matronas. Las inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis. Boletín Informativo de la Asociación Andaluza de Matronas [Internet]. 2010 [Consultado 19 de Julio de 2023];36 :2-3. Disponible en: http://www.aamatronas.org/web/htmls/boletines/matronas_36.pdf

Capítulo 40

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA REALIZACIÓN DE UN IMPLANTE VITREO

CARMEN SILLER ZAMORA

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA

MARÍA MORANTE IZQUIERDO

RAQUEL GARRIDO LOPEZ

1 Introducción

El implante vitrio, también conocido como implante vítreo, es una técnica quirúrgica oftalmológica utilizada para tratar ciertas condiciones oculares que afectan al vítreo, una sustancia gelatinosa y transparente que ocupa la mayor parte del globo ocular detrás del cristalino. Este procedimiento se realiza cuando el vítreo se vuelve opaco o desarrolla tracción en la retina, lo que puede provocar desprendimiento de retina o distorsión visual.
Durante el implante vitrio, el cirujano oftalmológico extrae el vítreo afectado y lo reemplaza con una solución salina o con un gas, lo que permite restablecer la forma del globo ocular y mejorar la visión. Este procedimiento se realiza comúnmente bajo anestesia local o general, dependiendo del caso y las preferencias del paciente.

Después del implante vitrio, el paciente puede experimentar visión borrosa o molestias en los días posteriores a la cirugía. Es fundamental seguir las indicaciones del oftalmólogo para una recuperación exitosa, incluyendo el uso de medicamentos y la evitación de actividades que puedan ejercer presión sobre el ojo.
El implante vitrio es una técnica avanzada que ha demostrado ser efectiva para mejorar la visión y tratar diversas condiciones oculares que afectan al vítreo. Sin embargo, es importante que los pacientes sean evaluados y diagnosticados adecuadamente por un oftalmólogo antes de someterse a esta cirugía para asegurar que sea la opción más adecuada para su situación específica.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de enfermeros hospitalarios pretendendar a conocer sus funciones en dististas técnicas y tareas dentro de su profesión

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de artículos, revisiones sistemáticas y casos clínicos en los buscadores mejor valorados en la literatura científica, después se ha seleccionado las publicaciones que mejor se adaptan a la pretensión de realizar la publicación

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel crucial en la intervención del implante vitreo, siendo un miembro esencial del equipo quirúrgico oftalmológico. Sus funciones son diversas y se extienden desde la preparación previa al procedimiento hasta los cuidados posteriores al mismo.
Antes de la cirugía, el enfermero se encarga de preparar al paciente, explicando en detalle el procedimiento y brindando información sobre lo que puede esperar durante la intervención. También verifica la historia médica del paciente, asegurándose de que no haya alergias o condiciones preexistentes que puedan afectar la cirugía.
Durante el implante vitreo, el enfermero asiste al oftalmólogo en la preparación de los instrumentos quirúrgicos y el equipo necesario para la cirugía. Monitorea al paciente, controlando constantemente sus signos vitales y manteniendo un ambiente estéril y seguro en el quirófano.

El enfermero puede proporcionar apoyo emocional al paciente, ya que la cirugía ocular puede ser una experiencia estresante para algunos. Transmitir calma y tranquilidad es fundamental para crear un ambiente relajado.
Después de la cirugía, el enfermero sigue siendo responsable de monitorear al paciente durante la recuperación postoperatoria. Puede ayudar en la administración de medicamentos según las indicaciones del médico y brindar instrucciones sobre los cuidados necesarios para evitar complicaciones y favorecer una pronta recuperación.
El control de infecciones es de suma importancia en cualquier cirugía, incluido el implante vitreo. Por lo tanto, el enfermero debe asegurarse de que se sigan rigurosamente las medidas de higiene y esterilización en todo momento para prevenir infecciones y complicaciones postoperatorias.
Además, el enfermero puede desempeñar un papel educativo, brindando información al paciente y a sus familiares sobre las precauciones y cuidados necesarios en el hogar para un adecuado proceso de recuperación.
El enfermero en la intervención del implante vitreo es un profesional fundamental para el éxito del procedimiento y el bienestar del paciente. Su cuidado, conocimiento y apoyo son fundamentales para garantizar una cirugía segura y una recuperación exitosa.

5 Discusión-Conclusión

Para una buena técnica de implante vitreo, el enfermero debe enfocarse en los siguientes aspectos:
Preparación meticulosa: Asegurarse de que todo el equipo quirúrgico y los materiales estén esterilizados y listos para su uso.
Monitoreo constante: Controlar los signos vitales del paciente durante todo el procedimiento para detectar cualquier cambio inesperado.
Ambiente estéril: Mantener el quirófano limpio y estéril para prevenir infecciones y complicaciones postoperatorias.
Comunicación efectiva: Mantener una comunicación clara y coordinada con el equipo quirúrgico para garantizar una sincronización adecuada durante el procedimiento.
Apoyo emocional: Brindar calma y tranquilidad al paciente para reducir la ansiedad y promover un ambiente relajado.
Seguimiento postoperatorio: Proporcionar instrucciones claras sobre los cuidados que el paciente debe seguir después de la cirugía para una pronta recuperación y evitar complicaciones.

Siguiendo estas recomendaciones, el enfermero contribuirá significativamente al éxito y la seguridad del implante vitreo.

6 Bibliografía

Yenisey, L. A. (2022, November). Funciones de Enfermería en Oftalmología. Contexto Operación Milagro. In 1er Simposio para el desarrollo de las Especialidades de Enfermería.

Capítulo 41

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA FIJACIÓN DE FRACTURA ABIERTA

CARMEN SILLER ZAMORA

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA

MARÍA MORANTE IZQUIERDO

RAQUEL GARRIDO LOPEZ

1 Introducción

Una fractura abierta, también conocida como fractura compuesta o fractura expuesta, es una lesión ósea en la que el hueso roto penetra a través de la piel, quedando expuesto al exterior. Es un tipo de fractura que se asocia comúnmente con heridas abiertas y tejidos dañados que pueden provocar una mayor complicación en comparación con las fracturas cerradas.

Las fracturas abiertas pueden ser causadas por diversos factores, como accidentes automovilísticos, caídas desde una altura, lesiones deportivas o traumatismos contundentes. El grado de gravedad de una fractura abierta puede variar desde una herida superficial hasta una situación más crítica con daños a los vasos sanguíneos y nervios cercanos.

La principal preocupación con las fracturas abiertas es el riesgo de infección, ya que el hueso expuesto y los tejidos dañados pueden entrar en contacto con

bacterias presentes en la piel o el entorno. Por esta razón, se debe brindar una atención médica inmediata y apropiada.
El tratamiento de una fractura abierta implica en primer lugar la estabilización del hueso roto para evitar un mayor daño y reducir el dolor. Luego, se lleva a cabo la limpieza meticulosa de la herida para prevenir infecciones, y en algunos casos, se puede requerir una cirugía para reparar los huesos y tejidos dañados.
El seguimiento adecuado y el cumplimiento de las indicaciones médicas para el cuidado de la herida son esenciales para una recuperación exitosa. Con el tratamiento y los cuidados apropiados, muchas fracturas abiertas pueden sanar satisfactoriamente y permitir que el paciente recupere la función normal del hueso afectado.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de enfermeros hospitalarios pretendendar a conocer sus funciones en dististas técnicas y tareas dentro de su profesión

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de artículos, revisiones sistemáticas y casos clínicos en los buscadores mejor valorados en la literatura científica, después se ha seleccionado las publicaciones que mejor se adaptan a la pretensión de realizar la publicación

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel fundamental en la fijación de una fractura abierta, siendo un miembro clave del equipo de atención médica durante todo el proceso de tratamiento y recuperación del paciente.
Preparación del paciente: El enfermero se encarga de preparar al paciente para el procedimiento de fijación de la fractura abierta, brindando información sobre el proceso y respondiendo a sus preguntas y preocupaciones. También verifica la historia médica del paciente, alergias y cualquier otra consideración relevante para asegurar la seguridad durante el procedimiento.
Asistencia al médico durante la cirugía: Durante la intervención quirúrgica, el enfermero asiste al cirujano ortopédico, proporcionando los instrumentos y materiales necesarios, y manteniendo un ambiente estéril en el quirófano para prevenir

infecciones.
Control de la herida: Después de la fijación de la fractura abierta, el enfermero cuida de la herida, manteniéndola limpia y protegida para evitar infecciones. Puede realizar cambios de vendajes y curas siguiendo las indicaciones médicas.
Administración de medicamentos: El enfermero se encarga de administrar los medicamentos recetados por el médico para controlar el dolor y prevenir infecciones, asegurándose de que el paciente reciba la dosis adecuada y en el momento correcto.
Monitoreo y evaluación: El enfermero realiza un seguimiento constante del paciente, controlando los signos vitales y evaluando la respuesta del paciente al tratamiento. También se encarga de detectar cualquier signo de complicación o deterioro en la salud del paciente y reportarlo al médico.
Educación y cuidados postoperatorios: El enfermero brinda instrucciones claras al paciente y a sus familiares sobre los cuidados que deben seguir después de la cirugía, incluyendo el manejo de la herida, ejercicios terapéuticos y medidas para facilitar la recuperación.
El enfermero desempeña un rol integral en la fijación de una fractura abierta, proporcionando cuidados especializados, apoyo emocional y educación para garantizar una recuperación exitosa y la rehabilitación adecuada del paciente. Su experiencia y atención dedicada son fundamentales para el bienestar y la pronta recuperación del individuo afectado por esta lesión.

5 Discusión-Conclusión

Para la fijación de una fractura abierta, el enfermero aconseja seguir estos pasos clave:
Buscar atención médica de inmediato: Es fundamental recibir atención médica urgente para evitar complicaciones y tratar la fractura abierta lo antes posible.
Mantener la calma: Tanto el paciente como los familiares deben mantener la calma y seguir las indicaciones del personal médico para garantizar un abordaje adecuado.
No manipular la fractura: Evitar tocar o intentar reposicionar el hueso roto, ya que esto puede empeorar la lesión y aumentar el riesgo de infección.
Proteger la herida: Cubrir la herida con un paño limpio o vendaje estéril para prevenir la entrada de gérmenes y mantenerla limpia hasta llegar al centro médico.
Cumplir con el tratamiento y cuidados postoperatorios: Seguir las indicaciones del médico y del personal de enfermería en cuanto a medicamentos, curas y ejercicios para una recuperación exitosa.

Siguiendo estos consejos, se puede garantizar una atención adecuada y un proceso de recuperación más efectivo para una fractura abierta.

6 Bibliografía

Yenisey, L. A. (2022, November). Funciones de Enfermería en Oftalmología. Contexto Operación Milagro. In 1er Simposio para el desarrollo de las Especialidades de Enfermería.

Capítulo 42

EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y LOS PACIENTES NEUROPSIQUIÁTRICOS

LORENA PATERNA SERRANO

JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA

MARÍA INÉS GIL GARCÍA

LORENA CERRILLO PÉREZ

ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ

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 pre10 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 43

ENFERMERÍA ANTE LAS PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA DE LA MENOPAUSIA

LORENA PATERNA SERRANO

JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA

MARÍA INÉS GIL GARCÍA

LORENA CERRILLO PÉREZ

ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ

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 aparición 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 serotoninérgicos, 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 menopáu-

sica, 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 vasomo15 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 44

ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES QUE PRESENTAN MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA

LORENA PATERNA SERRANO

JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA

MARÍA INÉS GIL GARCÍA

LORENA CERRILLO PÉREZ

ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ

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 61 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 urgencias.
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.

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 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.

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 45

ENFERMERÍA Y EL PROCESO DEL PACIENTE CON HIPOTERMIA DESPUÉS DE FALLO CARDIACO

SARA TIRADO CALONGE

MARÍA GALLEGO ALONSO

ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO

FRANCISCA AROCA DESCALZO

JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ

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 resul45 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 33ºC versus 36ºC after cardiac arrest. NEJM2013: 369; 23.

Capítulo 46

ENFERMERÍA ANTE LAS FUNCIONES A REALIZAR EN LOS QUIRÓFANOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

SARA TIRADO CALONGE

MARÍA GALLEGO ALONSO

ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO

FRANCISCA AROCA DESCALZO

JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ

1 Introducción

Hablaremos sobre las funciones del equipo de enfermería en las unidades de quirófano y el rol que tiene que llevar junto al resto del personal. 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 bibliográfica de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Wikipedia, así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: 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-muchomas-que-tecnica/.

3. https://www.il3.ub.edu/formate-como/enfermera-de-quirofano.

Capítulo 47

ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON TROMBOFLEBITIS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

SARA TIRADO CALONGE

MARÍA GALLEGO ALONSO

ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO

FRANCISCA AROCA DESCALZO

JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ

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

- Explorar los cuidados de enfermería esenciales para la flebitis y cómo el abordaje Maddox puede ayudar a los pacientes.

3 Metodología

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

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-escalade-maddox/.
6. Congresosfnn.com. (2021). ESCALA MADDOX: VALORACIÓN VISUAL DE LA FLEBITIS. https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2021/08/icongreso-de-cuidadoscovid-2/poster-i-congreso-de-cuidadoscovid2/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 48

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR CATARATAS

BLANCA JODAR ROMERO

ALVARO MORENO GÓMEZ

LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS

FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ

ROSARIO LEÓN EXPÓSITO

1 Introducción

La intervención quirúrgica de cataratas, conocida como cirugía de cataratas, es un procedimiento médico que se realiza para eliminar una catarata, que es la opacificación del cristalino del ojo. El cristalino es una lente natural transparente ubicada detrás del iris que ayuda a enfocar la luz en la retina para que podamos ver con claridad.
Durante la cirugía de cataratas, se hace una pequeña incisión en la córnea para acceder al cristalino afectado. Luego, se fragmenta la catarata utilizando técnicas como la facoemulsificación, donde se utiliza ultrasonido para descomponer la catarata en pequeños fragmentos que se aspiran. A continuación, se implanta una lente artificial llamada lente intraocular (LIO) para reemplazar el cristalino opaco y restaurar la visión.

La cirugía de cataratas es generalmente un procedimiento ambulatorio y se realiza bajo anestesia local. Es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes y seguros en la actualidad, con altas tasas de éxito y pocas complicaciones.
Después de la cirugía, se proporcionan instrucciones para el cuidado postoperatorio, como el uso de gotas oculares y la protección del ojo con un parche o gafas de sol. Los pacientes pueden experimentar una mejora inmediata en la visión, pero el proceso de recuperación completo puede llevar unas pocas semanas.
La cirugía de cataratas tiene como objetivo mejorar la visión y la calidad de vida del paciente, permitiéndole realizar sus actividades diarias con mayor facilidad. Sin embargo, como en cualquier procedimiento quirúrgico, existen riesgos potenciales, por lo que es fundamental que el paciente sea evaluado adecuadamente por un oftalmólogo antes de someterse a la intervención. En general, la cirugía de cataratas ha demostrado ser una opción efectiva y segura para tratar esta condición visual y restaurar la claridad visual del paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del enfermero en la intervención quirúrgica por cataratas.

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 enfermero juega un papel vital en la intervención quirúrgica por cataratas, antes, durante y después del procedimiento, brindando apoyo y cuidados especializados. Aquí se describen algunas de las funciones del enfermero en cada etapa del proceso:
Preparación preoperatoria: El enfermero prepara al paciente para la cirugía, explicando el procedimiento y respondiendo a sus preguntas e inquietudes. También toma los signos vitales, verifica la identidad del paciente y se asegura de que

se hayan cumplido todos los requisitos preoperatorios, como ayuno adecuado y administración de medicamentos según lo indicado.
Asistencia en el quirófano: Durante la cirugía, el enfermero colabora con el equipo quirúrgico, asegurando que el entorno esté esterilizado y el equipo necesario esté listo para su uso. Monitorea constantemente al paciente, controlando sus signos vitales y brindando apoyo emocional si es necesario.
Instrumentación y suministros: El enfermero asiste al oftalmólogo en la preparación de los instrumentos y suministros necesarios para la cirugía de cataratas, asegurándose de que todo esté estéril y listo para su uso.
Cuidados postoperatorios: Después de la cirugía, el enfermero continúa monitoreando al paciente en la sala de recuperación, controlando la presión ocular, evaluando la tolerancia a la anestesia y revisando el estado general del paciente. Proporciona instrucciones sobre los cuidados postoperatorios y las gotas oculares necesarias, asegurando que el paciente comprenda cómo seguir el plan de tratamiento.
Educación y alta hospitalaria: El enfermero brinda educación sobre el manejo del ojo operado y las precauciones a seguir durante la recuperación en el hogar. Responde a cualquier duda que el paciente o su familia puedan tener y se asegura de que se programen citas de seguimiento con el oftalmólogo.
Seguimiento a largo plazo: El enfermero realiza un seguimiento a largo plazo del paciente, evaluando su progreso visual y asegurándose de que se esté adaptando adecuadamente a la nueva lente intraocular. En caso de detectar complicaciones o problemas, remite al paciente al especialista apropiado para su evaluación y tratamiento.
El enfermero tiene un rol fundamental en el cuidado integral del paciente durante todo el proceso de intervención quirúrgica por cataratas, proporcionando apoyo, educación y atención especializada para garantizar una cirugía exitosa y una recuperación sin complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Una adecuada preparación del paciente es crucial para una intervención exitosa y una recuperación sin complicaciones. Como enfermero, mi objetivo es asegurarme de que el paciente se sienta informado, tranquilo y confiado antes de la cirugía de cataratas para que pueda enfrentar el procedimiento con la mejor disposición y obtener los mejores resultados posibles.

6 Bibliografía

1. Yenisey, L. A. (2022, November). Funciones de Enfermería en Oftalmología. Contexto Operación Milagro. In 1er Simposio para el desarrollo de las Especialidades de Enfermería.

Capítulo 49

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE CORRECCIÓN DE ASTIGMATISMO Y MIOPÍA

BLANCA JODAR ROMERO

ALVARO MORENO GÓMEZ

LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS

FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ

ROSARIO LEÓN EXPÓSITO

1 Introducción

La operación para corregir el astigmatismo y la miopía es un procedimiento quirúrgico oftalmológico diseñado para mejorar la visión de las personas que padecen estos problemas refractivos.
El astigmatismo es una condición en la que la córnea del ojo tiene una forma irregular, lo que provoca una distorsión en la visión tanto de cerca como de lejos. La miopía, por otro lado, se refiere a la dificultad para enfocar objetos distantes debido a que la imagen se forma delante de la retina, en lugar de sobre ella.
El procedimiento para corregir el astigmatismo y la miopía más común es la cirugía refractiva con láser, conocida como LASIK (queratomileusis in situ asistida por láser). Durante esta operación, se utiliza un láser excimer para remodelar

la córnea, eliminando las imperfecciones y permitiendo que la luz se enfoque adecuadamente en la retina.
La cirugía LASIK es un procedimiento ambulatorio y se realiza bajo anestesia local o gotas anestésicas. Los pacientes experimentan una recuperación rápida y pueden notar una mejora significativa en la visión poco después del procedimiento.
Es importante destacar que la cirugía refractiva con láser no es adecuada para todos los pacientes y se requiere una evaluación exhaustiva para determinar la elegibilidad. Los resultados de la operación pueden variar según cada individuo, y en algunos casos, pueden necesitarse ajustes adicionales o correcciones posteriores.
La operación para corregir el astigmatismo y la miopía mediante la cirugía refractiva con láser es una opción efectiva para mejorar la calidad de vida de las personas con estos problemas de visión. Sin embargo, siempre es recomendable consultar con un oftalmólogo para evaluar la idoneidad del procedimiento y discutir todas las opciones disponibles.

2 Objetivos

Conocer las funciones del enfermero durante la intervención quirúrgica de corrección de miopía y astigmatismo.

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 enfermero desempeña un papel fundamental en el quirófano durante la corrección del astigmatismo y la miopía. Su presencia y apoyo son esenciales para garantizar un procedimiento seguro y exitoso. Aquí se describen algunas de las funciones clave del enfermero en este contexto:

Preparación preoperatoria: El enfermero se asegura de que el paciente esté bien informado sobre el procedimiento y que haya dado su consentimiento informado. Verifica la identidad del paciente y que todos los documentos y requisitos preoperatorios estén en orden.
Preparación del equipo y material: El enfermero colabora con el equipo quirúrgico para preparar el equipo y material necesario para la cirugía refractiva con láser. Asegura que todo esté estéril y listo para su uso.
Asistencia durante la cirugía: Durante la cirugía, el enfermero brinda apoyo al oftalmólogo y al paciente, monitoreando constantemente los signos vitales y el bienestar del paciente. También se asegura de que el equipo quirúrgico tenga todo lo que necesita.
Seguridad del paciente: El enfermero sigue estrictamente los protocolos de seguridad y control de infecciones para garantizar la seguridad del paciente durante todo el procedimiento.
Administración de medicamentos: Si es necesario, el enfermero puede administrar medicamentos intravenosos o tópicos durante la cirugía según lo indique el oftalmólogo.
Registro y documentación: El enfermero registra todos los eventos y actividades durante la cirugía, asegurándose de que se documenten correctamente los datos del paciente y los procedimientos realizados.
Cuidados postoperatorios: Después de la cirugía, el enfermero continúa monitorizando al paciente en la sala de recuperación, controlando la presión ocular y evaluando el estado general del paciente. Proporciona instrucciones sobre los cuidados postoperatorios y los medicamentos que el paciente debe tomar.
Apoyo emocional: El enfermero brinda apoyo emocional al paciente antes, durante y después de la cirugía, ayudándolo a sentirse tranquilo y seguro durante todo el proceso.

5 Discusión-Conclusión

El enfermero desempeña un papel integral en el quirófano durante la corrección del astigmatismo y la miopía. Su enfoque en la seguridad del paciente, la coordinación con el equipo quirúrgico y su apoyo al paciente son fundamentales para garantizar el éxito del procedimiento y una recuperación sin complicaciones.

6 Bibliografía

1. Yenisey, L. A. (2022, November). Funciones de Enfermería en Oftalmología. Contexto Operación Milagro. In 1er Simposio para el desarrollo de las Especialidades de Enfermería.

Capítulo 50

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR HEMORROIDES

BLANCA JODAR ROMERO

ALVARO MORENO GÓMEZ

LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS

FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ

ROSARIO LEÓN EXPÓSITO

1 Introducción

Las hemorroides, también conocidas como almorranas, son una afección médica que afecta las venas ubicadas en la región del recto y el ano. Estas venas están presentes en todos los seres humanos y actúan como cojines que ayudan a controlar la evacuación de las heces. Sin embargo, cuando estas venas se inflaman o se hinchan debido a diversos factores, se desarrollan las hemorroides.

Las hemorroides se clasifican en dos tipos: internas y externas. Las hemorroides internas se encuentran dentro del recto y, generalmente, no son dolorosas. Sin embargo, pueden sangrar y causar sangre en las heces o en el papel higiénico después de defecar. Las hemorroides externas, por otro lado, se encuentran alrededor del ano y pueden causar picazón, dolor y molestias al sentarse o durante la evacuación.

Las causas comunes de las hemorroides incluyen el estreñimiento crónico, el esfuerzo excesivo durante la defecación, el embarazo, la obesidad y el sedentarismo. Factores hereditarios y la edad también pueden aumentar el riesgo de desarrollar hemorroides.

El tratamiento para las hemorroides depende de su gravedad y los síntomas que produzcan. Para casos leves, cambios en el estilo de vida, como una dieta rica en fibra, beber suficiente agua y realizar ejercicio, pueden ser suficientes para aliviar los síntomas. En casos más severos, pueden ser necesarios medicamentos tópicos o supositorios, y en casos muy graves, se puede requerir cirugía.

Si una persona experimenta síntomas como sangrado rectal, dolor persistente, o cambios en los hábitos intestinales, es importante buscar atención médica para obtener un diagnóstico adecuado y recibir el tratamiento adecuado para aliviar el malestar y evitar complicaciones.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del enfermero en la intervención quirúrgica por hemorroides.

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 enfermero desempeña un papel crucial en la intervención quirúrgica por hemorroides, brindando cuidados especializados antes, durante y después del procedimiento para garantizar la seguridad y bienestar del paciente. Aquí se describen algunas de las funciones del enfermero en cada etapa de la intervención:

Preparación preoperatoria: El enfermero se asegura de que el paciente esté adecuadamente informado sobre el procedimiento quirúrgico, los riesgos y benefi-

cios asociados, y haya dado su consentimiento informado. También verifica que todos los requisitos preoperatorios, como ayuno adecuado y administración de medicamentos según lo indicado, se cumplan.

Preparación del equipo y material: Colabora con el equipo quirúrgico para preparar el quirófano con el equipo y los instrumentos necesarios para la cirugía de hemorroides. Asegura que todo esté estéril y en buen estado de funcionamiento.

Asistencia durante la cirugía: Durante la intervención, el enfermero asiste al cirujano, proporcionando los instrumentos necesarios y manteniendo un registro preciso de los eventos y procedimientos realizados.

Monitoreo constante: Vigila los signos vitales del paciente durante toda la cirugía, asegurándose de que el paciente esté estable y respondiendo adecuadamente a la anestesia y el procedimiento.

Administración de medicamentos: Si es necesario, el enfermero puede administrar medicamentos intravenosos o tópicos durante la cirugía, según lo indique el cirujano o el anestesiólogo.

Cuidados postoperatorios: Después de la cirugía, el enfermero continúa monitoreando al paciente en la sala de recuperación, controlando el dolor, la presión arterial y la evolución del paciente. Proporciona instrucciones sobre los cuidados postoperatorios y los medicamentos que el paciente debe tomar.

Apoyo emocional: El enfermero brinda apoyo emocional al paciente durante todo el proceso quirúrgico, ayudándolo a sentirse tranquilo y seguro.

Educación y seguimiento: El enfermero educa al paciente sobre el manejo adecuado de la herida quirúrgica y las medidas de cuidado para una recuperación exitosa. También programará citas de seguimiento para evaluar el progreso del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El enfermero desempeña un rol esencial en la intervención quirúrgica por hemorroides, asegurando un ambiente seguro, brindando apoyo emocional y cuidados especializados para promover una recuperación exitosa del paciente. Su conocimiento y experiencia son fundamentales para garantizar una cirugía ex-

itosa y una atención integral al paciente durante todo el proceso.

6 Bibliografía

1. Yenisey, L. A. (2022, November). Funciones de Enfermería en Oftalmología. Contexto Operación Milagro. In 1er Simposio para el desarrollo de las Especialidades de Enfermería.

Capítulo 51

LA BOLSA DE OSTOMÍA: ¿QUÉ TIPO DE DISPOSITIVO ES?, ¿QUÉ CUIDADOS SE DEBEN BRINDAR POR PARTE DEL DIPLOMADO EN ENFERMERÍA?

JOSE LUIS TOLMOS RIVERA

1 Introducción

Una ostomía se puede definir como un orificio en el abdomen con el fin de sacar hacia el exterior el tubo digestivo o urinario, para poder expulsar las heces o la orina. Los pacientes portadores de una ostomía son aquellos que tienen la función digestiva o urinaria alterada debido a una enfermedad intestinal, un cáncer u otro tipo de patología. Este tipo de pacientes portara una bolsa conocida como bolsa de ostomía (puede ser de diferentes tipos) para la recogida de los desechos. Las personas que portan una ostomía podrán llevar una vida casi normal siempre que le presten especial atención al cuidado de la bolsa, podrán ir a la playa o piscina, hacer deporte, etc.

El diplomado/a de enfermería será el profesional sanitario encargado de la educación del paciente o de sus cuidadores para el cuidado de su bolsa de ostomía. Les proporcionará toda la información necesaria tras la intervención quirúrgica, para que una vez que la zona este en óptimas condiciones, el mismo pueda comenzar sus cuidados siempre que su estado de salud lo permita. Durante los primeros días, el equipo de enfermería será el encargado de prestar los cuidados necesarios tanto de la higiene como del cambio de bolsa al paciente.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es que el diplomado/a de enfermería conozca todos y cada uno de los cuidados que debe prestar a un paciente portador de bolsa de ostomía.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación y búsqueda de diferentes trabajos científicos que están vinculados con el tema escogido. La información se ha buscado en bases científicas como Wikipedia, Google, Medline, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: enfermería, cuidados, ostomía.

4 Resultados

El diplomado/a de enfermería, será el encargado como hemos dicho anteriormente, de prestar los cuidados necesarios a los pacientes portadores de una ostomía, existen una serie de cuidados generales que el profesional sanitario deberá llevar a cabo a diario:

CUIDADOS BÁSICOS EN LA HIGIENE DE LA OSTOMÍA:
- Antes de comenzar el aseo, deberemos retirar la bolsa con cuidado, sujetando la piel con la otra mano de esta manera evitaremos lesionar la piel.
- Cuando el diplomado de enfermería se disponga a realizar el aseo de la ostomía, deberá realizarlo con agua y jabón neutro, nunca deberá utilizar otro tipo de jabón ya que podría dañar o irritar la zona. Cuando se disponga a secarlo, lo hará con toques suaves sin friccionar, intentando dejar la zona lo más seca posible.
- Queda prohibido el uso de cremas, ya que podrían irritar la piel y provocar que la placa de la bolsa no se pegue.

OTRO TIPO DE CUIDADOS:
- La bolsa de ostomía, se debe cambiar antes de que este al 100% de su capacidad, evitando así desbordamientos.
- No se debe hacer perforaciones en la bolsa para que los gases salgan.
- Siempre que sea necesario utilizar una pasta de barrera para mejorar el estado de la zona.
- En el caso, de que en alguna ocasión se produzca un pequeño sangrado durante el cambio de la bolsa, hay que saber que es completamente normal.

Es muy importante, que el diplomado/a de enfermería eduque y proporcione todos los conocimientos necesarios al paciente en lo que se refiere a los cuidados de una bolsa de ostomía, ya que cuando este llegue a su domicilio será el encargado de llevar un adecuado mantenimiento del mismo a diario, para mantener la zona en condiciones óptimas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, cuando un paciente debe someterse a una intervención quirúrgica para portar una ostomía su cambio de vida durante los primeros meses o incluso el primer año será importante tanto a nivel físico como a nivel psicológico. Por ello, el diplomado de enfermería juega un papel fundamental en su pronta recuperación. Lo educará desde el primer momento en realizar una correcta higiene de su ostomía y le proporcionará la información necesaria para que aplique todos los cuidados de forma correcta, manteniendo así la ostomía en unas condiciones óptimas. También a nivel psicológico lo ayudará a hacerle ver que una vez que este completamente recuperado de la intervención deberá intentar llevar una vida social normal.

Capítulo 52

ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN DE LOS PACIENTES CON PARKINSON POR PARTE DE ENFERMERÍA

BEATRIZ CASADO PAULINO

ROCIO MORA PÉREZ

ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO

MARTA MUÑOZ RUIZ

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es un proceso neurodegenerativo complejo que se puede presentar de manera muy heterogénea en la edad adulta. Su etiología es desconocida, pero se piensa que el origen se debe a la combinación de factores ambientales y genéticos. Esta enfermedad se caracteriza por la pérdida progresiva de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra compacta (SNpc). Este hecho da como resultado una denervación dopaminérgica de las proyecciones de la SNpc hacia el núcleo estriado, lo que da lugar a una alteración de la fisiología normal de los ganglios basales y consecuentemente precipita las principales manifestaciones de la enfermedad. Clásicamente, la EP se presenta por la presencia de la tríada motora acinesia, temblor de reposo y rigidez, pero en los últimos años se han reconocido las manifestaciones no motoras como apatía o depresión, entre otras.

De este modo, la EP se puede presentar con manifestaciones motoras o no motoras:

- Manifestaciones motoras: son características de esta enfermedad. Los signos cardinales son el temblor en reposo, acinesia, rigidez o inestabilidad postural
- Manifestaciones no motoras: apatía, depresión, alteraciones del sueño, síntomas sensitivos o ansiedad entre otros

A pesar de no disponer a día de hoy de un tratamiento curativo para la EP, se dispone de un amplio arsenal terapéutico para abordar el control de los síntomas en cada una de las fases de progresión de la enfermedad.

En el presente capítulo se presenta el abordaje farmacoterapéutico de la enfermedad de Parkinson, describiendo los fármacos más usados para manejar esta patología, así como sus efectos adversos más relevantes.

2 Objetivos

- Exponer los principales fármacos empleados para el manejo de la enfermedad de Parkinson.
- Describir los principales efectos adversos relacionaos con el empleo de los fármacos para el abordaje de la enfermedad de Parkinson.

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

El objetivo del tratamiento farmacológico en la EP es el control de los síntomas para mantener la autonomía e independencia del paciente, siempre individualizando y utilizando la dosis más baja posible que logre controlar la sintomatología.

LEVODOPA

Se considera fármaco de primera elección para estadios iniciales principalmente, cuando predominan los síntomas motores. Es un precursor de la dopamina capaz de atravesar la barrera hematoencefálica, donde se transforma en dopamina y actúa en los ganglios basales. La levodopa se administra en combinación con inhibidores de la descarboxilasa (como carbidopa o benserazida), una enzima que degradaría la levodopa si se administrara sola en la mucosa intestinal y en zonas periféricas antes de poder acceder el sistema nervioso central. De esta manera, la inhibición de la descarboxilasa periférica aumenta la fracción de levodopa que llega al sintema nervioso central y reduce los efectos adversos que produciría su conversión en dopamina en la periferia.

La respuesta al tratamiento es rápida y la dosis diaria del fármaco deberá ser individualizada, comenzando con dosis bajas. Como efectos adversos, se puede presentar náuseas, vómitos o hipotensión, así como discinesias o insomnio entre otros.

ANTAGONISTAS DOMANINÉRGICOS

Se pueden clasificar según:

- Derivados ergóticos: bromocriptina, cabergolina, lisurida, pergolida, dihidroergocriptina
- Derivados no ergóticos: apoformina, pramipexol, ropirinol, rotigotina

Como primera opción de tratamiento, se recomienda priorizar el uso de los no ergóticos. Los derivados ergóticos se podrían usar asociados a levodopa cuando no se pudieran controlar con derivados no ergóticos las discinesias y fluctuaciones.

Éstos fármacos no son útiles para el control de los síntomas motores, por lo que su uso se puede recomendar en pacientes con formas iniciales de EP cuando los síntomas de inicio sean de otro tipo, o cuando el paciente no quiera presentar discinesias (como efecto adverso presente con el tratamiento de la levodopa, por ejemplo).

En cuanto a los efectos secundarios, estos son frecuentes y se deben evaluar con continuidad, además de tener especial cuidado en pacientes mayores de 70 años. Entre ellos destacan la posible aparición de somnolencia diurna, náuseas, hipotensión o trastornos del control de impulsos.

ANTICOLINÉRGICOS

No deben ser usados como primera línea de tratamiento. Se consideran útiles cuando persiste el temblor tras el inicio de levodopa o antagonistas dopaminérgicos o en pacientes menores de 65 años con temblor predominante sin alteración de la marcha o bradicinesia. Los anticolinérgicos deberían ser evitados en pacientes ancianos o en aquellos con deterioro cognitivo importante. Como efectos

adversos son frecuentes la aparición de sequedad de boca, visión borrosa o estreñimiento entre otros.

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA-B (IMAO-B)

Tienen menor efecto dopaminérgico y son bien tolerados. Los IMAO-B Se pueden considerar como primera línea de tratamiento en pacientes jóvenes que se encuentren en estadios iniciales y con síntomas leves, así como pacientes en esta21 dios más avanzados asociados a levodopa cuando aparecen sus efectos adversos. En este grupo se incluyen la selegilina, rasagilina y safinamida. Como efectos adversos, destacan las náuseas y el dolor de cabeza. Selegilina puede producir confusión en mayor medida que los otros fármacos de este grupo, pero es el único que no precipita la aparición de crisis hipertensivas al ingerir alimentos ricos en tiramina (como el queso, por ejemplo). Se recomienda también evitar la asociación de selegilina con antidepresivos tricíclicos o inhibidores de la recaptación de serotonina, debido a la posibilidad de desarrollar un síndrome serotoninérgico.

AMANTADINA

No se considera un fármaco de primera elección. Su uso está indicado en estadios avanzados de la enfermedad cuando aparecen discinesias que no puedan ser controladas de otra forma. En cuanto a sus efectos adversos, son poco frecuentes, pero puede producir confusión, alucinaciones o pesadillas, sobre todo en pacientes ancianos.

INHIBIDORES DE LA CATECOLOXIMETILTRANSFERASA (ICOMT)

Estos fármacos reducen el metabolismo de la levodopa, de modo que aumentan su vida media y consecuentemente sus efectos terapéuticos. De esta manera, se consigue reducir la dosis de levodopa hasta en un 30%. Su uso está indicado solo en pacientes con fluctuaciones motoras que presenten fenómeno "wearing-off". Destaca la entacapona.

OTROS FÁRMACOS

El tratamiento de los síntomas no motores engloba el uso coadyuvante de fármacos necesarios según el estado clínico del paciente, como antidepresivos o ansiolíticos, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Parkinson es un proceso crónico, progresivo y neurodegenerativo en el que se produce una pérdida de neuronas dopaminérgicas que produce la aparición de síntomas motores y no motores. Su prevalencia aumenta con la edad, por lo que un diagnóstico temprano y un control de los síntomas adecuado es fundamental para manejar esta patología. Debido a que no existe un tratamiento

curativo, los fármacos existentes se emplean precisamente para el control de los síntomas y mejora de la calidad de vida del paciente. Estos fármacos engloban el uso de levodopa junto a inhibidores de la descarboxilasa (carbidopa, beserazida), antagonistas dopaminérgicos, anticolinérgicos, IMAO-B, amantadina o ICOMT, así como fármacos coadyuvantes como antidepresivos o ansiolíticos, entre otros.

6 Bibliografía

1. Martínez-Fernández. R, Gasca-Salas C. C, Sánchez-Ferro Á, Ángel Obeso J. ACTUALIZACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2016 [citado el 12 de junio de 2023];27(3):363–79. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-lascondes-202-pdf-S0716864016300372.
2. Guía clínica de Enfermedad de Parkinson - Fisterra [Internet]. Fisterra.com.[citado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.fisterra.com/guiasclinicas/enfermedad-parkinson/.
3. Kempster P, Ma A. Parkinson's disease, dopaminergic drugs and the plant world. Front Pharmacol [Internet]. 2022;13:970714. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2022.970714.
4. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/initial-pharmacologic-treatment-ofparkinson-disease?search=parkinson&source=search_result&selectedTitle=2150&usage_type=default&display_rank=2.

Capítulo 53

LAS CURAS REALIZADAS POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE HERIDAS INFECTADAS

BEATRIZ CASADO PAULINO

ROCIO MORA PÉREZ

ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO

MARTA MUÑOZ RUIZ

1 Introducción

Las heridas quirúrgicas son una complicación común después de una cirugía y pueden ser causadas por diversas razones, como la falta de higiene, una mala técnica quirúrgica o la presencia de bacterias en la zona de la incisión. La infección de una herida quirúrgica es una complicación grave y común que puede afectar el proceso de cicatrización y aumentar el riesgo de complicaciones sistémicas, lo que puede provocar un aumento de la estadía hospitalaria y del costo de atención médica.

Las infecciones de heridas quirúrgicas pueden ser causadas por bacterias comunes como Staphylococcus aureus, Escherichia coli y Pseudomonas aeruginosa.

Estas bacterias pueden entrar en el cuerpo a través de la incisión durante la cirugía o pueden ser llevadas al sitio quirúrgico por el personal médico o el propio

paciente. Además, factores como la diabetes, la obesidad, la edad avanzada y la inmunosupresión pueden aumentar el riesgo de infección en heridas quirúrgicas. La prevención y el tratamiento de las infecciones de heridas quirúrgicas son esenciales para la seguridad y el bienestar de los pacientes. Es por eso que los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la prevención y el tratamiento de las infecciones de heridas quirúrgicas. Además, deben estar familiarizados con las diferentes técnicas y herramientas que pueden ayudar a prevenir la infección, así como estar capacitados para identificar los signos de infección y proporcionar el tratamiento adecuado.

2 Objetivos

Explorar e indicar las intervenciones de enfermería para la prevención y tratamiento de heridas quirúrgicas infectadas de los pacientes quirúrgicos.

3 Metodología

Para crear este informe se realizó una revisión bibliográfica sobre el procedimiento de enfermería para la prevención y tratamiento de heridas quirúrgicas infectadas, utilizando Google Académico como fuente de investigación. Se examinaron varias fuentes relacionadas con este tema, incluyendo sitios web, revistas científicas y bases de datos especializadas.

4 Resultados

La prevención y tratamiento de las infecciones de heridas quirúrgicas son cruciales para asegurar la seguridad y el bienestar del paciente. Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la identificación, prevención y tratamiento de estas infecciones.

En la prevención de infecciones de heridas quirúrgicas, las intervenciones de enfermería pueden incluir educar al paciente sobre la importancia de mantener la higiene personal y de la incisión, administrar antibióticos profilácticos antes de la cirugía y optimizar la técnica quirúrgica. Los protocolos de higiene deben seguirse rigurosamente durante y después de la cirugía para reducir el riesgo de infección.

Es fundamental mantener una buena higiene en el área quirúrgica, limpiar adecuadamente los instrumentos y utilizar ropa estéril para minimizar el riesgo de

infección. También se pueden utilizar técnicas específicas para la prevención de infecciones, como la administración de antibióticos tópicos y la implementación de duchas preoperatorias con soluciones antisépticas.
En el tratamiento de las infecciones de heridas quirúrgicas, los profesionales de enfermería pueden monitorear los signos y síntomas de infección, trabajar en colaboración con el equipo de atención médica y proporcionar el tratamiento adecuado. El tratamiento puede incluir la administración de antibióticos y la realización de procedimientos quirúrgicos para drenar la infección.
Los profesionales de enfermería también deben garantizar que el paciente reciba la atención adecuada después de la cirugía. Esto puede incluir controlar el dolor, asegurarse de que la herida esté bien vendada y monitorear la temperatura corporal del paciente para detectar posibles signos de infección.
Es importante que los profesionales de enfermería estén capacitados para identificar los factores de riesgo y llevar a cabo medidas preventivas efectivas. La implementación de protocolos rigurosos de higiene y la administración adecuada de antibióticos son algunas de las herramientas clave para prevenir infecciones de heridas quirúrgicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la prevención y tratamiento de las infecciones de heridas quirúrgicas son una parte fundamental de la atención de enfermería en la atención médica. Las intervenciones de enfermería pueden ayudar a reducir el riesgo de infección y mejorar los resultados del paciente.
Es crucial que los profesionales de enfermería estén capacitados en la identificación de factores de riesgo y en la implementación de medidas preventivas efectivas para prevenir la infección de heridas quirúrgicas. Además, el monitoreo y tratamiento adecuados de las infecciones de heridas quirúrgicas pueden minimizar el riesgo de complicaciones y mejorar los resultados del paciente.
Es importante destacar la importancia de una higiene rigurosa en el área quirúrgica y la administración adecuada de antibióticos profilácticos para prevenir infecciones de heridas quirúrgicas. La colaboración efectiva con el equipo de atención médica también es esencial para el tratamiento efectivo de las infecciones de heridas quirúrgicas.

6 Bibliografía

1- Cárdenas, M. (2018). Prevención de infecciones en heridas quirúrgicas: papel del personal de enfermería. Revista de enfermería, 36(1), 45-51. Recuperado de https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/76023/prevencion-deinfecciones-en-heridas-quirurgicas-papel-del-personal-de-enfermeria/
2- Torres, C. (2020). Tratamiento de heridas quirúrgicas infectadas: guía de práctica clínica. Enfermería clínica, 30(Supl. 2), 123-130. Recuperado de https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862120305631

Capítulo 54

ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON MALA CIRCULACIÓN DE LA SANGRE

BEATRIZ CASADO PAULINO

ROCIO MORA PÉREZ

ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO

MARTA MUÑOZ RUIZ

1 Introducción

Los trastornos de la coagulación son afecciones que pueden afectar la capacidad del cuerpo para formar coágulos sanguíneos y aumentar el riesgo de sangrado o coagulación excesiva. Estos trastornos pueden ser de origen hereditario o adquirido y, a menudo, son el resultado de otras enfermedades o condiciones médicas, como la trombocitopenia, la enfermedad de Von Willebrand, la hemofilia, la enfermedad hepática o la insuficiencia renal.

La coagulación es un proceso complejo que involucra una serie de proteínas y células en el cuerpo que trabajan juntas para formar un coágulo que detiene el sangrado en caso de una lesión. No obstante, cuando estos mecanismos se ven afectados por un trastorno, el cuerpo puede no ser capaz de formar un coágulo adecuado para detener el sangrado o puede formar coágulos innecesarios que obstruyen los vasos sanguíneos y causan problemas graves de salud.

Por consiguiente, los pacientes que presentan trastornos de la coagulación necesitan recibir una atención especializada por parte de los profesionales de la enfermería para garantizar su bienestar y seguridad. Identificar tempranamente y manejar adecuadamente estos trastornos es crucial para prevenir complicaciones graves, como hemorragias internas, embolias pulmonares o accidentes cerebrovasculares.
Este trabajo analizará los cuidados de enfermería que se deben proporcionar a los pacientes con trastornos de la coagulación, resaltando la relevancia de la educación del paciente, la monitorización constante, la administración apropiada de medicamentos y el manejo del dolor. Los profesionales de la enfermería tienen un papel vital en el cuidado de estos pacientes y su intervención es esencial para asegurar una atención de calidad y seguridad.

2 Objetivos

Describir los cuidados de enfermería necesarios para pacientes con trastornos de la coagulación.
Destacar la importancia de la atención especializada de enfermería para garantizar el bienestar y la seguridad de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes con trastornos de la coagulación requieren una atención especializada por parte de los profesionales de la enfermería. La educación del paciente es fundamental para que los pacientes comprendan su condición y la importancia de tomar sus medicamentos y las medidas de precaución necesarias para prevenir lesiones o complicaciones.

Los profesionales de enfermería también deben realizar una monitorización constante de los pacientes para detectar cualquier cambio en los niveles de coagulación sanguínea y detectar cualquier signo de sangrado o coagulación excesiva. La administración adecuada de medicamentos es crucial para prevenir el sangrado o la coagulación excesiva, por lo que los profesionales de la enfermería deben asegurarse de que los pacientes reciban el tratamiento adecuado para controlar su dolor y evitar complicaciones como la formación de coágulos.
Además, el manejo del dolor es importante para garantizar la comodidad del paciente y reducir el estrés y la ansiedad asociados con los trastornos de la coagulación. Los profesionales de la enfermería deben utilizar técnicas de manejo del dolor no farmacológicas, como la terapia de relajación o la distracción, y administrar analgésicos de manera segura y efectiva.
Por otra parte, los pacientes con trastornos de la coagulación también deben ser educados en cuanto a las medidas de precaución necesarias para prevenir lesiones y complicaciones, como evitar actividades que puedan causar lesiones, como deportes de contacto o cortarse al afeitarse o al recortar las uñas. Además, es importante que los pacientes eviten ciertos medicamentos que puedan interferir con la coagulación sanguínea, como aspirinas o anticoagulantes.
Los pacientes con trastornos de la coagulación requieren atención especializada de enfermería. La educación del paciente, la monitorización constante, la administración apropiada de medicamentos y el manejo del dolor son aspectos críticos del cuidado de estos pacientes. Los profesionales de la enfermería tienen un papel vital en el cuidado de estos pacientes y su intervención es esencial para asegurar una atención de calidad y seguridad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los trastornos de la coagulación son afecciones que pueden tener consecuencias graves para la salud de los pacientes si no se manejan adecuadamente. La atención de enfermería especializada es esencial para garantizar el bienestar de los pacientes y prevenir complicaciones.
La educación del paciente es fundamental para que los pacientes comprendan su condición y sepan cómo prevenir lesiones y complicaciones. Además, la monitorización constante y la administración adecuada de medicamentos son críticas para controlar el sangrado o la coagulación excesiva y prevenir complicaciones como la formación de coágulos.
El manejo del dolor es importante para reducir el estrés y la ansiedad asociados con los trastornos de la coagulación y garantizar la comodidad del paciente. Los

profesionales de la enfermería deben utilizar técnicas de manejo del dolor efectivas y seguras.
En general, la atención especializada de enfermería es vital para garantizar una atención de calidad y seguridad para los pacientes con trastornos de la coagulación. Los profesionales de la enfermería tienen un papel vital en el cuidado de estos pacientes y su intervención es esencial para asegurar el bienestar y la seguridad de los pacientes. Por lo tanto, es fundamental que los profesionales de enfermería estén capacitados y actualizados en los cuidados necesarios para el manejo de estos trastornos para brindar una atención de calidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de Hemofilia (AEH). (2021). Guía de cuidados de enfermería para pacientes con hemofilia. Recuperado el 3 de mayo de 2023, de https://aehemofilia.org/wp-content/uploads/2019/05/guias/Guia-EnfermeriaHemofilia-2019.pdf.
2. Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH). (2020). Manual de manejo de la anticoagulación oral en Atención Primaria. Recuperado el 3 de mayo de 2023, de https://www.se-trombosis-hemostasia.es/files/Manual%20de%20manejo%20de%20la%20anticoagulacion%20oral%20en%20AP.pdf.

Capítulo 55

PACIENTES QUE REQUIEREN DE LAVADO DE ESTÓMAGO POR INTOXICACIÓN Y LA FUNCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

ALICIA LÓPEZ GÓMEZ

ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO

LORENA LÓPEZ MOLINA

MARTINA NARDONI MARRAU

DANIEL CARMONA RUIZ

1 Introducción

Una intoxicación química es el conjunto de signos y síntomas causados por la entrada de sustancias nocivas en el organismo. La intoxicación aguda es aquella que produce en el organismo lesiones estructurales, funcionales incluso la muerte.
Estas manifestaciones pueden ser generalmente: quemaduras o enrojecimiento alrededor de la boca y los labios, vómitos, dificultad para respirar, somnolencia y confusión o estado mental alterado. Esta afección se produce mediante estas tres vías principales de entrada: la vía inhalada, ingerida o inyectada.
Estos químicos tienen una amplia variedad de productos que pueden ser desde domésticos hasta industriales y agrícolas. Siendo estos últimos específicamente

los plaguicidas organofosforados los más peligrosos con una tasa de mortalidad estimada del 10% al 20% según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y representando un problema de salud a nivel mundial. Dichas sustancias actúan inhibiendo la acetilcolinesterasa que produce sobre estimulación de los receptores muscarínicos y nicotínicos.
En los servicios de urgencias entre 1%-2% de las asistencias se deben a intoxicaciones de este tipo. Una actuación rápida, coordinada y en equipo por parte de los profesionales sanitarios es decisiva así cómo tener la total información sobre el caso: tiempo desde la exposición al químico, vía de entrada, intencionalidad, tipo de sustancia, cantidad, etc.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Enseñar la actuación prioritaria de enfermería ante un caso de intoxicación.

Objetivo secundario:
- Conocer los riesgos ante una intoxicación química.
- Explicar la técnica del lavado gástrico en urgencias.

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

Ante la llegada al servicio de urgencias de un paciente con las características citadas anteriormente se debe realizar la debida anamnesis junto con la toma de constantes vitales completas y hacer una exploración neurológica para cuantificar el nivel de riesgo. Muy importante mantener al paciente en posición de semi-fowler para evitar la broncoaspiración si se producen vómitos. El personal médico valorará si estuviese indicado realizar lavado gástrico en el caso de una intoxicación por la vía ingerida.

Consiste en la introducción de una sonda nasogástrica multiperforada en su extremo y con un calibre grueso que llega hasta el estómago. Su finalidad consiste en evacuar el tóxico mediante la irrigación de una solución, y posterior aspiración del disolvente que puede ser suero salino fisiológico al 0,9% o agua a temperatura ambiente.

Esta técnica resulta efectiva dentro de la primera hora de la ingestión pudiendo alargarse hasta las 4 horas generalmente aunque no hay un consenso demostrado, ya que distintos estudios limitan este tiempo a 2 y 3 horas. Pasadas estas cuatro horas aumenta el riesgo de hemorragia y perforación de los órganos lesionados. En el caso de anticolinérgicos, narcóticos y fármacos con película entérica o de acción retardada este tiempo se podría ampliar.

Para realizar esta técnica el paciente debe estar monitorizado y colocado en decúbito lateral izquierdo con la cabeza ligeramente más baja que el resto del cuerpo para favorecer la salida del tóxico. Se debe comprobar primero que la sonda esté insertada en estómago e iniciar a instilar 250 ml de solución salina fisiológica (SSF) o agua mediante una jeringa de lavado. Masajear epigastrio para favorecer la dilución. Aspirar el contenido gástrico o conectar una bolsa a caída libre. El volumen de disolvente instilado debe coincidir con la cantidad que extraemos. Continuamos hasta que el contenido salga limpio y sin residuos según estudios, sin sobrepasar los cinco litros.

A continuación, se procederá a la administración de carbón activado. Su función es detener o reducir la absorción de toxinas y se perfundirá por la sonda nasogástrica con una dosis de 0,5 a 1 g / kg de peso.

Tras su administración, preservar la comodidad del paciente y mantener la sonda cerrada. Este medicamento en el estómago se convierte en una esponja que produce un efecto de adsorción. El tóxico ingresa al espacio de carbono, que no puede moverse y se elimina por el tracto digestivo acompañado de laxantes. Puede también desintoxicar la sustancia que ingresa a la sangre, porque el carbón activado puede reducir los niveles plasmáticos de muchos medicamentos.

Pese a sus grandes ventajas el lavado gástrico está contraindicado cuando: el paciente está inconsciente y no se encuentra la vía aérea aislada, en pacientes con convulsiones, por ingestión de cuerpo extraño, cuando existe riesgo de hemorragia y/o perforación debido a antecedentes previos y cuando el tóxico es mayor que el calibre de la sonda de aspiración.

También hay que tener en cuenta sus riesgos que, aunque con una baja probabilidad, pueden aparecer. Estos son: vómitos, lesiones en el aparato digestivo, alteraciones electrolíticas, convulsiones, cambios en el ECG, insuficiencia respiratoria e inflamación pulmonar por aspiración.

5 Discusión-Conclusión

Hay altas cifras constatadas de casos en el mundo en los que se producen intoxicaciones de este tipo. Muchas de ellas intencionadas, por lo que hablamos de grandes dosis lo que explica su elevada mortalidad. Esto hace necesarios procedimientos como el lavado gástrico y el uso de carbón activado, ya que es una técnica rápida y eficaz.
Dado que muchos de estos sucesos se dan en países en vías de desarrollo hay también que tener en cuenta que este tratamiento resulta muy económico.
Los beneficios compensan claramente los riesgos debido a que si se realiza mediante una técnica adecuada, estos pueden llegar a ser mínimos aumentando significativamente la esperanza de vida del paciente.

6 Bibliografía

1. Reyes YB, Fuentes JG. Atención de enfermería al paciente intoxicado agudo, un reto para los profesionales de enfermería [Internet]. de Farmacología y Salud IJC, editor. Fármaco Salud Artemisa2021;2021.Disponible en: https://farmasalud2021.sld.cu/index.php/farmasalud/2021/paper/viewFile/183/144.
2. Bautista S. Cuidados de enfermería en pacientes con intoxicación por organosfosforados en el servicio de emergencia del Hospital subregional [internet]. [Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Enfermería]: Universidad Nacional del Callao; 2021. Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.12952/6020.
3. Balcázar LT, Tenezaca JD. Intervención de enfermería en pacientes con intoxicación por paraquat [Internet]. [Riobamba-Ecuador]: Universidad Nacional del Chimborazo; 2021. Disponible en: http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8286.

Capítulo 56

LA ORGANIZACIÓN DE PACIENTES EN LOS REGISTROS INFORMÁTICOS POR PARTE DE ENFERMERÍA

ALICIA LÓPEZ GÓMEZ

ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO

LORENA LÓPEZ MOLINA

MARTINA NARDONI MARRAU

DANIEL CARMONA RUIZ

1 Introducción

Los registros de enfermería son el conjunto de documentos en los que la enfermera recopila datos que proporcionan información sobre el estado de salud de un paciente y su proceso, así como la identificación de los problemas que presenta. Los registros son una parte de un sistema de información sanitaria.
Es un sistema de información con utilidad en tres casos:
- Posee un interés especial para el propio equipo sanitario, ya que ayuda a controlar el tipo de actividades que se están llevando a cabo y a supervisar la calidad asistencial que presta el conjunto de profesionales y que recibe el paciente.
- Del mismo modo, presenta interés para la administración porque permite planificar los recursos que se emplearán.

- La historia clínica está formada por un conjunto de documentos legales y admisibles en un tribunal como prueba. Es un documento capaz de recoger la información necesaria para la toma de decisiones, la orientación que hay que dar a las actividades y para evaluar esas actividades.
Su importancia radica en que es un instrumento de relación entre los profesionales del mismo servicio, entre profesionales de distinto nivel de asistencia y de distinta categoría profesional y que garantiza la calidad y continuidad de los cuidados evaluándose el trabajo de los profesionales.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Reconocer las partes de la historia clínica.
Objetivos secundarios:
- Entender y explicar el alcance legal de lo que se registra.
- Enumerar la información que debe transmitirse tanto en la evolución como en el alta del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes registros de enfermería tanto en ámbito hospitalario como extrahospitalario. Se ha procedido a la realización de una revisión teórica sistemática de artículos científicos y bibliográficos, protocolos de enfermería y otros estudios, con la ayuda de una búsqueda exhaustiva, en bases de datos como: Google académico, Pubmed, Embase, Cinhals, Busca VBcgsalud y buscadores booleanos como AND, OR, NO.

4 Resultados

Los registros de enfermería son documentos donde la enfermera recoge datos sobre el estado del paciente y donde se realiza la identificación de los problemas tanto reales como potenciales que pudiera haber. Dichos registros permiten ofertar unos cuidados de calidad que favorecen que el paciente reciba una atención adecuada.
Los cuidados de calidad se consiguen a través de una continuidad en los registros y de la integridad de estos en el momento de la cumplimentación. La hoja de

valoración de enfermería al ingreso es un documento cuyo objetivo es realizar una recopilación de datos que puedan usarse para la valoración y planificación de los cuidados.
La información se obtendrá mediante entrevista con el enfermo o con los familiares si la situación de este no lo permite. Debe hacerse constar: identificación del paciente, valoración del paciente, recogida y entrega de efectos personales e información a la familia. En la hoja de evolución de enfermería se anotará la distinta información recogida a lo largo de un turno de trabajo, tras realizar una valoración completa y objetiva del paciente.
La información hará referencia a: valoración del paciente (signos y síntomas) y modificación de su estado, causas que propicien el uso de analgésicos y su eficacia, respuesta a manipulaciones, características de material drenado, motivo de administración o no de medicamentos, actuaciones independientes de enfermería, evaluación de resultados de cada intervención; y visitas, actuaciones y prescripciones de otros miembros del equipo de salud.
El informe de alta es un registro de enfermería que se incluye en la historia del paciente. El objetivo del alta es continuar con los cuidados de forma adaptada a las necesidades del paciente. Favorece la comunicación entre profesionales y asegura la transmisión correcta de toda la información.

5 Discusión-Conclusión

Considerar todos los aspectos anteriormente descritos en este capítulo en el momento de registrar cualquier tipo de información ayudará al buen funcionamiento del servicio, favorecerá el trabajo del resto de los profesionales y el de uno mismo. También evitará consecuencias legales y, sobre todo, repercutirá en una mayor calidad asistencial que en definitiva es el objetivo último de la profesión de enfermería.
Es una herramienta imprescindible y fundamental siempre y cuando reúna los requisitos anteriormente detallados y gracias a esta herramienta también se posibilita la elaboración de diferentes protocolos de actuación para unificar y mejorar los cuidados otorgados al paciente.

6 Bibliografía

1. Calixto, G. M., Castañeda, M. A. M., López, M. D. L. P., Nuñez, M. R. R., Gonzaga, V. S., & del Carmen Jiménez, M. (2001). La trascendencia que tienen los

registros de enfermería en el expediente clínico. Revista mexicana de enfermería Cardiológica.
2. Jiménez Fernández, J. C., & Cerrillo Martín, D. (2010). Registros de Enfermería: un espejo del trabajoasistencial. Metas enferm.
3. de Enfermeña, F., & Psiquiótrica, E. (2000). Los registros de enfermería: Consideraciones ético-legales. Cuadernos de Bioética, 1. 4. Díaz, M. T., & Peluso, M. C. (2013). Calidad de los registros de enfermería (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería).

Capítulo 57

PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN ANTE SUS COMPLICACIONES Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA

ALICIA LÓPEZ GÓMEZ

ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO

LORENA LÓPEZ MOLINA

MARTINA NARDONI MARRAU

DANIEL CARMONA RUIZ

1 Introducción

En el cáncer de pulmón podemos diferenciar dos grupos diferenciados por su comportamiento, pronóstico y tratamiento; las de células no pequeñas o no microcítico, y el de células pequeñas o microcítico.
En España cada año se diagnostican cada vez más cánceres de pulmones en las personas siendo uno de los tumores con mayores casos de muerte y de mayor incidencia. La mayoría de los afectados son hombres, aunque ha empezado a descender y en las mujeres continúa aumentando principalmente por el consumo de tabaco.
La supervivencia varía según el estadio del paciente en el momento de comprobar el diagnóstico. En un paciente con cáncer de pulmón localizado la tasa de

supervivencia es del 29% en 5 años, y en el caso de no microcítico es del 60%. El diagnóstico precoz, la prevención y la terapia personalizada son las claves principales para manejar el cáncer.
El papel de la enfermera es importante para poder manejar la quimioterapia, cuyas funciones son la administración, chequear la seguridad del citostático y prevención de los efectos secundarios. Los antineoplásicos tienen un efecto que provocan un gran impacto negativo en la calidad de vida del paciente, ya que no diferencian entre células sanas y cancerosas.
Las náuseas y vómitos son el efecto más frecuente y peor asimilado por el paciente oncológico una vez se administra el tratamiento. Para ellos se ha usado como profilaxis a estos síntomas antieméticos, aunque parte del equipo sanitario ha infravalorado estos síntomas y considerando así el tratamiento de quimio un obstáculo para los pacientes.
Hay diferentes vías para administrar antineoplásico y así la Enfermería está bien formada para saber qué sistemas se deben de usar para canalizar una vía en cada sesión y reducir la ansiedad del paciente.
El sistema de mayor duración y con menor porcentaje de complicaciones frente a otros es el port-a-cath, es el sistema de larga duración con menor tasa de complicaciones frente a las ventajas que ofrece.
La enfermera es la responsable del mantenimiento y control de este sistema. Por último, hay que destacar que el cáncer de pulmón es uno de los cánceres con mayor incidencia y mortalidad, con más de dos millones de nuevos casos y cerca de dos millones de muertes.

2 Objetivos

El objetivo que se pretende con este capítulo de libro es conocer los cuidados esenciales que se deben dar a los pacientes que sufren cáncer de pulmón.

3 Caso clínico

Varón de 65 años de edad, viudo y con dos hijos, que es diagnosticado de manera casual de cáncer de pulmón no microcítico en estadio IIIB con adenopatías mediastínicas tras haber pasado el Covid-19 en diciembre de 2020. El paciente tras pasar la enfermedad en diciembre se encuentra con debilidad generalizada, opresión en el pecho, tos persistente y dificultad para respirar.
El paciente pide valoración, en primer lugar, a su médico de cabecera, el cual le pide que se realice diferentes pruebas médicas (electrocardiograma, radiografía

de tórax, análisis de sangre, etc.). En las pruebas rutinarias de control, el médico de cabecera no encuentra ningún hallazgo significativo, por lo que, ante el desconocimiento de las secuelas del coronavirus, el facultativo le manda medicación para dormir, antiinflamatorios y un protector gástrico.
Ante el mantenimiento de los síntomas, se inician las consultas a otros facultativos pese a que la paciente continua con opresión en el pecho mostrándose en la jornada laboral. El paciente llama a su médico de cabecera y le indica que acuda a urgencias para que sea valorado. Cuando la paciente llega 112 al servicio de urgencias de su hospital de referencia le realizan un TAC y la dejan ingresada en medicina interna para estudio. En tomografía computarizada (TAC) le detectan ganglios mediastínicos inflamados y ganglio supraclavicular izquierdo de tamaño patológico.
Tras valorar las pruebas de imagen deciden pedir una espirometría y un PET-TAC. La anatomía patológica resuelve que se trata de un tumor unido al proceso inflamatorio se determina que en cáncer de pulmón.
Finalmente, se pautan sesiones de quimioterapia junto a la radioterapia. Se le pautan parches de morfina para disminuir el dolor opresivo que le provoca el tumor al paciente.

4 Discusión-Conclusión

La quimioterapia tiene muchos efectos secundarios y los más comunes y puede perturbar la calidad de vida de los pacientes son las náuseas y la emesis, que aparecen antes, durante y después de recibir la terapia.
La incidencia de este efecto secundario es muy alta entre los pacientes oncológicos en general. Los efectos secundarios del tratamiento con quimioterapias son múltiples. Los más comunes y de los que más perturba la calidad de vida son las náuseas y la emesis, estando presente en muchas ocasiones durante y después de recibir la terapia. Según muchas actualizaciones, los efectos secundarios es una grave dificultad para los pacientes oncológicos, el más frecuente es el subestimado por el personal sanitario.
El temer es uno de los diagnósticos que atormentan al paciente al recibir su tratamiento. Esto se traduce como un temor que atormenta al paciente cada vez que acude a recibir su tratamiento.
Los pacientes tienen una excesiva confianza hacia los fármacos que palian los efectos secundarios, y hasta que no llegan los síntomas no se usa la medicación, por lo tanto, genera una duda por el profesional sanitario de saber utilizarlo debido a que no existe un cambio inmediato.

La enfermería tiene un amplio conocimiento sobre la manera de actuar ante un paciente que padece cáncer de pulmón y el tratamiento que posee, sin embargo, se debe aumentar el refuerzo a la parte más humana que conlleva la enfermedad. Quizás la infravaloración por parte de las enfermeras y personal sanitario ante los efectos secundarios producidos por la quimioterapia refleja el camino tan largo que queda por recorrer para que los pacientes tengan unos cuidados de calidad y a nivel holístico real.

5 Bibliografía

1. Cáncer de Pulmón [Internet]. Mayo Clinic. Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2022.Encontrado en: https://www.mayoclinic.org/eses/diseases-conditions/lung-cancer/symptoms-causes/syc-20374620.
2. Cáncer de Pulmón: Medlineplus en español [Internet]. MedlinePlus. U.S. National Library of Medicine; Encontrado en: https://medlineplus.gov/spanish/lungcancer.html.

Capítulo 58

ENFERMERIA ANTE LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A LOS PACIENTES

DAVID CUESTA PÉREZ

SARA EXPÓSITO CAUTADO

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

MARIA ELENA MORA MARTINEZ

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares junto con el cáncer son las causas principales de muerte en todo el mundo. La cardiopatía más común son las arritmias, más específicamente la fibrilación auricular (FA) y el flutter auricular cuya incidencia aumenta en los países occidentales y en mayores de 65 años.
La FA consiste en el ritmo cardíaco anárquico a nivel de aurícula (que puede llegar a producir 400-600 latidos) impidiendo la sístole auricular y produciendo inestabilidad hemodinámica incrementando con ello la pérdida del gasto cardíaco.
No es letal en sí misma, pero es una de las causas asociadas de accidente cerebrovascular, embolismo, insuficiencia cardíaca y muerte súbita aumentando la morbilidad del paciente de forma exponencial. Se puede diagnosticar mediante

un ECG de 12 derivaciones tras tener síntomas como palpitaciones o presentarse de forma asintomática como un hallazgo casual.
Otro caso de alteración cardíaca es la taquicardia supraventricular (TSV) que consiste en un aumento de la frecuencia cardíaca a más de 100 latidos por minuto y a nivel anatómico, por encima del haz de His.
La primera línea de tratamiento de la taquicardia supraventricular si el paciente no tiene síntomas sería mediante maniobras vagales tales como maniobras de Valsalva, masaje del seno carotídeo, estimulación del reflejo nauseoso, tragar, respiración profunda, etc. O terapia farmacológica como adenosina.
Dependiendo de la situación hemodinámica en estas alteraciones electrocardiográficas, se podría determinar la necesidad de cardioversión eléctrica.

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Explicar en qué consiste la cardioversión eléctrica.
Objetivo secundario:
-Conocer qué casos de cardiopatía pueden ser susceptibles a este método.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos tales como: PubMed, Cuiden, Scielo y Google Académico.
Las palabras clave utilizadas para las diferentes búsquedas han sido:
-Cardioversión eléctrica
-Fibrilación auricular
-Taquicardia supraventricular
Los criterios de inclusión han sido: texto completo, idioma español y publicados los últimos cinco años.

4 Resultados

La cardioversión eléctrica consiste en aplicar una descarga eléctrica a través de unos electrodos adhesivos desechables o palas conectadas a un desfibrilador bifásico en posición anteroposterior o anteroapical, con el objetivo de devolver el ritmo sinusal al corazón o una frecuencia estable.

Esta técnica es aplicable como primera opción cuando exista inestabilidad hemodinámica tanto en FA, flutter y en TSV. En el caso de la FA también se aplica en los casos de nueva aparición y en terapias ambulatorias combinadas con fármacos en pacientes sintomáticos con FA persistente o en los que la FA aparezca durante largos periodos.
Se considera inestabilidad hemodinámica cuando hay una perfusión tisular inadecuada y acidosis en el tejido periférico, descenso sintomático de tensión arterial, datos de angina grave, insuficiencia cardiaca grave, disminución del nivel de conciencia y shock.
Ante estos síntomas si se ha originado en menos de 48 horas se procederá a la cardioversión eléctrica de forma urgente. El procedimiento se realiza mediante sedación con midazolam o propofol y con monitorización continua.
En cuanto a su funcionamiento específico, consiste en la liberación de una carga de energía eléctrica sincronizada mediante la detección de la onda R coordinando el estímulo eléctrico a 60 a 80 ms antes de la cúspide de la onda T, hasta 20-30 ms después. Es decir durante la sístole, evitando así el período vulnerable del ciclo cardíaco.
Según estudios la posición de los electrodos o palas ha sido más efectiva en disposición anteroposterior frente a la anteroapical. En el caso de que se usen palas el tamaño óptimo sería de 8 a 12 cm. para ejercer la estimulación necesaria sin llegar a dañar el miocardio.
Si esta resincronización cardíaca no resulta efectiva tras aplicar la dosis de energía máxima, se podría repetir a los 3 minutos después del último intento. Una terapia conjunta con amiodarona oral antes proceso se ha demostrado que aumenta las probabilidades de éxito.

5 Discusión-Conclusión

La cardioversión ha resultado ser el tratamiento más eficaz en casos hemodinámicamente inestables. Ante estas situaciones el tiempo es vital y aunque no siempre se requiera, se ha demostrado una efectividad entre el 67% y el 94% con una probabilidad de complicaciones por debajo del 5% las cuales suelen ser eventos tromboembólicos y hemorrágicos.
En la terapia ambulatoria estos porcentajes son similares aplicándose de forma coadyuvante con antiarrítmicos y/o anticoagulantes con el inconveniente de la exclusión de una proporción considerable de pacientes debido a alteraciones en la coagulación, presentar en el momento de la cita ritmo sinusal o por incomparecencia.

Saber determinar correctamente qué tipo de pacientes pueden ser susceptibles de esta técnica es primordial para actuar rápidamente y evitar así un aumento de su morbilidad.

6 Bibliografía

1. Pineda J, Hernández E. Actividad de adiestramiento en cardioversión eléctrica en la Unidad de Electrocardiología del CCR-ASCARDIO. Bol méd postgrado [Internet]. 22 de marzo de 2020 [citado 12 de junio de 2023];35(2):57-65. Disponible en: https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/view/2595
2. Pozuelo S, Ruiz J, Hidalgo J. Actuación ante un paciente con palpitaciones en la puerta de urgencias. Plan de cuidados enfermero [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación. 2021. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-ante-un-paciente-conpalpitaciones-en-la-puerta-de-urgencias-plan-de-cuidados-enfermero/
3. Ortega A. Efectividad (éxito) del uso de la terapia eléctrica como primera elección en pacientes adultos con taquicardia supraventricular en el servicio de urgencias del Hospital General Regional no 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social Querétaro [Internet]. [Querétaro]: Universidad Autónoma de Querétaro; 2022. Disponible en: http://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/3728
4. Ruiz D, Casal J, Vidorreta S, Fernandez-Layos C, Perez S. Cardioversión eléctrica electiva en Hospital de día. Enfermería en Cardiología. el 9 de enero de 2019;76:54. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335602335_Cardioversion_electrica_electiva_en_hospital_de_dia_Elective_-electrical_cardioversion_in_the_outpatient_clinic

Capítulo 59

ENFERMERÍA EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EXTRAHOSPITALARIA EN NIÑOS Y LACTANTES

DAVID CUESTA PÉREZ

SARA EXPÓSITO CAUTADO

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

MARIA ELENA MORA MARTINEZ

1 Introducción

La reanimación cardiopulmonar extrahospitalaria (RCP) es un conjunto de técnicas de emergencia que se utilizan para restablecer la circulación sanguínea y la respiración en lactantes y niños que han sufrido un paro cardíaco fuera del entorno hospitalario. El paro cardíaco en esta población puede ser causado por diversas razones, como asfixia, ahogamiento, enfermedades cardíacas congénitas o trauma grave.

La RCP extrahospitalaria en lactantes y niños se considera crucial, ya que el tiempo de respuesta y las acciones rápidas pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Durante una emergencia, los primeros auxilios inmediatos pueden ser vitales hasta que llegue la ayuda médica profesional.

La RCP en lactantes y niños sigue las pautas básicas de la RCP, pero con algunas diferencias específicas debido a las diferencias anatómicas y fisiológicas en comparación con los adultos. Esto incluye el uso de técnicas de compresión torácica y ventilación adecuadas a la edad y el tamaño del paciente.
Es esencial que los cuidadores, padres y cualquier persona que esté en contacto cercano con lactantes y niños conozcan los pasos básicos de la RCP y se sientan preparados para actuar en caso de una emergencia. La capacitación en RCP, junto con el acceso a desfibriladores externos automáticos (DEA) en lugares públicos, puede aumentar significativamente las posibilidades de supervivencia de los lactantes y niños que experimentan un paro cardíaco fuera del hospital.
En resumen, la RCP extrahospitalaria en lactantes y niños es una habilidad vital que todos deberían aprender, ya que puede salvar vidas en situaciones de emergencia. Con la capacitación adecuada y una respuesta rápida, podemos brindar la atención necesaria para aumentar las posibilidades de supervivencia y mejorar el pronóstico en estos casos críticos.

2 Objetivos

-Dar a conocer la importancia de una rápida actuación y las técnicas a realizar en caso de tener que actuar ante una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria en un niño o un lactante.

3 Metodología

La revisión bibliográfica de documentos, artículos y publicaciones acerca de la actuación de enfermería en la reanimación cardiopulmonar extrahospitalaria en lactantes y niños ha sido la principal metodología para llevar a cabo la publicación.
Se han utilizado palabras clave y se han descartado aquellos artículos, estudios y publicaciones que se alejasen del tema principal.
Una vez recogida, seleccionada y organizada toda la información necesaria, se ha podido desembocar en los resultados, cumpliendo el objetivo del estudio acerca de la RCP extrahospitalaria en lactantes y niños, llegando de manera sencilla pero respaldada científicamente a la población.

4 Resultados

¿Por qué es importante la RCP extrahospitalaria?
La RCP (Reanimación Cardiopulmonar) extrahospitalaria en niños y lactantes es necesaria debido a varias razones:
1. Paro cardiorrespiratorio repentino: Los niños y lactantes pueden experimentar un paro cardiorrespiratorio repentino fuera del entorno hospitalario. Esto puede ser causado por diversas razones, como asfixia, trauma, enfermedades cardíacas, reacciones alérgicas graves, entre otros. En estas situaciones, la RCP extrahospitalaria es esencial para proporcionar soporte vital básico y mantener la circulación y la oxigenación hasta que se pueda acceder a la atención médica especializada.
2. Tiempo de respuesta: En muchos casos, la atención médica especializada puede tardar en llegar a la escena del paro cardiorrespiratorio. Durante ese tiempo, la RCP extrahospitalaria puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.
Comenzar las maniobras de RCP de manera inmediata aumenta las posibilidades de supervivencia y disminuye el riesgo de daño cerebral.
3. Importancia de la RCP temprana: En el paro cardiorrespiratorio, cada minuto cuenta. La RCP temprana, realizada lo más pronto posible después del colapso, puede mantener el flujo sanguíneo y la oxigenación de los órganos vitales, especialmente el cerebro y el corazón. Esto aumenta las posibilidades de que el paciente responda al tratamiento posterior y tenga una mejor recuperación.
4. Disponibilidad de testigos: En muchas situaciones extrahospitalarias, puede haber testigos presentes, como familiares, transeúntes o personal de emergencia. Estos testigos pueden iniciar rápidamente las maniobras de RCP hasta que llegue la ayuda profesional. Su intervención inmediata puede marcar una gran diferencia en el resultado del paro cardiorrespiratorio.
Por todas estas razones, es crucial que tanto el personal médico como el público en general estén capacitados en RCP pediátrica y sepan cómo responder de manera adecuada y rápida en situaciones de emergencia extrahospitalaria que involucren a niños y lactantes.
¿Quién puede hacer la RCP extrahospitalaria?
La RCP es de vital importancia debido a que cualquier individuo que tenga conocimiento de la técnica, ya sean padres, familiares, maestros, profesionales de la salud u otros, puede llevarla a cabo en cualquier lugar y sin tener que esperar. Iniciar la RCP dentro de los primeros tres minutos después de un paro cardiorrespiratorio es crucial, ya que si no se hace, existe una alta probabilidad de que el niño sufra secuelas. Es importante destacar que la muerte puede ocurrir en un lapso de tan solo 4 o 6 minutos.

¿Ante qué síntomas hay que actuar?
- Pérdida de conocimiento
-Paro respiratorio
-Ausencia de signos de vida
Pasos a seguir en actuación de RCP extrahospitalaria en niños y lactantes
Aquí tienes los pasos a seguir al realizar la RCP extrahospitalaria en niños y lactantes:
1. Evaluar la seguridad: Asegúrate de que tanto tú como el entorno estén seguros antes de iniciar cualquier maniobra de RCP.
2. Activar el sistema de emergencia: Llama al número de emergencia o solicita ayuda para asegurar una respuesta médica rápida.
3. Comprobar la respuesta: Sacude suavemente al niño o lactante y pregúntale en voz alta si está bien. Observa si hay alguna respuesta, como movimientos o emisión de sonidos. Si no hay respuesta, continúa con los pasos siguientes.
4. Abrir la vía aérea: Coloca al niño o lactante en posición supina sobre una superficie firme. Inclina suavemente la cabeza hacia atrás y levanta la barbilla para abrir la vía aérea.
5. Verificar la respiración y el pulso: Observa si hay signos de respiración normal, como movimientos del pecho, escucha y siente la presencia de respiración, y busca signos de pulso palpando el pulso carotídeo (en niños) o el pulso braquial (en lactantes menores de 1 año). No debe tomar más de 10 segundos para realizar esta evaluación.
6. Iniciar las compresiones torácicas: Si no hay respiración normal ni pulso palpable, comienza con las compresiones torácicas. En lactantes, utiliza dos dedos (índice y medio) en el centro del pecho y comprime aproximadamente a una tercera parte de la profundidad del tórax. En niños mayores, utiliza las manos apiladas en el centro del pecho y comprime al menos un tercio de la profundidad del tórax.
7. Realizar ventilaciones de rescate: Después de 30 compresiones, abre la vía aérea y realiza dos ventilaciones de rescate. Utiliza una técnica adecuada de sellado (boca-boca y nariz en lactantes, boca-boca en niños) y asegúrate de que el pecho se eleve con cada ventilación.
8. Continuar con ciclos de compresiones y ventilaciones: Alterna entre 30 compresiones y 2 ventilaciones en ciclos continuos. Mantén una adecuada frecuencia de compresión-ventilación y evita interrupciones prolongadas en las compresiones torácicas.
9. Utilizar un desfibrilador automático externo (DEA): Si tienes acceso a un DEA, sigue las indicaciones para su uso y aplica las descargas según lo recomendado

por el dispositivo.
10. Continuar la RCP hasta que llegue ayuda médica avanzada o se observe una respuesta favorable: Continúa realizando las maniobras de RCP sin interrupción hasta que llegue el personal médico capacitado o se observe una respuesta positiva en el niño o lactante.
Duración de la reanimación
Es necesario mantener las maniobras de RCP hasta que se cumplan las siguientes condiciones:
- El niño recupere la circulación y la respiración espontánea.
- Llegue un equipo médico cualificado que continúe con la reanimación.
- El reanimador se encuentre exhausto o exista un peligro para su seguridad física.
- Tras 30 minutos de reanimación sin obtener respuesta.
Diferencias entre RCP en un niño y un lactante
Existen algunas diferencias en las técnicas de RCP (reanimación cardiopulmonar) entre niños y lactantes. A continuación se detallan las principales diferencias:
1. Evaluación inicial: En un niño, se evalúa la respuesta del paciente y se verifica la respiración y el pulso en un período máximo de 10 segundos. En un lactante, se evalúa la respuesta del paciente y se verifica la respiración y el pulso en un período máximo de 10 segundos.
2. Proporción de compresiones y ventilaciones: En un niño, la proporción recomendada es de 30 compresiones torácicas seguidas de 2 ventilaciones. En un lactante, la proporción recomendada es de 15 compresiones torácicas seguidas de 2 ventilaciones.
3. Profundidad de las compresiones: En un niño, las compresiones torácicas deben tener una profundidad de al menos un tercio del diámetro anteroposterior del tórax, lo que equivale a aproximadamente 5 cm en la mayoría de los casos. En un lactante, las compresiones deben tener una profundidad de al menos un tercio del diámetro anteroposterior del tórax, lo que equivale a aproximadamente 4 cm.
4. Tamaño de las manos y dedos: Al realizar las compresiones torácicas, se deben adaptar al tamaño del paciente. En un niño, se utilizan ambas manos, una encima de la otra, para comprimir el tórax. En un lactante, se utilizan dos o tres dedos para comprimir el tórax, evitando la compresión del abdomen.
5. Vía aérea y ventilaciones: En ambos casos, se deben abrir las vías respiratorias utilizando la técnica de inclinación de la cabeza y elevación del mentón. Sin embargo, las ventilaciones se realizan de manera diferente. En un niño, se utiliza la técnica de boca a boca o boca a nariz para administrar las ventilaciones.
En un lactante, se cubre tanto la boca como la nariz del lactante con la boca del reanimador para administrar las ventilaciones.

Estas son algunas de las diferencias principales en las técnicas de RCP entre niños y lactantes. Es importante recibir capacitación adecuada en RCP pediátrica para poder realizar las maniobras de manera correcta y efectiva en cada caso.

Uso de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEAs)

Se recomienda preferentemente el uso de un desfibrilador manual en lugar de un DEA (Desfibrilador Externo Automático) para lactantes. En caso de no estar disponible un desfibrilador manual, se puede utilizar un DEA que esté equipado con un sistema de atenuación de la descarga para dosis pediátricas. Si ninguno de estos dispositivos está disponible, se puede utilizar un DEA sin un sistema de atenuación de las descargas para dosis pediátricas.

Es importante tener en cuenta que la supervivencia durante un paro cardíaco depende de la desfibrilación, especialmente si se presenta un ritmo desfibrilable. En esta situación, es preferible administrar una descarga a una dosis alta en lugar de no administrar ninguna descarga. Sin embargo, es importante destacar que existen pocos datos que respalden la seguridad del uso del DEA en lactantes.

Es fundamental contar con el equipo adecuado y recibir capacitación adecuada en el uso de desfibriladores y la realización de RCP pediátrica para asegurar la seguridad y efectividad de las intervenciones en caso de un paro cardíaco en lactantes.

- Se recomienda utilizar la monitorización de capnografía/capnometría en neonatos, lactantes y niños durante la RCP. Esto permite confirmar la correcta posición del tubo endotraqueal y evaluar la calidad de las compresiones. Valores de PETCO2 inferiores a 15 mm Hg indican la necesidad de mejorar las compresiones torácicas y evitar la ventilación excesiva.
- Es razonable utilizar una dosis inicial de energía de desfibrilación de 2 J/kg con ondas monofásicas o bifásicas. En casos de fibrilación ventricular refractaria, se recomienda una dosis mínima de al menos 4 J/kg, que puede incrementarse hasta 10 J/kg en dosis posteriores.
- Una vez que se ha restablecido la circulación espontánea, se debe ajustar la dosis de oxígeno inspirado para mantener una saturación de oxihemoglobina arterial igual o superior al 94% pero inferior al 100%, evitando así los riesgos de la hiperoxemia.
- Se ha modificado la definición de taquicardia de complejo ancho, estableciendo que el QRS dure más de 0,09 segundos.
- Durante la RCP pediátrica, no se debe administrar calcio a menos que exista hipocalcemia, sobredosis de calcio-antagonistas, hipermagnesemia o hiperkalemia documentada. Además, se debe limitar el uso de etomidato en pacientes pediátricos con evidencia de shock séptico, ya que puede suprimir la fun-

ción suprarrenal y la respuesta esteroidea endógena, que es crucial en estos casos.
- La hipotermia terapéutica (mantener una temperatura entre 32 y 34 ℃) puede ser beneficiosa en adolescentes que permanecen en coma después de una reanimación por un paro cardíaco extrahospitalario repentino y presenciado, así como en lactantes y niños que siguen en coma después de la reanimación de un paro cardíaco.

5 Discusión-Conclusión

La reanimación cardiopulmonar (RCP) extrahospitalaria en niños y lactantes es de vital importancia para mejorar las tasas de supervivencia en casos de paro cardiorrespiratorio. La pronta intervención de personas capacitadas, como padres, familiares, maestros y profesionales de la salud, puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte en estos casos críticos.

Es fundamental iniciar la RCP en los primeros minutos después de un paro cardiorrespiratorio, ya que cada minuto cuenta. La falta de oxígeno al cerebro y otros

órganos vitales puede causar daños irreversibles en cuestión de minutos. Por lo tanto, la capacidad de realizar maniobras de RCP de manera inmediata puede ser determinante para salvar la vida de un niño o lactante.

La RCP extrahospitalaria en niños y lactantes se basa en una secuencia de pasos específicos que incluyen compresiones torácicas y ventilaciones para mantener la circulación sanguínea y el suministro de oxígeno al cuerpo. Además, el uso de tecnologías como la capnografía/capnometría puede ayudar a monitorear la posición del tubo endotraqueal y evaluar la calidad de las compresiones durante la RCP.

Otro aspecto crucial es el uso adecuado de desfibriladores. Aunque se prefiere el uso de desfibriladores manuales en lactantes, en casos donde no estén disponibles, se puede utilizar un desfibrilador automático (DEA) equipado con un sistema de atenuación de la descarga para dosis pediátricas. En situaciones críticas, es preferible administrar una descarga a una dosis alta que no administrar ninguna, ya que la desfibrilación puede ser vital para restablecer el ritmo cardíaco normal.

En resumen, la RCP extrahospitalaria desempeña un papel fundamental en la atención de emergencia en niños y lactantes. La capacidad de realizar maniobras de RCP de manera rápida y efectiva puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Es crucial que tanto los profesionales de la salud como el público en general estén capacitados en RCP pediátrica y cuenten con acceso a los recursos necesarios, como desfibriladores y equipos de monitorización, para mejorar las

tasas de supervivencia en casos de paro cardiorrespiratorio en niños y lactantes.

6 Bibliografía

1. Sánchez Santos L, Rodríguez Núñez A, Iglesias Vázquez JA. Reanimación cardiopulmonar básica en Pediatría. An Pediatría [Internet]. 1. september 2006 [tsiteeritud 14. juuni 2023];65(3):241–51. Available at: https://www.analesdepediatria.org/es-reanimacion-cardiopulmonar-basica-pediatria-articulo-13092161
2. Reanimación cardiopulmonar (RCP) en bebés y niños. ¿Cómo se realiza? | Faros HSJBCN [Internet]. [tsiteeritud 14. juuni 2023]. Available at: https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/reanimacion-cardiopulmonar-rcp-bebesninos-como-realiza
3. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Guías de práctica clínica. Med Clin (Barc).
268
1996;106(7):278–9.
4. Agrimbau Vázquez JD, Yamila Sapia E, Agrimbau Vázquez CS, Rodríguez Jurado I, Cascardo S. La reanimación cardiopulmonar pediátrica y la capacitación para la asistencia en emergencias. Salud(i)Ciencia. 1. juuni 2017;22(5):430–6.

Capítulo 60

ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CARDIACO Y EL INGRESO EN LA UNIDAD CORONARIA DE UCI

DAVID CUESTA PÉREZ

SARA EXPÓSITO CAUTADO

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

MARIA ELENA MORA MARTINEZ

1 Introducción

Hablaremos las Unidades Coronarias son unos servicios especiales creados para proporcionar cuidados intensivos cardiológicos donde se atienden a pacientes con afectaciones a nivel de corazón, como pueden ser ;
IAM, taponamientos cardiacos, pericarditis, miocarditis insuficiencia cardiaca, todo tipo de arritmias (taquiarritmias , bradiarritmias y bloqueos), miocardiopatía de Tako-Tsubo (síndrome del corazón roto), shocks cardiogénicos, intoxicaciones digitálicas, para observación de la evolución en pacientes recién implantado MP o que han sufrido "tormenta arrítmica", implantación de DAI y aquellos que han sido sometidos a angioplastias, intervenciones de TAVI (implante percutáneo de válvula aórtica), intervenciones de MITRACLIP (implante de válvula

mitral percutánea), edema agudo de pulmón, Tromboembolismo pulmonar con disfunción del VD, síndrome post-parada…
Paciente coronario es aquella persona que ha sufrido o padece de alguna enfermedad cardiaca, es decir, de las arterias coronarias, puede encontrarse en fase aguda o crónica.
Las redes asistenciales de códigos de infarto son fundamentales para realizar lo antes posible angioplastia primaria , según las comunidades se pueden nombrar de diferente forma, por ejemplo en CLM es el CORECAM (El Código de Reperfusión Coronaria en Castilla la Mancha.) este código se activa para coordinarse entre los servicios de emergencias , servicios de hemodinámica y cuidados intensivos de Castilla la Mancha.

2 Objetivos

- Unificar e indicar los criterios de actuación mediante protocolos de todo el personal profesional responsable de la recepción del paciente.

3 Metodología

Este capítulo ha sido elaborado y llevado a cabo mediante una elaboración consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se recopiló información a través del Google académico y tras realizar consultas en bases de datos científicas. Las palabras claves fueron; coronaria, críticos, corazón, cuidados intensivos.

4 Resultados

Cuando ingresa el paciente en esta unidad lo que vamos a valorar es:
- Neurológicamente si se encuentra consciente, orientado y colaborador.
- Hemodinámicamente si se encuentra estable o lábil mediante el manguito para la toma de TA para valorar la PNI, o si tiene una arteria canalizada la PA , además de tomar la frecuencia cardiaca.
- Y a nivel respiratorio valorar la saturación, para ver si necesita algún tipo de aporte de oxígeno midiéndolo con el pulsioxímetro. Se puede poner en cualquier dedo de la mano o pie o casos extremos lóbulo de la oreja.

Tenemos que comprobar de los catéteres o vías venosas periféricas que es portador, que calibre ,posición , aspecto del punto de inserción.

En caso de que solo tenga una vía venosa periférica habría que canalizarle una nueva, porque en estos servicios siempre deben de tener al menos dos accesos venosos , al menos que tengan una vía venosa central, o vía venosa central de acceso periférico (PICC) .
Comprobar si trae sonda vesical, algún tipo de drenaje, heridas o lesiones, úlceras por presión, etc.
Todo lo anterior se va anotando en la parte correspondiente de la gráfica de la unidad.
Cuando recepcionamos al paciente en el box no se quitan las pegatinas, ni latiguillos del desfibrilador portátil que trae, sino que se añaden otras cinco pegatinas más, para poner los electrodos de nuestro monitor de la habitación (rojo, amarillo, negro ,verde y blanco en su lugar correspondiente) y cuando se compruebe que ya están todas colocadas y el paciente monitorizado con el monitor del box correspondiente, se retiran los del desfibrilador portátil, de esta manera en ningún momento se ha quedado sin vigilar y sin revisar las constantes vitales
.
En el caso de que esté estable, se le realiza una encuesta breve (anamnesis), la cual se va anotando en la gráfica :
Se le pregunta sobre el peso y tallaje actual; alergias o intolerancias alimenticias o medicamentosas.
Preguntar si tiene algún tipo de molestia, y si la tuviera que intensidad tiene (que nos dé una valoración del 1-10 de intensidad), radiación y si es parecido a la primera vez que le sucedió. Usar una escala del dolor o de expresión facial (se puede usar la escala EVA, escala de valoración analógica), valorar nivel de ansiedad.
Si cuando ingresa en la UCOR ya ha sido intervenido en hemodinámica, tendremos que tener en cuenta que si se ha realizado cateterismo y coronariografía ver si tiene radiostop o Tr-band (pulsera de compresión radial), este dispositivo hay que ir descomprimiendo de manera progresiva en una hora desde que se terminó el procedimiento, si ha sido cateterismo de diagnóstico, y alrededor de dos horas si ha sido cateterismo terapéutico. Cuando se retire por completo poner apósito compresivo (con unas gasas se hace un rulo se pone en el punto de punción y se sujeta con apósito compresivo), este se mantiene 24 horas.
Mientras tanto no hay que dejar de vigilar la zona de punción por donde ha sido intervenido, temperatura, coloración del miembro, parestesias o sangrado.
Y valorar pulso (radial , cubital o pedio , según lugar de intervención)
Si en la coronariografía le ha puesto contraste , hay que añadirlo en la gráfica para la suma del balance hídrico del día, y estar pendiente del que paciente orine,

para iniciar tolerancia oral.
Y si ha sido intervenido en arritmias y le han implantado MP hay que informarle de que no movilice el miembro afectado. Tenemos que poner peso, y frío local.
El vendaje compresivo del brazo se retira al día siguiente.
Siempre que ingresan en la unidad coronaria se realiza ECG, con las doce derivaciones, (las seis precordiales y las seis periféricas). Y si es necesario, adjuntar otras , según demande el cardiólogo,(como pueden ser las derivaciones derechas V3r,V4r,V5r,V6r, o posteriores V7,V8,V9).
Los pasos que tenemos que realizar para interpretar un electrocardiograma sería:
- El nombre y apellidos del paciente correcto y box donde le hemos ubicado, sino podríamos administrar algún tipo de tratamiento que no sea correcto o no dar lo que necesite y poner en riesgo su salud.
- Hora y fecha, para comprobación de la evolución según el paso del tiempo.
- Mirar que no tenga artefactos (conseguir un ECG lo más perfecto posible); desenchufando la cama, parar si es posible cualquier soporte de oxígeno por un momento, a veces el paciente tiene frío y se refleja el temblor (ponerle colcha o manta)
- Comprobar que los electrodos estén bien colocados; mirar si en AVR sale positivo, están mal colocados, al menos que tenga una dextrocardia.

5 Discusión-Conclusión

Al organizar de manera protocolizada los cuidados generales del paciente coronario, se minimizan los errores e incidencias, evitando así el miedo y confusión del paciente ,y de esta forma se sienta más seguro y confortable a su llegada al servicio de la UCOR.
Todo esto ayudará a proporcionar la mayor intimidad posible y afrontar lo sucedido, consiguiendo estabilizar lo antes posible la enfermedad cardiaca padecida en esos días, y de esta manera pueda ser lo más independiente lo antes posible, reduciendo la duración de la estancia en la unidad.
Al igual, que al haber tanto movimiento y rotación de personal profesional en los hospitales a estos les va a ser de gran ayuda cuando lleguen de nuevas a este servicio un protocolo con las pautas y así de esta manera se reduzcan las incidencias.

6 Bibliografía

Valle Tudela V, Alonso García A, Arós Borau F, Gutiérrez Morlote J, Sanz Romero

G. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología sobre requerimientos y equipamiento de la unidad coronaria. Revista española de cardiología [Internet]. 2001 [consultado 31 mayo 2023]; 54 (5): 617-623. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-guias-practica-clinica-sociedad-espanolaarticulo-13012808

Capítulo 61

LOS CUIDADOS DE LA ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA Y ONCOLOGÍA INFANTIL

LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI

JOANA LENDRINO LENDRINO

CRISTIAN LENDRINO LENDRINO

1 Introducción

La oncología pediátrica y la oncología infantil son ramas cruciales de la medicina que se centran en el diagnóstico y tratamiento del cáncer en niños y adolescentes. Estas áreas médicas presentan desafíos únicos debido a la delicadeza emocional y física de los pacientes jóvenes que enfrentan una enfermedad tan compleja. En este contexto, los cuidados de enfermería juegan un papel fundamental al abordar no solo las necesidades médicas de los pacientes pediátricos con cáncer, sino también sus aspectos emocionales, psicológicos y sociales. A lo largo de esta discusión, exploraremos la importancia de los cuidados de enfermería en el ámbito de la oncología pediátrica y oncológica infantil, resaltando cómo los enfermeros desempeñan un rol vital en brindar un enfoque comprensivo y de apoyo

para estos pacientes y sus familias. Desde la administración segura de tratamientos hasta el apoyo emocional y la coordinación del equipo interdisciplinario, los cuidados de enfermería son esenciales para mejorar la calidad de vida y los resultados de salud en este grupo vulnerable de pacientes. Los cuidados de enfermería en el área de oncología pediátrica y oncología infantil son de vital importancia debido a la naturaleza compleja y emocionalmente desafiante de estas especialidades médicas. Los niños que enfrentan el diagnóstico y tratamiento del cáncer requieren un enfoque integral que aborde tanto sus necesidades médicas como emocionales.

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 en la oncología pediátrica.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería en las patologías oncológicas en pediatría.

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 marzo 2023 y agosto de 2023.
Estrategia de búsqueda:
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (”pediatric oncology” OR ”child oncology”) AND (nursing OR nurse OR infirmary OR “work nursing”).

4 Resultados

Aquí hay algunas áreas clave en las que la enfermería desempeña un papel crucial:
Apoyo emocional y psicológico: Los niños y sus familias enfrentan emociones intensas y preocupaciones únicas cuando se trata de cáncer. Los enfermeros de-

sempeñan un papel fundamental al proporcionar apoyo emocional y psicológico a los niños y sus familias, ayudándoles a comprender el proceso y brindando un ambiente de apoyo y comprensión.
Educación del paciente y la familia: Los enfermeros deben educar a los pacientes pediátricos y a sus familias sobre el diagnóstico, el tratamiento, los efectos secundarios y las posibles complicaciones. La educación adecuada puede empoderar a las familias para que tomen decisiones informadas y participen activamente en el cuidado del paciente.
Administración de medicamentos: La quimioterapia y otros tratamientos contra el cáncer suelen ser parte del plan de atención. Los enfermeros deben administrar estos medicamentos de manera precisa y segura, mientras monitorean los efectos secundarios y ajustan las dosis según sea necesario.
Gestión de efectos secundarios: Los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos pueden ser difíciles para los niños. Los enfermeros deben estar preparados para manejar efectos secundarios como náuseas, vómitos, fatiga, dolor y otros síntomas, brindando alivio y cuidados de apoyo.
Cuidado de dispositivos médicos: Algunos niños pueden requerir la inserción y el cuidado de catéteres venosos centrales o dispositivos similares para administrar medicamentos y tratamientos. Los enfermeros son responsables de asegurar la funcionalidad y la higiene de estos dispositivos.
Monitorización y evaluación: Los enfermeros deben realizar una monitorización constante de los signos vitales, los resultados de laboratorio y cualquier cambio en el estado del paciente. Esto es esencial para detectar complicaciones tempranas y ajustar el plan de atención en consecuencia.
Colaboración interdisciplinaria: El tratamiento del cáncer pediátrico implica un equipo de profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y más. La colaboración interdisciplinaria es crucial para proporcionar una atención completa y coordinada.
Cuidados paliativos y de final de vida: En casos en los que los tratamientos curativos no son posibles, los enfermeros en oncología pediátrica desempeñan un papel fundamental en brindar cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida del niño y su familia en esta etapa difícil.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los cuidados de enfermería en el área de oncología pediátrica y oncología infantil desempeñan un papel esencial en el bienestar integral de los pacientes jóvenes que enfrentan el cáncer. La naturaleza única de esta población,

con sus necesidades médicas y emocionales específicas, resalta la importancia de la presencia y la competencia de los enfermeros en este campo. A través de la administración cuidadosa de tratamientos, la educación a pacientes y familias, la gestión de efectos secundarios y la colaboración interdisciplinaria, los enfermeros son agentes de apoyo invaluables en el camino de los pacientes hacia la recuperación.

La capacidad de los enfermeros para brindar apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familias es esencial para aliviar las tensiones asociadas con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer en niños. Además, su compromiso con la monitorización constante, la adaptación de planes de cuidado y la promoción de la calidad de vida durante el tratamiento refleja su dedicación al bienestar integral del paciente.

El trabajo en equipo interdisciplinario es crucial en oncología pediátrica, y los enfermeros desempeñan un rol fundamental en la coordinación y comunicación entre los diversos profesionales de la salud involucrados. A través de esta colaboración, se logra una atención integral y personalizada que aborda todas las dimensiones del cuidado del paciente.

En última instancia, los cuidados de enfermería en la oncología pediátrica e infantil van más allá de lo meramente médico, abarcando aspectos emocionales, sociales y psicológicos. La presencia compasiva y profesional de los enfermeros crea un ambiente de confianza y apoyo que contribuye significativamente al bienestar general de los pacientes jóvenes y sus familias mientras enfrentan los desafíos del cáncer.

6 Bibliografía

1. Santamaría, N. P., García, L. E., Sánchez Herrera, B.,& Carrillo, G. M. (2015). Percepción del cuidado de enfermería dado a los pacientes con cáncer hospitalizados. Revista Latinoamericana deBioética, 16(30),104-128. https://doi.org/10.18359/rlbi.1443

2. Santos, M. R. dos, Silva, L., Misko, M. D., Poles, K.,& Bousso, R. S. (2013). Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. Texto & Contexto -Enfermagem, 22(3), 646–653. https://doi. org/10.1590/S0104-07072013000300010

3. SEHOP. (2019). Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica.

4. Silva, C. M. M., Silva, M. P. C., Ferreira, D. de O.,Amaral, J. B. do, Gonçalves, J. R. L., & Contim, D.(2018). Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde (2),83-94.

5. Silva, T. P. da, Leite, J. L., Stinson, J., Lalloo, C., Silva, Í.R., Jibb, L., & Jibb, L.

(2018). Estratégias de ação e interação para o cuidado à criança hospitalizada com dor oncológica crônica. Enfermagem, 27(4), 20-27. https://doi.org/10.1590/0104-07072018003990017
6. Snaman, J. M., Torres, C., Duffy, B., Levine, D. R.,Gibson, D. V., & Baker, J. N. (2016). Parental
Perspectives of Communication at the End of Life at a Pediatric Oncology Institution. Journal of Palliative
Medicine, 19(3), 326-332. https://doi.org/10.1089/
jpm.2015.0253
6. Sousa, M. L. X. F. de, Reichert, A. P. da S., Sá, L. D. de, Assolini, F. E. P., Collet, N., Sousa, M. L. X. F., & Collet,
N. (2014). Stepping into a new world: the meaning of sicken for the child with cancer. Enfermagem, 23(2), 391-399. https://doi.org/10.1590/0104-07072014000710013

Capítulo 62

EL PAPEL Y LOS CUIDADOS DE LA ENFERMERA CON LOS PACIENTES DEL ÁREA DE SALUD MENTAL

LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE

CRISTIAN LENDRINO LENDRINO

JOANA LENDRINO LENDRINO

YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

1 Introducción

El papel de la enfermera en el área de salud mental es de vital importancia para brindar una atención integral y especializada a los pacientes que enfrentan desafíos de salud mental. Las enfermeras en este campo tienen un enfoque holístico hacia el cuidado de la persona, abordando no solo los aspectos médicos sino también los emocionales y sociales. Su trabajo se basa en el respeto, la empatía y la comprensión hacia los pacientes, con el objetivo de promover la recuperación y el bienestar psicológico.

El área de salud mental es de vital importancia para el bienestar integral de las personas, ya que aborda la salud emocional y psicológica de los individuos. En este contexto, la enfermera desempeña un papel esencial como profesional de la salud en el campo de la salud mental. Su trabajo se enfoca en brindar una atención

compasiva, integral y especializada a aquellos que enfrentan desafíos en su salud mental.
En esta exposición, exploraremos el papel fundamental de la enfermera en el área de salud mental. Analizaremos sus funciones y responsabilidades clave, destacando su enfoque holístico hacia el cuidado del paciente. También examinaremos cómo la enfermera trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud mental para proporcionar un enfoque de atención multidisciplinario.
Además, veremos cómo la enfermera despliega su conocimiento y habilidades para evaluar, diagnosticar, planificar y ejecutar planes de cuidados individualizados para los pacientes con trastornos mentales. También abordaremos su labor en la administración de tratamientos farmacológicos, terapias de apoyo emocional y prevención de crisis.
A lo largo de esta exposición, podremos comprender mejor la importancia del papel de la enfermera en el área de salud mental y cómo su enfoque empático y profesional contribuye al bienestar y la recuperación de quienes enfrentan desafíos en su salud emocional y psicológica.

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 salud mental.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería y los cuidados de los pacientes de salud mental.

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 EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y julio de 2023.
Estrategia de búsqueda:
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“mental health” OR “sanitary mental health”) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

Algunas de las funciones y responsabilidades clave de la enfermera en el área de salud mental son las siguientes:
• Evaluación inicial y diagnóstico: La enfermera realiza una evaluación completa del estado mental y emocional del paciente, identificando síntomas, problemas y necesidades específicas. Esta evaluación ayuda a establecer un diagnóstico adecuado y a diseñar un plan de cuidados individualizado.
• Elaboración del plan de cuidados: Con base en la evaluación, la enfermera desarrolla un plan de cuidados que incluye intervenciones terapéuticas, tratamientos farmacológicos (si es necesario), estrategias de afrontamiento y metas a alcanzar.
• Administración y seguimiento del tratamiento: La enfermera es responsable de administrar y supervisar la medicación prescrita, así como de observar y registrar los efectos y reacciones del paciente al tratamiento.
• Terapia y apoyo emocional: Las enfermeras del área de salud mental ofrecen terapia individual o grupal, brindando apoyo emocional, ayudando a los pacientes a entender y manejar sus emociones, y trabajando en la mejora de la autoestima y la confianza.
• Prevención de crisis: La enfermera está entrenada para reconocer signos de crisis y tomar medidas para prevenir situaciones peligrosas o conductas autolesivas. En caso de emergencia, actúa para garantizar la seguridad del paciente.
• Educación y empoderamiento: La enfermera proporciona educación y recursos a los pacientes y sus familias sobre la enfermedad mental, el tratamiento y las habilidades de afrontamiento. Busca empoderar a los pacientes para que puedan ser parte activa de su proceso de recuperación.
• Coordinación del equipo de atención: Trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud mental, como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas, para brindar una atención integral y coordinada al paciente.
• Monitoreo y seguimiento continuo: La enfermera evalúa regularmente el progreso del paciente, ajusta el plan de cuidados según sea necesario y asegura la continuidad de la atención durante todo el proceso de recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Podemos observar en los estudios analizados en nuestra revisión que, en conclusión, el papel de la enfermera en el área de salud mental es diverso y fundamental para el bienestar de los pacientes. Su enfoque holístico, compasivo y multidisciplinario ayuda a mejorar la calidad de vida de aquellos que enfrentan

desafíos en su salud mental y contribuye a la construcción de una sociedad más informada y comprensiva en relación con los trastornos mentales. La enfermera desempeña un papel crucial en la promoción de la recuperación, la resiliencia y la inclusión social de las personas afectadas por enfermedades mentales. En resumen, la enfermera del área de salud mental es una figura esencial en el cuidado y tratamiento de personas con trastornos mentales. Su enfoque compasivo y multidisciplinario ayuda a los pacientes a enfrentar los desafíos de salud mental, a desarrollar habilidades de afrontamiento y a mejorar su calidad de vida en general.

6 Bibliografía

1. Lee CC, Liem SK, Leung J, Young V, Wu K, Wong Kenny KK, et al. From deinstitutionalization to recovery-oriented assertive community treatment in Hong Kong: What we have achieved. Psychiatry Res. 2015;228(3):243-50.
2. Aagaard J, Tuszewski B, Kølbæk P. Does Assertive Community Treatment Reduce the Use of Compulsory Admissions? Vol. 31, Archives of Psychiatric Nursing. 2017. p. 641-6.
3. de la Cal Herrera A. Tratamiento asertivo comunitario y terapia ocupacional. Rev electrónica Ter Ocup Galicia, TOG. 2015;12(21):5.
4. Sevillano-Jiménez A, Ruano-García C. Assertive community treatment as a method of care in mental health. Role of the specialist nurse. Enfermería Clínica (English Ed. 1 de noviembre de 2019;29(6):387-9.
5. Huizing E, Rodríguez-Gómez S, Lafuente Robles N. The implementation of the Mental Health Nursing Specialty in Andalusia. A community approach. Enferm Clin. 2019;29(6):370-5.
6. Monroe-DeVita M, Teague GB, Moser LL. The TMACT: A new tool for measuring fidelity to assertive community treatment. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 3 de enero de 2011;17(1):17-29.
7. Odden S, Landheim A, Clausen H, Stuen HK, Heiervang KS, Ruud T. Model fidelity and team members' experiences of assertive community treatment in Norway: A sequential mixed-methods study. Int J Ment Health Syst. 16 de octubre de 2019;13(1).

Capítulo 63

EL TRABAJO DE LA ENFERMERÍA OBSTÉTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y CENTROS DE SALUD

LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE

YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

CRISTIAN LENDRINO LENDRINO

JOANA LENDRINO LENDRINO

1 Introducción

El trabajo de la enfermería obstétrica en atención primaria y centros de salud es esencial para proporcionar una atención integral y especializada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. Estas enfermeras juegan un papel fundamental en el cuidado prenatal y posnatal, contribuyendo a garantizar la salud y el bienestar tanto de la madre como del bebé. La enfermería obstétrica desempeña un papel fundamental en la atención primaria y en los centros de salud, brindando una atención especializada y compasiva a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. Estas enfermeras son pilares esenciales en la promoción de la salud materno-infantil, contribuyendo a garantizar el bienestar tanto de la madre como del bebé. En esta exposición, exploraremos en detalle el trabajo de la enfermería obstétrica en estos entornos de atención primaria y

centros de salud. Analizaremos las funciones clave que desempeñan, así como su papel en la prevención de complicaciones y la promoción de la salud sexual y reproductiva. También abordaremos la importancia de su presencia durante el parto, proporcionando apoyo emocional y cuidados necesarios para una experiencia positiva. Además, veremos cómo las enfermeras obstétricas educan y asesoran a las mujeres sobre el cuidado prenatal y posnatal, empoderándolas para tomar decisiones informadas sobre su salud y la de sus bebés.

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 el cuidado y el tratamiento de la enfermería obstétrica.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería y su relación con las pacientes embarazadas.

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 PEDro. Hemos realizado una búsqueda entre abril de 2023 y julio de 2022.
Estrategia de búsqueda:
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (pregnant OR "pregnant patient") AND (nursing OR nurse OR infirmary OR "obstetric nursing").

4 Resultados

Hemos encontrado tras el análisis de los resultados obtenidos en el estudio de los artículos seleccionados que algunas de las funciones y responsabilidades clave de la enfermera obstétrica en estos entornos son:
• Cuidado prenatal: La enfermera obstétrica realiza evaluaciones de salud, exámenes y pruebas para asegurar que el embarazo se desarrolle de manera adecuada y que no haya complicaciones. Proporciona educación sobre el embarazo,

la nutrición, la actividad física y los cambios corporales para promover un embarazo saludable.
• Monitoreo del desarrollo fetal: La enfermera obstétrica realiza exámenes de ultrasonido y otros procedimientos para evaluar el crecimiento y desarrollo del bebé en el útero, asegurándose de que todo esté en orden.
• Asistencia durante el parto: En centros de salud, la enfermera obstétrica puede asistir a los médicos y parteras durante el parto, proporcionando apoyo emocional, administrando medicamentos y asegurándose de que el proceso de parto progrese sin complicaciones.
• Cuidado posnatal: Después del parto, la enfermera obstétrica continúa brindando atención a la madre y al bebé. Realiza evaluaciones posparto para asegurar la recuperación adecuada de la madre y el bienestar del bebé.
• Educación y asesoramiento: La enfermera obstétrica educa a las mujeres sobre la lactancia materna, el cuidado del recién nacido, la planificación familiar y otros temas relacionados con la salud materna e infantil.
• Detección y prevención de complicaciones: La enfermera obstétrica está capacitada para reconocer signos de complicaciones durante el embarazo y el posparto, tomando medidas oportunas para evitar problemas mayores.
• Promoción de la salud sexual y reproductiva: Además del cuidado obstétrico, la enfermera en atención primaria y centros de salud también se enfoca en promover la salud sexual y reproductiva en general, brindando información sobre métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo de la enfermería obstétrica en atención primaria y centros de salud desempeña un papel crucial en la atención integral de las mujeres durante el embarazo, el parto y el período postparto. Estas enfermeras especializadas tienen una amplia gama de funciones que abarcan desde el cuidado prenatal y el apoyo durante el parto hasta la atención postparto y la promoción de la salud materna y neonatal.
Las enfermeras obstétricas desempeñan un papel clave en la detección temprana de complicaciones y en la remisión oportuna a especialistas cuando es necesario, lo que contribuye a mejorar los resultados de salud tanto para las madres como para los recién nacidos.
Su enfoque en la educación y la promoción de la salud no solo beneficia a las mujeres embarazadas, sino también a sus familias y comunidades, al fomentar

prácticas saludables y prevenir problemas relacionados con la maternidad y la crianza.

6 Bibliografía

1. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2020). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsiever, 1-22.
2. Moreno, C., & Lora, P. (2017). Nursing interventions applied to nutrition. Revista Nutricion Clínica y Dietética Hospitalaria, 189-193.
3. Naranjo-Hernández, Y., González-Hernández, L., & Sánchez-Carmenate, M. (2018). Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. Archivo Médico Camagüey, 22(6), 831-842. Recuperado de http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5844/3260
4. Pérez Viltres, M., Lorente Viltres, K., Rodríguez Puebla, E., Herriman Olivera, D., & Verdecia Olivera, N. (2016). Nivel de conocimientos sobre Proceso de Atención de Enfermería en profesionales de enfermería del municipio Yara. Revista Cubana de Enfermería, 32(3). Recuperado de http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/585/180
5. Ponti, L., Castillo, R., Vignatti, R., Monaco, M., & Núñez, J. (2017). Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. EducaciÓN MéDica Superior, 31(4). Recuperado de http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1006/577
6. Romero-Solís YV, Rizo-Velasco AD. Proceso de enfermería aplicado a paciente en Estado crítico con Neumonía Necrotizante. Arch Neurocien. 2018;23(2):60-67.
7. F. Jara-Sanabria, A. Lizano-Pérez, (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida, Enfermería Universitaria, Volumen 13, Issue 4,2016, Pages 208-215, ISSN 1665-7063, https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003.
(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300410)

Capítulo 64

ACTUACIÓN EN EL PREPARATORIO DE PRE CIRUGÍA CARDIACA

DAVID INIESTA RODRÍGUEZ DE TEMBLEQUE

1 Introducción

En un preoperatorio se hace tanto una evaluación preoperatoria como una preparación del paciente.

La evaluación preoperatoria es la utilización sistemática de mecanismos de vigilancia y control con el fin de reducir riesgos y optimizar el resultado quirúrgico. Para ello es importante conocer los detalles de la enfermedad actual así como sus antecedentes y factores de riesgo.

La preparación del paciente va enfocada a la piel, la cual constituye la primera línea de defensa del organismo frente a la infección, es por ello que su cuidado en cuanto a la higiene y conservación constituye una de las tareas fundamentales del personal de enfermería. La atención se centraría, por tanto, en: limpieza, rasurado y cuidado de la piel, uñas, órganos auditivos, ojos, cavidad bucal, y cabello.

La cirugía cardiovascular es un procedimiento de alta complejidad que ofrece buenos resultados en los pacientes adecuadamente indicados, aumentando la calidad de vida y la supervivencia. En España, durante el año 2018, se registraron 34.318 procedimientos en 62 servicios de cirugía cardiovascular.

La población diana son personas con enfermedades cardiovasculares y enfermedades de las arterias coronarias (EAC), las cuales son causadas por la formación de depósitos de grasa en las arterias coronarias, un proceso conocido como aterosclerosis. Las cuales suelen provocar insuficiencia coronaria por obstrucción.

Los procedimientos quirúrgicos cardíacos más comunes son las cirugías de revascularización miocárdica y los implantes de válvulas cardíacas.

2 Objetivos

El manejo óptimo de estos pacientes debe tener un enfoque multidisciplinar, integral, centrado en el paciente y con protocolos adecuados.
La prehabilitación en pacientes frágiles, con la corrección de déficits nutricionales y de la anemia preoperatoria y la suspensión de determinados fármacos (antiagregantes, anticoagulantes, inhibidores del sistema renina-angiotensina) para mejorar los resultados postoperatorios y disminuir las complicaciones hemorrágicas, hemodinámicas y renales.
El objetivo es conocer el manejo del paciente tras cirugía cardiaca.

3 Metodología

Esta revisión se ha realizado a través de la siguiente estrategia de búsqueda:
- Selección de bases de datos.
- Elección de palabras clave.
- Determinación de criterios de inclusión y exclusión.

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda electrónica en las siguientes bases de datos: PubMed, Chochrane, Google Scholar, Scielo y Medline.

4 Resultados

Valoración del paciente:
1- Identificar condiciones físicas y psíquicas del paciente.
2- Determinar diagnóstico y tipo de cirugía.
3- Evaluar grado de conocimiento sobre la intervención.
4- Evaluar capacidad de comprensión del paciente y familia.
5- Evaluar hábito intestinal.
6- Averiguar posibles alergias a medicamentos y/o antisépticos.
7- Valorar estado de la piel y mucosas, especialmente en zona operatoria.
Escala de autosuficiencia del paciente:

1- Paciente independiente: no tiene disminuida su capacidad para mantener y llevar a cabo su aseo personal. Le recordaremos la importancia del aseo con delicadeza.
2- Paciente semiindependiente: es aquel que tiene disminuida parcialmente su capacidad de autosuficiencia por lo que habrá que prestarle ayuda en el aseo.
3- Paciente dependiente: es aquel que va a depender totalmente de nosotros para su aseo personal.
Preparación preoperatoria del paciente:
Día anterior:
1- Ducha o lavado del paciente con jabón antiséptico incluyendo lavado de cabeza.
2- Uñas de manos y pies perfectamente limpias, recortadas y desprovistas de esmalte.
3- Aseo de la boca con cepillo y enjuague con antiséptico.
4- Enema de limpieza.
Día de la intervención:
1- Rasurado de la piel: tórax, axilas, genitales y piernas.
2- Ducha con antiséptico.
3- Retirada de prótesis.
4- Enjuague de boca con antiséptico.
5- Proporcionar gorro y calzas.
Preparación de la cama:
Se prepara la cama de la manera habitual, pero por encima de la sábana bajera pondremos una lona verde de quirófano para facilitar el traslado del paciente de la cama a la camilla de quirófano.
Cuidados de enfermería
Día del ingreso:
1- Entrevista valorativa.
2- Revisión de historia clínica.
3- Higiene con antiséptico.
4- Información.
5- Dieta.
Día de la intervención:
1- Retirada de joyas, adornos y prótesis.
2- Rasurado.
3- Higiene corporal y bucal.
4- Cama quirúrgica.
5- Constantes vitales.

6- Vía periférica.
7- Revisión de protocolo quirúrgico.
Recomendaciones:
1- Administración de antimicrobiano.
2- Vía endovenosa.
3- Dosis elevada.
4- Preferencias antimicrobianas.
5- Duración de profilaxis.
6- Excepciones de profilaxis.
7- Factores preventivos.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo de complicaciones peri operatorias depende de la cardiopatía de base del paciente, de su reserva funcional, de la prevalencia de comorbilidades, del tipo y carácter de la cirugía y de la duración del procedimiento quirúrgico. Entre las complicaciones postoperatorias destacan: Fibrilación auricular de novo y otras arritmias, Síndrome de bajo gasto cardiaco postoperatorio, Síndrome vasopléjico tras cirugía cardiaca y Sangrado postoperatorio excesivo
La profilaxis de la fibrilación auricular de novo con bloqueadores beta o amiodarona han demostrado disminuir su incidencia. El pre acondicionamiento con levosimendan en pacientes coronarios con disfunción sistólica moderada-grave es una estrategia útil para disminuir el síndrome de bajo gasto postoperatorio, demostrando ser coste-efectivo.

6 Bibliografía

1. Fernández I, Costas C. Preoperatorio del paciente de cirugía cardíaca [Internet]. Cuidandote. 2010 [citado 11 julio 2023]. Disponible en: https://www.cuidandote.net/2010/05/preoperatorio-del-paciente-de-cirugia-cardiaca/
2. Alonso-Mercado JC, Molina-Mendez FJ. Valoración preoperatoria en cirugía cardiovascular. Archivos de Cardiología de México [Internet]. 2011 [citado 11 julio 2023];(1665-1731):9–15. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293-articulo-valoracion-preoperatoria-cirugia-cardiovascular-X1405994011241797
3. Jiménez Rivera J, Llanos Jorge C, López Gude M, Pérez Vela J. Manejo perioperatorio en cirugía cardiovascular. Medicina Intensiva [Internet]. 2021 [citado

11 julio 2023];(0210-5691):175–183. Disponible en: https://www.medintensiva.org/es-manejo-perioperatorio-cirugia-cardiovascular-articulo-S0210569120303399
4. de Melo Alves Silva LC, Viana de Lima Neto A, Gurgel dos Santos KV, dos Santos Dantas JK, Ketile da Cunha H, Araujo Rocha M, Vieira Dantas D, Assis Neves Dantas R. Recomendaciones para la preparación del paciente en el preoperatorio de cirugías cardíacas: revisión del alcance. Online Brazilian Journal Of Nursing [Internet]. 2022 [citado 11 julio 2023];(1676-4285):1–6. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/11/1400473/6563-es.pdf

Capítulo 65

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS TERAPIAS DE INMUNOSUPRESIÓN EN EL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL ADULTO

ROCÍO LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

A principios de la década de los 50, tanto en Francia como en Estados Unidos se realizó un número considerable de trasplantes renales, cuya supervivencia de injerto resulto fracasar a medio o largo plazo. Sin embargo, en el año 1954, en la ciudad Boston, tuvo lugar el primer trasplante de riñón exitoso. Este hecho alcanzó el culmen de la medicina en dicha época y, a diferencia de las intervenciones realizadas hasta el momento, este trasplante procedía de gemelos.

Dicha característica llevó a expertos a interesarse por el estudio de las reacciones inmunológicas, de los sistemas de histocompatibilidad y de la resistencia del injerto. Como consecuencia, a partir de la década de los 70, se consiguió un progreso notable en las terapias de inmunosupresión para el paciente trasplantado de riñón. (1)

Uno de los primeros fármacos inmunosupresores administrados fue la 6-mercaptopurina, fundamental para una correcta evolución del trasplante en aquellos pacientes en situación de enfermedad renal.

Más adelante, como resultado del avance científico, se introdujeron la azatioprina y la prednisolona en los tratamientos inmunosupresores de mantenimiento, con los que se obtuvo una tasa de supervivencia del 50% un año después de haberse realizado la intervención.

Posteriormente, ya entrada la década de los 80, se usó la ciclosporina con el mismo fin, también en combinación con otros fármacos, aumentando la tasa de supervivencia más del 70%. No obstante, a pesar de las ventajas que trajo consigo la utilización de este último fármaco, se observaron altos índices de toxicidad en el organismo receptor (2).

En consonancia con los acontecimientos mencionados anteriormente, cabe destacar que la fundación Eurotrasplant (3), creada en el año 1967, por el inmunólogo Jon Van Rood, registró en su informe estadístico de 2022 un total de 2918 trasplantes renales procedentes de donante fallecido (4).

Por otro lado, centrándonos en España, el primer trasplante consumado en el país aconteció en el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, en el año 1965, por el urólogo Josep María Gil-Vernet, pionero en su campo (5). Y, por consiguiente, a finales de los 80, esta clase de intervención migró a otras comunidades autónomas del país (6).

Conforme a los registros más recientes de la Sociedad Española de Nefrología (SEN), su informe REER, destaca la presencia de 7084 enfermos renales en 2021, produciéndose un aumento de la incidencia del 6,8% con respecto a 2020. Además, indica que el 91% de los enfermos renales tienen más de 44 años y son, en su mayoría, hombres.

Por último, cabe destacar que la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) confirmó un total de 2950 trasplantes de riñón ejecutados en el 2021. (7)

En síntesis, teniendo en cuenta estos datos, es de vital importancia que el paciente trasplantado reciba un tratamiento inmunosupresor personalizado según sus necesidades, cuya eficacia y toxicidad hayan sido evaluadas previamente, con el fin de regularizar la respuesta del sistema inmune e impedir el rechazo agudo del órgano trasplantado, o en su defecto, posibles complicaciones como la manifestación de necrosis tubular aguda asociada a niveles elevados de los inhibidores de la calcineurina o infecciones oportunistas (bacterianas, víricas o de gérmenes multirresistentes) desencadenadas por la exposición del paciente a la misma intervención quirúrgica o al uso de catéteres intravenosos y sondas de drenaje entre

otros dispositivos (8–11).

En definitiva, a pesar de los logros adquiridos en materia del trasplante renal, existe una gran variabilidad de opciones en el manejo de la terapia inmunosupresora, creando la necesidad de aunar conocimientos a nivel internacional para conseguir el mejor régimen inmunosupresor que sirva como guía para el ejercicio clínico. (12)

Finalmente, hablando de componentes significativos que intervienen en esta práctica clínica, es imperativo destacar la enfermería como parte esencial de los equipos de coordinación de trasplantes. La enfermería es considerada por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) un pilar fundamental dentro de las unidades de diálisis, de cuidados intensivos y de los servicios de nefrología. (13)

Al fin y al cabo, la figura del enfermero/a es primordial para la adecuada atención del paciente trasplantado de riñón. En este caso, la enfermería tiene como propósito fomentar el autocuidado postrasplante del enfermo, ayudar a gestionar las emociones y sensaciones negativas, garantizar la adquisición de hábitos saludables e impulsar la supervivencia del injerto renal mediante los cuidados post trasplante del paciente entre otras funciones. (14, 15, 16)

Además, es preciso mencionar que el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) constituye un importante instrumento con el que desarrollar un plan de cuidados enfermeros que se amolde al paciente trasplantado de riñón a partir de un diagnóstico de enfermería previo.

Asimismo, los profesionales de enfermería exploran diferentes estrategias que mejoran el éxito del proceso de trasplante, como incrementar la adherencia terapéutica del paciente, a pesar de las dificultades que presenta la propia terapia inmunosupresora y el reconocimiento por parte del paciente de su trascendencia como tratamiento crónico que incrementa la supervivencia del órgano trasplantado y mejora su calidad de vida. (14-16)

Por último, la evidencia nos muestra que, la adherencia a la medicación inmunosupresora reduce notablemente las posibilidades de rechazo agudo y pérdida del injerto renal, ya que el abandono del régimen farmacológico en esta población se considera un comportamiento de riesgo vinculado a un peor nivel de vida y una supervivencia del injerto considerablemente más baja. (17)

2 Objetivos

o Conocer los índices de adherencia a la terapia inmunosupresora en los receptores de trasplante renal adultos. o Conocer la labor de enfermería en el manejo de la terapia inmunosupresora en los receptores de trasplante renal adultos.

3 Metodología

- Diseño del estudio
Con motivo de conocer cuál es el estado actual de la temática planteada, se ha realizado una revisión bibliográfica basada en la literatura científica correspondiente al tema de investigación.
Esta revisión se ha llevado a cabo a través de las directrices propuestas en el siguiente apartado.

-Criterios de elegibilidad
En primer lugar, se formuló una cuestión claramente estructurada a partir de los elementos de estudio establecidos previamente.

La población principal de esta investigación se corresponde con aquellas personas trasplantadas de riñón, concretamente a pacientes adultos, puesto que se conoce un incremento notable en la prevalencia de dicha práctica a partir de los 18 años. (8)

Seguidamente, a fin de garantizar la supervivencia tanto del paciente como del injerto renal se analizó el papel de la enfermería en la adherencia a la terapia inmunosupresora por parte del paciente trasplantado renal adulto.

A continuación, se establecieron los criterios de inclusión y de exclusión para los diferentes artículos de esta revisión bibliográfica.

-Criterios de inclusión o Disponibilidad de texto completo o Tipos de artículos tales como estudios clínicos, estudios comparativos, estudios de evaluación, estudios de validación, estudios multicéntricos, estudios observacionales, ensayos clínicos, ensayos controlados aleatorizados, guías de la práctica clínica, casos clínicos, revisiones, libros y documentos de distintas organizaciones nacionales e internacionales. o Fecha de publicación en los últimos 10 años (2013 – 2023) para estudios cualitativos y cuantitativos y para artículos complementarios a la información proporcionada por los distintos estudios cuali-cuantitativos. Y más de 10 años para la definición de conceptos o exposición de antecedentes. o Edad de la

población de estudio igual o mayor a 18 años. o Sexo de la población femenino y masculino. o Bibliografía escrita en español, inglés y portugués.

-Criterios de exclusión o Disponibilidad de texto incompleto o Tipos de artículos tales como ensayos clínicos en fase I, II y III. o Edad de la población de estudio menor a 18 años. o Bibliografía escrita en un idioma diferente al español, inglés o portugués.

-Fuentes de información
Una vez planteada la pregunta de investigación y concretadas las palabras clave se continuó con la planificación de la búsqueda.

En este punto de la investigación se usaron bases de datos concretas y descriptores de ciencias de la salud junto con los operadores booleanos pertinentes para facilitar la consulta y el análisis de los datos.
Cabe destacar que, las bases de datos utilizadas fueron Pubmed, Scopus, Medline, Scielo y Dialnet.

-Estrategia de búsqueda
En este punto, teniendo en cuenta la serie de datos expuestos en los aparatados anteriores, se refinó la búsqueda a través de una selección cuidadosa de los filtros repitiéndose este mismo proceso en función de las características constitutivas de cada una de las bases de datos utilizadas.

-Proceso de selección de estudios
Una vez establecida la metodología para la revisión, es decir, la búsqueda exhaustiva de bibliografía y la aplicación de los criterios de elegibilidad impuestos, queda ampliamente reducido el riesgo de sesgo en este paso de selección de estudios. El proceso de selección de estudios se ha realizado de forma independiente y el método utilizado consta de tres fases descritas a continuación.

En primer lugar, se hizo una criba de los estudios en función del título y resumen. Se excluyeron aquellos estudios en los que no se hablara específicamente del tema propuesto y/o no incluyeran las palabras clave asignadas a esta revisión.

En segundo lugar, se hizo una segunda criba de los estudios escogidos en la fase anterior, ahora en función del texto completo.

En tercer y último lugar, se realizó una tercera criba de los estudios mencionados anteriormente. Se escogieron de acuerdo con las características altamente contrastables de sus resultados.

-Proceso de extracción y análisis de datos
En este proceso de extracción de datos se recopiló toda la información sustancial de los artículos. Además, este paso se llevó a cabo de forma independiente por el revisor del proyecto, a través de un formulario elaborado a partir de diversas variables que permitan, posteriormente, contrastar los datos y finalmente, contestar la pregunta de investigación planteada.

En primer lugar, se clasificaron los estudios seleccionados según el objetivo planteado inicialmente. Por ello, se consideraron un total de 11 estudios que hablaban exclusivamente sobre la adherencia a la medicación inmunosupresora, las diferentes herramientas utilizadas para medir los índices de adherencia y no adherencia al tratamiento inmunomodulador de la población trasplantada, además del papel de la enfermería en el manejo de dichas terapias.

Por último, se recogió y se analizó toda la información correspondiente para las variables expuestas a continuación: o Diseño del estudio. o Año de la intervención. o Entorno de estudio. o Número de pacientes altamente elegibles para el estudio. o Número de pacientes elegidos tras el cribado que completaron el estudio. o Edad, sexo y etnia de los participantes. o Antecedentes personales de patologías y etiología de la enfermedad renal. o Tipo de medicación inmunosupresora administrada previamente al estudio. o Medicación inmunosupresora ajustada o la conversión a un tratamiento inmunosupresor diferente una vez iniciado el estudio. o Intervención realizada. o Instrumento utilizado para el desarrollo del estudio. o Resultados obtenidos

4 Resultados

- Características y resultados de los estudios individuales incluidos en la revisión. o Particularidades de los receptores de trasplante renal adultos.
En la totalidad de los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica, los pacientes analizados son individuos adultos que, al menos una vez, recibieron un trasplante de riñón. (19-29)

Además, atendiendo a los lugares donde se realizaron los estudios, estos se llevaron a cabo en diferentes países de Asia, como Corea y China (22, 26, 28); de América, como Estados Unidos y Brasil (19-21, 25); y de Europa, como Alemania, Holanda y Noruega. (23, 24, 27)

De forma generalizada, se incluyeron en la fase de elegibilidad un total de

96.308.369 pacientes. Por otra parte, a excepción de los 70 pacientes aleatorizados del estudio de Hu S et al (26), un total de 18.666 participantes consiguieron finalizar exitosamente las intervenciones establecidas en los diferentes protocolos de estudio.

Además, en la totalidad de las investigaciones se analizan receptores de trasplante renal del género femenino y masculino. Por un lado, en el estudio de Gustavsen M et al se registra el porcentaje más bajo de mujeres, siendo este del 27%. (23) Sin embargo, en el estudio de Akşit N et al, se analiza el porcentaje más bajo de hombres, siendo del 40% en su grupo control.

Por otro lado, en el estudio de Akşit N et al, se registra el porcentaje más alto de mujeres, siendo este del 60% en su grupo control (29), mientras que el estudio de Gustavsen M et al analiza el porcentaje más alto de hombres. Este es del 73%. (23)

En cuanto a la edad promedio de los participantes, se identifica que el del estudio de Kim S et al, presenta la edad media mínima. Esta es de 42,6 años. (28)En cambio, la investigación de Been-Dahmen JMJ et al, muestra la edad media máxima de todos los participantes. Esta es de 59,8 años. (27) o Resultados principales de los artículos individuales sobre la adherencia a la terapia inmunosupresora del paciente trasplantado renal adulto.
En lo concerniente a los objetivos formulados por los investigadores de los diferentes estudios, cabe destacar que estos se ciñen a la hipótesis planteada en esta revisión bibliográfica. A este respecto, en las 11 investigaciones incluidas se llevó a cabo la medición y el fomento de la adherencia a la terapia inmunosupresora en receptores de trasplante renal adultos. (19-29)

Además, en 3 de las 11 investigaciones se realizó, específicamente, una intervención llevada a cabo por los profesionales de enfermería. (26, 27, 29)

A continuación, se muestra en este apartado la tabla 1 de los resultados de los 11 estudios incluidos en esta revisión bibliográfica.

5 Discusión-Conclusión

Atendiendo a los objetivos propuestos al inicio de la revisión bibliográfica y tras el análisis de los diferentes estudios individuales incluidos en este proyecto, se puede afirmar con certeza la existencia de diferentes técnicas para abordar el

manejo de la inmunosupresión desde una perspectiva enfermera.

Así pues, en primer lugar, cabe señalar que el estudio de Oh C. Bang J et al trató de mejorar la adherencia de sus participantes mediante la implantación de un nuevo régimen inmunosupresor. (22)
Además, tanto Gustavsen M et al como McGillicuddy JW et al y el estudio 2 evaluaron la adherencia de sus pacientes a los inmunosupresores prescritos a través de la utilización de diferentes herramientas de medición (23, 25).

Por otro lado, aunque siguiendo en la misma línea de estudio, Lieb M et al analizó la precisión y la correlación de diversos instrumentos de medición de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico (24).

Asimismo, los estudios de Russell CL et al y Russell CL, Gotham HJ et al evaluaron los factores socioeconómicos, de salud mental y diferentes comportamientos de los receptores de trasplante renal adultos en relación con la adherencia a las terapias inmunosupresoras. (19, 21)

Y, por último, 3 de las investigaciones analizadas anteriormente se basaron en una intervención específica de enfermería. Primeramente, Hu s et al y Been-Dahmen JMJ et al, desarrollaron una intervención basada en el en el modelo de creencias de salud y el enfoque de mapeo respectivamente. (26, 27) Finalmente, tanto Kim S et al, como Akşit N, et al se encargaron de evaluar y fomentar la educación sobre la adherencia a los inmunosupresores en este tipo de pacientes. (28, 29)

Tanto la medición como la mejora de la adherencia a las terapias inmunosupresoras por parte de los receptores de trasplante renal adultos están directamente ligadas a las intervenciones realizadas.
Dicho esto, tanto el estudio de Gustavsen M et al como el estudio de Lieb M et al combinaron los resultados de no adherencia obtenidos por la puntuación del médico/a y el enfermero/a, por los niveles mínimos de la variabilidad intrapaciente de tacrolimus y por el cuestionario Baasis. Por ello, se reflejó para estas dos investigaciones una falta de adherencia general muy similar, del 38% y el 40,8% respectivamente. (23, 24)

Asimismo, los diferentes estudios también han llevado a cabo la medición de la adherencia a la terapia inmunosupresora de manera aislada con cada uno de los instrumentos de muestreo expuestos en el apartado anterior.

Por un lado, el uso de instrumentos de muestreo tales como el cuestinario “Baasis”, la puntuación médica o enfermera y la “variabilidad intrapaciente de

tacrolimus" han demostrado ser indispensables para el registro de índices de adherencia y no adherencia a la medicación clínicamente significativos. Es por ello, que cabe mencionar, el estudio de Gustavsen M et al, en el que se registró mediante la herramienta Baasis, una diferencia considerable entre la adherencia del grupo control y del grupo de estudio, es decir, el grupo control obtuvo una tasa de adherencia del 23%, no obstante, el grupo de estudio obtuvo una tasa de adherencia a la medicación del 32%. (23)

Por otro lado, la modificación o la conversión de algunas de las terapias inmunosupresoras y el uso de instrumentos como la escala "ITBS" han evidenciado una reducción clínicamente relevante de los obstáculos por los que los receptores de trasplante renal adultos no se adhieren a las pautas de tratamiento prescritas. Concretamente, cabe destacar la investigación de Oh C. Bang J, et al, ya que obtuvo una disminución de las barreras contra la adherencia a los inmunosupresores de hasta 3 puntos. (22)

A continuación, se ha podido confirmar que la intervención basada en la monitorización electrónica, cuyos métodos principales han consistido en recordatorios de dosificación y mensajes de texto motivacionales, ha mejorado considerablemente la adherencia a las terapias inmunosupresoras reflejando unas tasas de cumplimiento significativamente altas. Estas oscilan entre el 40,8% y el 90,1%. (24, 25)

Finalmente, es preciso declarar que el trabajo de los profesionales de enfermería es fundamental para el fomento del autocuidado en los receptores de trasplante renal adultos.

Por un lado, el modelo de creencias de salud ha contribuido a mejorar las cifras de adherencia a la medicación inmunosupresora, además de reducir notablemente el sentimiento de autocarga física, económica y emocional percibida. Asimismo, tras una intervención realizada desde el enfoque de mapeo, los receptores de trasplante renal han informado sobre la importancia de abordar diferentes áreas de salud relacionadas con el ocio, el estilo de vida y la salud mental entre otras. (26, 27)

Por otro lado, el papel de los profesionales de enfermería ha resultado primordial en materia de educación, destacando la preocupación de este tipo de pacientes sobre las consecuencias de no adherirse adecuadamente a las terapias inmunosupresoras. (28, 29)

6 Bibliografía

1. Miranda Serrano B, Matesanz Acedos R, Álvarez Fernández-Represa J. Historia del trasplante renal en España. Clínicas urológicas de la Complutense, ISSN 1133-0414, No 7, 1999, págs 15-30 [Internet]. 1999 [citado 2023 mayo 5];(7):15–30. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2038824
2. Carretero M. Nuevas perspectivas en el tratamiento inmunosupresor. Offarm (2001). 20(5): 168-171. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo
nuevas-perspectivas-el-tratamiento-inmunosupresor-13013479
3. Eurotransplant homepage [Internet]. Eurotransplant. Available from: https://www.eurotransplant.org/
4. Eurotransplant - Statistics [Internet]. 2022 [cited 2023 May 5]. Disponible en: https://statistics.eurotransplant.org/index.php?search_type=overview&search_text=9
023 5. Héroes de los años 60 [Internet]. [cited 2022 Nov 10]. Available from: http://www.ont.es/home/Paginas/Heroesdelosanos60.aspx
5. Héroes de los años 60 [Internet]. [cited 2022 Nov 10]. Available from: http://www.ont.es/home/Paginas/Heroesdelosanos60.aspx
6. La caída de las donaciones y la oficina de Cataluña [Internet]. [cited 2022 Nov 10]. Available from: http://www.ont.es/home/Paginas/Lacaidadelasdonacionesyla.aspx
7. Mahillo B. Registro Español de Enfermos (REER) Informe 2021 (datos preliminares) [Internet]. Sociedad Española de Nefrología, editor. Organización Nacional de Trasplantes; 2023 [citado 2023 enero 8]. Disponible en: http://www.ont.es/infesp/Registros/MEMORIA%20REER%202021_PRELIMINAR.pdf
8. ACTIVIDAD DE DONACIÓN Y TRASPLANTE RENAL ESPAÑA 2021. Organización Nacional de Trasplantes, (2021). Disponible en: http://www.ont.es/infesp/Memorias/ACTIVIDAD%20DE%20DONACI%C3%93N%20Y%20TRASPLANTE%20RENAL%20ESPA%C3%91A%202021.pdf
9. Herrera, J. Hernández, M. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TRASPLANTE (SET). LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TRASPLANTE (SET) ACTUALIZA, JUNTO A OTRAS SIETE SOCIEDADES CIENTÍFICAS, LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE INMUNOSUPRESORESGENÉRICOS EN EL TRASPLANTE. (2021) [citado 2022 Nov 10]; Disponible en: https://prensa.euromediagrupo.es/attachment/2158780/
10. Oppenheimer Salinas, F. Pascual Santos, J. Pallardo Mateu, L. Inmunosupresión en el trasplante renal. Nefrología al día [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 10];

Disponible en: https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-inmunosupresion-el-trasplante-renal-241
11. Moresco, F. Arias, M. Sobreinmunosupresión e infecciones oportunistas en el trasplante renal. Revista Nefrología. 2018 [citado 5 de mayo de 2023]. p. 1-85. Disponible en: https://www.revistanefrologia.com/es-sobreinmunosupresion-e infeccionesoportunistas-el-articulo-X2013757518630809
12. Borroto Díaz, G. Individualización de la inmunosupresión de inducción en trasplante renal. Rev cubana med [Internet]. 2013 Mar [citado 2023 Ene 26] ; 52(1): 1-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-
75232013000100001&lng=es
13. Home | Proyecto Prometeo II [Internet]. prometeo2022.setrasplante.org. [cited 2023 Jan 20]. Available from: https://prometeo2022.setrasplante.org/
14. La enfermería decisiva [Internet]. [cited 2022 Nov 10]. Available from: http: //www.ont.es/home/Paginas/Laenfermeriadecisiva.aspx
15. Fernando Ramos Peña; Isusko Eguren Penin. Documento de consenso sobre la consulta de enfermería de trasplante renal [Internet]. Madrid; 2015 [cited 2022 Nov 10]. Available from: ¿moz-extension://815da910-4ce4-45d0-8270-752e1bf758e5/enhancedreader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.
seden.or
g%2Ffiles%2Fdocume nts%2FElementos_12_consenso-trasplante12-29-07.pdf
16. Donoso Noroña, R. Gómez Martínez, N. Rodríguez Plasencia, A. Rodríguez Plasencia, A. La importancia del cuidado de enfermería en pacientes post trasplantado. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores. (2021) 8(SPE4). Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-
78902021000600062&script=sci_abstract
17. Proceso de atención de enfermería a un paciente trasplantado renal. Caso clínico [Internet]. [cited 2023 Jul 23]. Available from: https: //revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-a-un-paciente-trasplantado-renal-caso-clinico/
18. Sampaio De Brito, DC. Oliveira, E. Ii, M. Rossi, F. Grincenkov, S. Antônio, F. Colugnati, B. Lucchetti, G. Vi, SP. Stress, coping and adherence to immunosuppressive medications in kidney transplantation: a comparative study Estresse, coping e aderência a medicamentos imunossupressores em transplante renal: um estudo comparativo. Sao Paulo Med J (2016) 134(4) 292-301. Available from: https://www.scielo.br/j/spmj/a/SDMk8rhtNWjmQmpwL3Zc8nD/?lang=en
19. Russell CL, Ashbaugh C, Peace L, Cetingok M, Hamburger KQ, Owens S, et al. Time-in-a-bottle (TIAB): a longitudinal, correlational study of patterns, potential

predictors, and outcomes of immunosuppressive medication adherence in adult kidney transplant recipients. Clin Transplant [Internet]. 2013 Sep [cited 2023 Aug 1];27(5). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24093614/
20. Marsicano-Souza EO, Colugnati F, De Geest S, Sanders-Pinheiro H. Nonadherence to immunosuppressives and treatment in kidney transplant: ADHERE BRAZIL Study. Rev Saude Publica [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 1];55:1–12. Available from: /pmc/articles/PMC8139843/
21. Russell CL, Gotham HJ, Cheng AL, Sahil S, Yerram P. Health Facts Medication Adherence in Transplantation (H-MAT) Study: A Secondary Analysis of Determinants and Outcomes of Medication Nonadherence in Adult Kidney Transplant Recipients. Int J Nephrol [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 1];2022. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35721370/
22. Oh C. Bang J, Kim S, et al. Improvement of medication adherence with simplified once daily immunosuppressive regimen in stable kidney transplant recipients: A prospective cohort study. Asian Journal of Surgery, (2020), 660-667, 43(6). Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1015958419304178?via%3Dihub
23. Gustavsen M, Midtvedt K, Lønning K, et al. Evaluation of tools for annual capture of adherence to immunosuppressive medications after renal transplantation – a single centre open prospective trial. Transplant International, (2019), 614-625, 32(6). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30770608/
24. Lieb M, Hepp T, Schiffer M, et al. Accuracy and concordance of measurement methods to assess non-adherence after renal transplantation - A prospective study. BMC Nephrology, (2020), 21(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32234021/
25. Mcgillicuddy JW, Chandler JL, Sox LR, Taber DJ. Exploratory Analysis of the Impact of an mHealth Medication Adherence Intervention on Tacrolimus Trough Concentration Variability: Post Hoc Results of a Randomized Controlled Trial, Ann Pharmacother, (2020), 1185- 1193, 54(12). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7814696/
26. Hu S, Xiong R, Hu Q, et al. Effects of Nursing Intervention Based on Health Belief Model on Self-Perceived Burden, Drug Compliance, and Quality of Life of Renal Transplant Recipients. Contrast media & molecular imaging, (2022), 2022. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35601567/
27. Been-Dahmen JMJ, Beck DK, Peeters MAC, Van Der Stege H, Tielen M, Van Buren MC, et al. Evaluating the feasibility of a nurse-led self-management support intervention for kidney transplant recipients: a pilot study. BMC Nephrol [Internet]. 2019 Apr 27 [cited 2023 Aug 1];20(1). Available from: https://pubmed.

ncbi.nlm.nih.gov/31029107/
28. Kim S, Ju MK, Son S, Jun S, Lee SY, Han CS. Development of video-based educational materials for kidney-transplant patients. PLoS One [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2023 Aug 2];15(8). Available from: /pmc/articles/PMC7398512/
29. Akşit N, Özbaş A, Akıncı S. Assessment of the Effectiveness of Patient Education and Interviews in Improving Medication Adherence of Renal Transplant Recipients. Cureus [Internet]. 2022 Dec 27 [cited 2023 Aug 1];14(12). Available from: /pmc/articles/PMC9879593/

Capítulo 66

INFECCIONES NOSOCOMIALES

ANA BELÉN GONZALEZ GONZALEZ

LAURA ANTUÑA MENENDEZ

1 Introducción

Una infección hospitalaria o nosocomial es la que se presenta en un paciente ingresado en un hospital u otro establecimiento de atención de la salud, en quien la infección no se había manifestado, ni estaba en periodo de incubación en el momento de ser internado. En recién nacidos se considera infección hospitalaria cuando la madre no está infectada al ingreso y el bebe aparece infectado 48 a 72 horas después del parto.
Una de las consecuencias de contraer una infección hospitalaria es su elevada tasa de morbilidad y de mortalidad.
Subida en los costes económicos, de manera directa (costes derivados del diagnóstico de la infección, duración de la estancia hospitalaria, etc.) y costes indirectos (retraso del paciente en su incorporación al puesto de trabajo, consecuencias legales de una enfermedad, etc.)
Las infecciones nosocomiales afectan a todos los países independientemente de su desarrollo socioeconómico, lo que varía es la frecuencia de infección de unos a otros. Los países desarrollados tienen niveles más bajos, mientras que los países en vías de desarrollo son más altos. Dentro de un mismo país puede haber diferencias, hay tasas mayores en hospitales más grandes, ya que cuentan con más camas y puede haber diferencias en torno a medidas de vigilancia, prevención y control.

2 Objetivos

*Informar de las infecciones nosocomiales más comunes.
*Explicar cuáles pueden ser las medidas preventivas que se pueden adoptar.
*Detallar los riesgos para las personas hospitalizadas que existen.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo me he basado en mi propia experiencia de trabajo en el Hospital Universitario San Agustín de Avilés, he visitado diferentes páginas web donde pondré en la bibliografía y también me he ayudado de los apuntes de a academia donde he realizado el ciclo formativo de Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

Las infecciones hospitalarias más frecuentes son las siguientes:

Infecciones de las vías respiratorias. Tienen un elevado porcentaje dentro de las infecciones nosocomiales (neumonía) y su tasa de mortalidad es muy elevada. Los más susceptibles a tener este tipo de infecciones son pacientes que ya las hayan padecido anteriormente, pacientes que presentan alteraciones del reflejo tusígeno, que tengan traqueotomía, entre otros. Como medidas preventivas más representativas podemos usar el lavado de manos precio y posterior a la atención al paciente, una esterilización adecuada de broncoscopios, la utilización de sondas de aspiración de un solo uso, etc.

Infecciones de las vías urinarias. Son las infecciones nosocomiales más comunes y en muchas ocasiones pasan inadvertidas y pueden derivar en orquitis, prostatitis, cálculos renales, etc. Se pueden definir a nivel microbiológico o a nivel clínico. Los factores de riesgo intrínsecos suelen ser edad avanzada, enfermedades de base y el sexo (en mujeres es mayor debido a que el conducto de la uretra es menor) mientras que los factores extrínsecos son cateterismo vesicular de larga duración o tratamientos antibióticos. Como medidas preventivas encontraríamos las siguientes: Sondar solo cuando sea absolutamente imprescindible y retirar la sonda lo antes posible, ya que el riesgo de padecer una infección urinaria aumenta de forma proporcional a los días de sondaje. La sonda ha de ser lo más fina posible. Realizar una limpieza previa con antiséptico y el lavado de manos y uso de guantes estériles.

Infecciones de heridas quirúrgicas. La piel y la mucosa es la primera barrera de defensa a la infección, por lo que al tener una herida quirúrgica tenemos una entrada abierta a patógenos. Las infecciones pueden tener una fuente endógena, por colonización de la flora bacteriana cutánea del propio paciente, o una fuente exógena, debido al personal sanitario o al instrumental quirúrgico mal esterilizado. Los factores de riesgo pueden ser por el tipo de cirugía practicada, la localización de la intervención, la duración de la operación, el estado de salud del paciente, etc.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales son muy comunes diariamente en los hospitales y es una de las razones por la que los enfermos prolonguen su estancia en hospitales. Es una labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, velar por la salud del enfermo e intentar que su estancia sea lo más agradable y llevadera posible, por lo que tendremos que tener especial cuidado cuando les hagamos el aseo diario, les llevemos los desayunos, comidas y cenas y tengamos algún contacto con ellos. También tendremos que tener una higiene muy buena en el entorno del paciente para así evitar que puedan llegar a contraer algún tipo de enfermedad.

6 Bibliografía

Apuntes Academia Centroeuropeo de Formación de Avilés. https://postgradomedicina.com/infecciones-nosocomiales-tipos-causas/
https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/temas-especiales/atenci%C3%B3n-hospitalaria/infecciones-adquiridas-en-el-hospital
https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/enfermedades/infeccion-nosocomial

Capítulo 67

INFECCION NOSOCOMIAL Y EL RIESGO BIOLÓGICO CON MÁS PREVALENCIA

MARI CARMEN SAL GARCIA

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales, también conocidas como infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), son un desafío significativo en el entorno hospitalario actual. Estas infecciones se desarrollan durante la estancia del paciente en un centro de salud y pueden tener graves consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos afectados. Es crucial comprender y abordar este problema de manera efectiva para garantizar una atención médica segura y de calidad para nuestros pacientes.

El surgimiento de las infecciones nosocomiales representa una preocupación global en el campo de la salud, ya que afecta a millones de personas en todo el mundo. Estas infecciones pueden ser causadas por diversos microorganismos, como bacterias, virus, hongos o parásitos, y pueden transmitirse de paciente a paciente, del personal médico al paciente o viceversa. Los factores que contribuyen a la aparición de estas infecciones son numerosos e incluyen la inmunidad debilitada del paciente, la resistencia a los antibióticos, la falta de higiene adecuada y la presencia de dispositivos médicos invasivos.

Una de las principales preocupaciones de las infecciones nosocomiales es su impacto en la morbilidad y la mortalidad de los pacientes. Los individuos que ya están enfermos o tienen sistemas inmunitarios debilitados corren un riesgo mayor de adquirir estas infecciones, lo que puede agravar su estado de salud y prolongar

su estancia en el hospital. Además, las infecciones nosocomiales pueden causar un aumento significativo en los costos médicos, tanto para los pacientes como para los sistemas de salud, debido a tratamientos prolongados, medicamentos adicionales y la necesidad de medidas de control de infecciones más rigurosas.
El papel del celador en la prevención y control de las infecciones nosocomiales es esencial. Colaboramos activamente con el equipo de salud en la implementación de prácticas de control de infecciones, como el lavado de manos adecuado, el uso adecuado de equipos de protección personal y la limpieza y desinfección regular de las instalaciones y equipos médicos. Además, educamos a los pacientes y sus familias sobre la importancia de tomar medidas preventivas para reducir el riesgo de infecciones durante su hospitalización y después del alta médica.
La investigación y la vigilancia epidemiológica también desempeñan un papel crucial en la lucha contra las infecciones nosocomiales. Recopilar y analizar datos sobre la incidencia y la prevalencia de estas infecciones nos proporciona información valiosa para identificar tendencias y patrones, lo que nos permite implementar estrategias efectivas de prevención y control. Como profesionales de la salud, debemos mantenernos actualizados sobre las últimas investigaciones y avances en el campo de las infecciones nosocomiales para mejorar constantemente nuestras prácticas y brindar la mejor atención posible a nuestros pacientes.
Las infecciones nosocomiales son un desafío complejo y multidimensional que afecta tanto a pacientes como a sistemas de salud en todo el mundo. Nuestra dedicación a la higiene, el seguimiento de las prácticas de control de infecciones y nuestra participación activa en la vigilancia epidemiológica son pilares clave para brindar una atención médica segura y de calidad. Trabajando en conjunto con otros profesionales de la salud, podemos reducir significativamente la incidencia de infecciones nosocomiales y mejorar el bienestar de nuestros pacientes.

2 Objetivos

- Definir qué se considera infección nosocomial o infección intrahospitalaria y explicar brevemente las principales causas que las provocan.
- Determinar cuáles son las medidas preventivas más adecuadas para que su prevalencia disminuya en nuestro entorno sanitario.
- Detallar como tiene que actuar el celador de hospital en la atención a los pacientes para evitar y prevenir las infecciones nosocomiales.

3 Metodología

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

4 Resultados

La investigación científica ha sido fundamental en el desarrollo de estrategias efectivas para prevenir y controlar las infecciones nosocomiales. Los estudios han demostrado que la higiene de manos adecuada es una de las medidas más eficaces para reducir la propagación de microorganismos patógenos en entornos hospitalarios. Además, la estandarización de protocolos de limpieza y desinfección, así como el uso adecuado de equipos de protección personal, han demostrado ser vitales para prevenir la transmisión de infecciones entre pacientes y personal sanitario.
La investigación ha puesto de manifiesto la creciente amenaza de microorganismos resistentes a los antibióticos, lo que dificulta el tratamiento de infecciones nosocomiales. La resistencia bacteriana es un desafío significativo que requiere una respuesta coordinada y basada en la evidencia. Para abordar este problema, se han llevado a cabo estudios que enfatizan la necesidad de un uso racional de los antibióticos, evitando su uso innecesario y promoviendo la prescripción basada en guías y pruebas diagnósticas.
El Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España (EPINE) es una importante investigación epidemiológica que se realiza periódicamente en hospitales españoles para evaluar la incidencia de infecciones nosocomiales y analizar su impacto en la atención médica. Este estudio proporciona datos valiosos sobre la prevalencia de infecciones en diferentes unidades de atención, permitiendo identificar tendencias y áreas de mejora en el control de infecciones.
Los resultados del Estudio EPINE han sido esenciales para comprender la magnitud del problema de las infecciones nosocomiales en España. La investigación ha mostrado que ciertas infecciones, como las relacionadas con catéteres urinarios y

respiradores, son más comunes en ciertas unidades hospitalarias. Esto ha llevado a la implementación de protocolos específicos de prevención en áreas de mayor riesgo.

Además, el estudio ha revelado que las infecciones nosocomiales afectan principalmente a pacientes de mayor edad y aquellos con estancias hospitalarias más prolongadas. Esto ha destacado la importancia de una vigilancia estrecha y una atención personalizada para estos grupos de pacientes, con el objetivo de reducir el riesgo de infecciones.

Otro hallazgo relevante del Estudio EPINE es la identificación de microorganismos resistentes en las infecciones nosocomiales. Estos resultados han reforzado la necesidad de programas de optimización de antibióticos y la adopción de medidas más rigurosas para evitar la propagación de infecciones por bacterias resistentes.

Según los datos del informe EPINE 2019 que estudia la prevalencia de las infecciones nosocomiales en España, las localizaciones más frecuentes han sido, en este orden, las infecciones quirúrgicas, respiratorias y urinarias.

La investigación científica sobre infecciones nosocomiales ha demostrado claramente que estas infecciones tienen un impacto significativo en la calidad asistencial. Además de aumentar la morbimortalidad de los pacientes, las infecciones nosocomiales prolongan la estancia hospitalaria, aumentan los costos médicos y generan una mayor carga para los sistemas de salud.

La investigación ha sido la base para el desarrollo y la implementación de medidas preventivas eficaces. Entre ellas, la promoción de una adecuada higiene de manos se ha convertido en una de las estrategias más cruciales en la lucha contra las infecciones nosocomiales. Los estudios han demostrado que el simple acto de lavado de manos puede reducir significativamente la propagación de patógenos y disminuir la incidencia de infecciones.

La investigación también ha destacado la importancia del control de infecciones y el uso racional de antibióticos. La estandarización de protocolos de limpieza y desinfección de superficies y equipos médicos ha demostrado ser eficaz para prevenir la transmisión de infecciones en el entorno hospitalario. Asimismo, la promoción de la prescripción basada en guías y pruebas diagnósticas ha ayudado a reducir la aparición de resistencia bacteriana, garantizando un uso adecuado y responsable de los antibióticos.

La investigación científica ha destacado la importancia de la educación y capacitación del personal sanitario en la prevención y control de infecciones nosocomiales. La formación continua y la actualización en las mejores prácticas son fundamentales para garantizar que el personal esté bien informado sobre las me-

didas preventivas y el manejo adecuado de pacientes colonizados o infectados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la investigación científica sobre infecciones nosocomiales ha sido esencial para mejorar la prevención y control de estas infecciones en los entornos de atención médica. Los estudios han proporcionado resultados valiosos que han impulsado la implementación de medidas preventivas basadas en evidencia, como la higiene de manos, el control de infecciones y el uso racional de antibióticos. El Estudio EPINE ha sido una valiosa herramienta epidemiológica que ha permitido entender la magnitud del problema en España, identificando áreas de enfoque y mejoras. Como celadores del SESPA, nuestro papel es fundamental en la promoción y apoyo de estas medidas preventivas y en garantizar su correcta aplicación en el entorno hospitalario. Trabajar en conjunto con el personal sanitario y mantenernos informados sobre los resultados de la investigación científica nos permitirá continuar mejorando la calidad de la atención médica y reducir el impacto de las infecciones nosocomiales en nuestros pacientes.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud -O.M.S.- (Epidemiología básica. Vigilancia Epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud).
2. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPPS nº30:2019).
3. Ducel G, Fabry J, Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica 2a edición. Organización Mundial de la Salud. 2012.
4. Bajo JA, Bajo JM, Lailla JM. (2007) Vigilancia de la infección nosocomial, indicador de calidad. Capítulo 12. 2007.
5. Pérez E, Fernández AM. Auxiliar de Enfermería. Séptima edición. McGrawHill/Interamericana de España, S.L. Madrid, 2016. Pag 477-495.

Capítulo 68

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU LABOR EN EL AREA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN HOSPITAL

RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ

RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ

ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ

SHEILA CASTILLO APARICIO

VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA

1 Introducción

Los cuidados paliativos como su nombre bien indica consisten en cuidados específicos para poder calmar o paliar el dolor, la angustia o sufrimiento que estos pacientes padecen debido a la enfermedad que están sufriendo, la cual ya es incurable y en su fase terminal. Algún tipo de estas enfermedades podrían ser el cáncer en estado muy avanzado, patologías respiratorias, cardiovasculares y enfermedades neurodegenerativas . Los cuidados paliativos estarán disponibles para el paciente tanto en el hogar como en un centro hospitalario , y estos cuida-

dos serán llevados a cabo por un equipo sanitario altamente cualificado desde enfermería , fisioterapeutas , médicos , psicólogos y no menos importante la figura del TCAE. El objetivo principal de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de las personas que están sufriendo este tipo de enfermedad incurable y de sus familiares, dándoles una atención completa y personalizada que les permita afrontar la enfermedad de manera más efectiva y con menos sufrimiento, ya sea mediante medicación , ejercicios ,tareas , comprensión , descanso ... En nuestro trabajo hablaremos sobre como tratar a este tipo de pacientes , de que herramientas disponemos y a que población van dirigidos este tipo de cuidados tan específicos , así como el papel que desempeña el TCAE en el área de cuidados paliativos en un centro hospitalario.

2 Objetivos

- Exponer las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermeria en los cuidados paliativos a pacientes en el centro hospitalario.

3 Metodología

Para realizar esta publicación se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales revistas científicas como Scielo y Pubmed haciendo una selección de artículos, en número suficientes para poder hacer esta revisión sistemática con las garantías posibles para cumplir los mínimos científicos exigidos.

4 Resultados

Una vez que el paciente y la familia se enteran de la enfermedad que existe y que necesita de los cuidados paliativos, van a pasar por los siguientes síntomas de duelo que nosotros como TCAE sabemos que ocurrirán estos síntomas son; -Sentimientos; Desconsuelo, soledad, nostalgia, rabia, culpabilidad, etc. -Sensaciones físicas; Tensión corporal, ansiedad, sensación de estomago vacío, etc. -Pensamientos; Intranquilidad, confusión, alucinaciones, etc. -Comportamientos; Soñar con el familiar que ha fallecido, falta de apetito, asilarse, llanto, etc. Por esta clase de cosas debemos como TCAE ofrecer la atención integral, al paciente y familia, porque nos vamos a convertir en sus mayores apoyos. Que nos comuniquen que un familiar va a fallecer es algo muy duro y difícil de entender y procesar, y normalmente la familia es el mayor apoyo en estos casos del paciente,

con lo cual la familia va a pasar por un proceso muy duro porque van a tener que ver como su familiar se apaga poco a poco, por ello la importancia de ofrecer nuestro apoyo emocional y psicológico también a la familia. Uno de nuestros objetivos como hemos nombrado es aliviar el dolor al paciente, por ello pasa a ser atendido en cuidados paliativos, para que durante el proceso, no sufra nada, con ello ofreceremos todas las comodidades que estén a nuestro alcance. Otro de nuestros objetivos es hablarles de la muerte, es un tema que evitamos nombrar, pero en estos casos hay que hablar de ello, para hacerles ver que es una etapa más de la vida, y que por muy duro que sea poco a poco debemos a salir hacia delante como familiares. Como TCAE debemos interesarnos sobre el interés del paciente y su familia, con ello me refiero a informarnos de si quiere saber o no de su enfermedad, animaremos la comunicación entre el paciente y su familia, para no sentir soledad y llegar a un estado depresivo, y nunca daremos esperanzas o ilusiones de algo que no va a ocurrir. Una vez pasado el fallecimiento debemos seguir ofreciéndole al familiar el apoyo emocional y psicológico que le estábamos ofreciendo hasta el fallecimiento, puesto que después de pasar por este duelo, son conscientes realmente cuando ya ha pasado y no está su familiar, ahí es cuando suelen caer en un estado depresivo, por ello debemos ofrecerle todo lo que esté en nuestras manos y seguir ayudándolos hasta que lo hayan aceptado y sepan vivir con ello.

5 Discusión-Conclusión

Con esta investigación aprendemos que llegados a un punto de la enfermedad para que el paciente no sufra debe empezar con sus cuidados paliativos, que si el paciente o la familia desea pasar esta etapa en su casa debemos ayudarles a que tengan las medidas de confort suficientes para ello y si es en el hospital o en 593 residencias donde pasan esta última etapa daremos todo lo que esté en nuestras manos para que estén lo más a gusto posible dentro de la situación que van a estar viviendo tanto al paciente como a su familia, con ello también aprendemos que no solo hay que darles apoyo emocional y psicológico al paciente también debemos dárselo a la familia porque van a pasar por diferentes etapas de duelo durante toda la enfermedad.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/formacion-profesional-enfermeria-tcae-cuidadospaliativos/#::text=Los%20pilares%20para%20unos%20cuidados%

20paliativos%
20de%20calidad,integral%20y%20multidisciplinar%20al%20paciente% 20paliativo%20y%20familia.

Capítulo 69

LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE QUE HA SUFRIDO UNA FRACTURA DE CADERA

RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ

RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ

ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ

SHEILA CASTILLO APARICIO

VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA

1 Introducción

Una fractura de cadera es una lesión grave, con complicaciones que pueden poner en riesgo la vida. Una fractura de cadera casi siempre requiere una reparación o reemplazo quirúrgico, seguido de fisioterapia. Esta lesión será mas frecuente en personas mayores, debido a diferentes causas o factores aunque también puede sufrirla cualquier persona por otros motivos como podría ser un accidente de tráfico. La fractura de cadera una vez sea ingresada en un hospital, implicará la participación de un equipo sanitario cualificado para tratarla , desde la planta de

traumatología, medicina interna , pasando por quirófano, rehabilitación , fisioterapia e incluso atención psicológica . No solo será tratada por un amplio personal sanitario, sino que es además una lesión con un alto coste para el sistema sanitario, pues implica a muchos profesionales , muchos materiales y una larga recuperación . Sería fundamental y de gran importancia tomar medidas para intentar conservar la densidad ósea y evitar caídas, esto podría ayudar a prevenir una fractura de cadera. En nuestro trabajo grupal hablaremos sobre las diferentes causas que pueden provocar una fractura de cadera , las complicaciones derivadas de dicha factura y sobre todo de los cuidados y atenciones que un TCAE debe proporcionar al paciente mientras esté ingresado en el área hospitalaria.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones que realiza el personal de TCAE ante un paciente que ha sufrido una fractura de cadera.

3 Metodología

Para realizar esta publicación se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales revistas científicas como Scielo y Pubmed haciendo una selección de artículos, en número suficientes para poder hacer esta revisión sistemática con las garantías posibles para cumplir los mínimos científicos exigidos.

4 Resultados

Una vez tenemos los objetivos claros que debemos seguir como auxiliares de enfermería en una residencia de mayores, sabemos que prevalece el cuidado de nuestros mayores, dejarles hacer lo que ellos puedan dentro de su autonomía siempre ayudándoles si lo necesitan por si hay riesgo de caídas, debemos intentar en medida de lo que podamos evitar las caídas para evitar dichas fracturas, puesto que en edad avanzada la recuperación suele ser lenta. Si presenciamos una caída y creemos que podría tener una fractura de cadera, inmediatamente avisaremos al enfermero de turno y no lo levantaremos hasta que este valore a nuestro residente. Como TCAE debemos conocer el protocolo a seguir si un residente sufre una caída y con ello una fractura de cadera, conocer los diferentes tipos que existen de fracturas aquí vamos a detallarlas brevemente; -Fracturas intracapsulares:

Afectan a la cabeza femoral y se asocian a luxaciones de cadera que están clasificadas en cuatro tipos: 1.Tipo I incompleta impactada. 2.Tipo II completa sin desplazamiento. 3.Tipo III completa con desplazamiento parcial. 4.Tipo IV completa y totalmente desplazada. -Fracturas extracapsulares: Producen más dolor e inestabilidad. Lo dicho, si presenciamos una caída de un residente y creemos que existe fractura debemos avisar al enfermero pero nosotros también podemos ir mirando si existe o no fractura, una de las maneras de saberlo es comprobando si las piernas las tiene a la misma altura o hay una más corta que otra, si eso es así seguramente tenga una fractura, una vez que el enfermero valore al residente el equipo de enfermería y el equipo médico deciden su derivación al servicio de urgencias, allí en urgencias mediante pruebas sabrán si hay fractura o no, si existe dicha fractura, los médicos valorarán el tratamiento de nuestro residente, puede ser reposo y que suelde sola o en la mayoría de los casos habría que intervenir quirúrgicamente, administración de analgésicos, inmovilizar la parte afectada, uso de heparina, controlar las constantes, etc. Cuando nuestro residente vuelva a la residencia el enfermero o el médico nos dirán el protocolo a seguir tanto si ha sido intervenido quirúrgicamente o no, debemos saber que parte ha sido, si debe estar en cama, si puede apoyar, etc. No podemos olvidarnos de los cambios posturales para que la herida de la operación y la cadera afectada no sea un punto de apoyo y debemos fijarnos siempre en la herida por si hubiese alguna alteración llamar al equipo de enfermería para realizar sus curas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión nuestro trabajo es prevenir las caídas de nuestros residentes para una mejor calidad de vida, pero si por lo que sea sufren una caída, se fracturan la cadera y tienen que ser intervenidos, debemos conocer el protocolo y el tratamiento a seguir con el que vuelven a la residencia desde el hospital, pero en el mayor de los casos el protocolo viene a ser el mismo, con la ayuda del equipo de fisioterapeutas, el equipo de enfermería, el equipo médico y el equipo de auxiliares de enfermería debemos dar un óptimo cuidado a nuestro residente, en nuestro caso, debemos realizar los cambios posturales cada dos horas, a la hora del aseo debemos cuidar las movilizaciones para evitar hacerle daño, también debemos observar como va la herida tras la operación y si vemos alguna alteración avisar a enfermería, entre todo debemos conseguir la recuperación de nuestro residente lo antes posible y de una manera óptima pudiendo recuperar su rutina y movilidad al 100%.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/fractura-cadera-pacientes-geriatricos/
https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-enpacientes-con-fractura-de-cadera/

Capítulo 70

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACIÓN EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ

RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ

ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ

SHEILA CASTILLO APARICIO

VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA

1 Introducción

Las unidades de psiquiatría se encuentran dentro de los centros hospitalarios. Por ello están constituidas por elementos asistenciales designados al ingreso de los pacientes que requieran un tratamiento en régimen de hospitalización. Tratan los problemas relacionados con la psicología del enfermo y son muy importantes. Las funciones de estas unidades son:

- Ayudar a los enfermos psicológicos.
- Atención Psiquiátrica de interconsulta.
- Ayudan a los casos de urgencias en los hospitales.
- Docencia e investigación.

Teóricamente estas unidades deben de estar ubicadas en pisos bajos para que podamos reducir los riesgos y problemas secundarios que puedan surgir. Las unidades psiquiátricas constan de:
-Servicio de internamiento psiquiátrico. Tienen que existir tres áreas perfectamente diferenciadas:
-Elementos asistenciales comunes a los demás servicios (lencería, office, etc.).
-Estancias adecuadas a tratamientos específicos que así lo requieran (sala de psicoterapia).
-Zonas especiales que surgen de las necesidades particulares de cada paciente (zona de reunión, etc.).
- Servicio de urgencia.
- Consulta psiquiátrica interdepartamental. Ayudan a lo que conocemos como psiquiatría preventiva. Con un equipo asistencial formado por Psiquiatras, Psicólogos, Diplomados de Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Celadores, y una dimensión que facilite el ambiente terapéutico formado por camas, actúan en los centros hospitalarios, si bien puede abarcar más de una de estas en función de criterios de dimensionamiento.

2 Objetivos

Identificar los cuidados que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ofrece a los enfermos de estas unidades y además también intentaremos dar una explicación o descripción de lo que este personal realiza en ellas de una manera sencilla y fácil entender.

3 Metodología

Para realizar esta publicación se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales revistas científicas como Scielo y Pubmed haciendo una selección de artículos, en número suficientes para poder hacer esta revisión sistemática con las garantías posibles para cumplir los mínimos científicos exigidos.

4 Resultados

Estos son algunas de las funciones que realizan las auxiliares de enfermería en la planta de psiquiatría: Se encargarán de levantar las persianas de las habitaciones de los pacientes a la hora que indiquen los médicos. Organizarán y rellenarán

con lo que falte los carros de la ropa limpia y de la ropa sucia Repartirán por las habitaciones el conjunto al completo de cambio de pijama de los enfermos, es decir repartirán el pijama nuevo, dos toallas corporales, una esponja jabonosa, crema corporal, cepillos, zapatillas de estar por casa además del champú y del gel. 620 Cambiarán las sabanas de todas las camas de los enfermos. Revisarán el aseo que se realizan los pacientes que sean independientes, y ayudarán a realizar el aseo a los pacientes dependientes o a aquellos pacientes que por alguna patología no puedan realizárselo bien. Recogerán la ropa sucia de las habitaciones y las echarán al carro de lencería. Abrirán las aulas de juego y colocarán los diferentes juegos de mesas o las pinturas para que los pacientes puedan entretenerse. Abrirán el patio en caso de que tengan, y una de las auxiliares se quedará allí para supervisar si hay algún incidente con alguno de los pacientes. Repartirán las bandejas del desayuno a los diferentes enfermos, siempre comprobando que la bandeja corresponde al paciente que le está siendo entregada. Ayudarán al personal de enfermería al reparto de la medicación. Serán las encargadas de recoger el comedor y supervisar que los pacientes se realiza de manera adecuada la higiene dental. Darán paso a las visitas de los enfermos siempre y cuando respeten las normas de horario tanto de llegada como de salida. Cuando llegue la hora, las auxiliares de enfermería del turno de mañanas serán las encargadas de repartir la comida a los pacientes. Se encargarán de levantar a los pacientes que se echen la siesta después de la comida. Cuando llegue la hora de la merienda, serán las auxiliares de enfermería las que repartan las bandejas a cada uno de los pacientes. Cuando llegue la hora las auxiliares serán las encargadas de bajar las persianas de las habitaciones hasta el día siguiente. Serán las encargadas de revisar cada cierto tiempo a los pacientes por la noche cada cierto tiempo. Escribirán en su historia clínica los cambios que se haya podido producir o si están alterados para que los psiquiatras valoren.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería como la figura sanitaria más cercana al paciente trabajará mano a mano con el resto del personal, garantizando una asistencia integral y de calidad al paciente, mostrando siempre su cara más afable y cercana para lograr que confíe y siga las pautas médicas con el fin de lograr su pronta recuperación. Es necesario ser conscientes de todos ellos para ver su evolución positiva, ya que con el paso de los años se ha conseguido convertir los manicomios en centros asistenciales con objetivos rehabilitadores claros, basados en la reintegración o reinserción social. La psicoterapia es, una vez más,

una herramienta muy positiva en los cuidados, siendo por ello que se propone su implantación en distintos dispositivos asistenciales.

6 Bibliografía

1. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/esdef/adjuntos/CuidadosAPsaludMental.pdf.

Capítulo 71

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA ORGANIZACIÓN DE MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES

BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

CRISTINA GARCIA REYES

SUSANA AVILA UBEDA

1 Introducción

En el ámbito sanitario, el personal de enfermería juega un papel fundamental en la gestión y distribución de medicamentos. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es una pieza clave en el proceso de administración de medicamentos, ya que su labor se extiende desde la recepción de los medicamentos hasta su entrega al paciente. Entre sus ocupaciones se encuentran: la preparación y dispensación de los fármacos, la identificación de los pacientes, la comprobación de las indicaciones médicas, la administración de los medicamentos según las pautas establecidas por el personal titulado, y el registro de las dosis administradas.
La gestión y distribución de medicamentos es un proceso crítico en el ámbito sanitario, ya que cualquier error en la administración puede tener consecuencias

graves para la salud del paciente. Por esta razón, es fundamental que el personal de enfermería, y en particular los TCAE, estén debidamente formados y capacitados para llevar a cabo esta tarea de manera segura y eficiente.
Para llevar a cabo las tareas de manera efectiva, el TCAE debe poseer una serie de competencias y habilidades, tales como capacidad de comunicación y trabajo en equipo, y destreza a la hora de identificar y prevenir errores en la administración de los medicamentos que se van a entregar al paciente.

2 Objetivos

- Analizar las funciones que le corresponden al TCAE en este proceso, así como las competencias y habilidades que debe poseer para llevarlas a cabo de manera efectiva.
- Discutir las medidas de seguridad y prevención de errores que deben adoptarse en la administración de medicamentos.

3 Metodología

Para la creación de este documento, se ha efectuado un estudio que implicó una inspección bibliográfica exhaustiva de la literatura científica disponible. Se realizó una búsqueda en múltiples obras, así como en una serie de artículos de las principales bases de datos, seleccionando textos científicos de publicaciones académicas revisadas que proporcionaron la base para este trabajo.
Palabras clave: TCAE, medicación, administración, dispensación, seguridad, manejo, funciones

4 Resultados

El TCAE debe poseer una serie de capacidades y habilidades específicas en las que se incluyen:
- Competencias técnicas: El TCAE debe ser capaz de preparar y dispensar los medicamentos de manera precisa y segura, siguiendo las pautas establecidas por el personal diplomado en enfermería. Debe conocer las diferentes vías de administración, como la vía oral, intravenosa, intramuscular o subcutánea. La enfermera puede delegar en el auxiliar la preparación y administración de medicamentos por vía oral, rectal o tópica siguiendo unos protocolos de actuación específica

para cada vía utilizada. Debe saber manejar, calibrar y hacer un uso correcto de los dispositivos, material y equipos a su cargo.

- Habilidades de comunicación: El TCAE debe ser capaz de comunicarse de manera efectiva con los pacientes y los profesionales sanitarios, mostrando empatía y respeto en todo momento. Debe ser capaz de explicar de manera clara y sencilla las instrucciones de los tratamientos y resolver las dudas o preocupaciones que puedan surgir en los pacientes. La información relativa a cualquier actividad en la administración debe ser completa, correcta y en el momento adecuado.
- Capacidad de resolución de problemas: El TCAE debe tener la habilidad de identificar y resolver los problemas que puedan surgir en la gestión y distribución de medicamentos, como errores en la prescripción, problemas de stock o incompatibilidades entre medicamentos. Debe saber actuar con rapidez y eficacia para minimizar los riesgos para la salud de los enfermos.
- Habilidades de trabajo en equipo: El TCAE trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales sanitarios, como enfermeros, médicos y farmacéuticos.

Por lo tanto, debe tener la capacidad de trabajar en equipo de manera efectiva, respetando las aptitudes y responsabilidades de cada uno de ellos y colaborando en la consecución de los objetivos comunes.

Las medidas de seguridad y prevención de errores son fundamentales en la administración de medicamentos para minimizar los riesgos de efectos adversos.

Algunas de las medidas que deben adoptarse antes de administrar un fármaco son:

- Identificación del paciente: Antes de administrar cualquier medicamento, es fundamental verificar la identidad. Esto se puede hacer preguntando al paciente su nombre completo, comprobando su pulsera de identificación o utilizando otros sistemas de identificación electrónica.
- Verificación de la prescripción: Se debe comprobar que la prescripción del medicamento es correcta y completa. Esto incluye comprobar el nombre del enfermo, el medicamento, la dosis, la vía de administración y la frecuencia de administración.
- Preparación adecuada del medicamento: Es importante verificar la dosis y la concentración del medicamento antes de su administración.
- Control de las interacciones medicamentosas: Es fundamental constatar si el paciente está tomando otros medicamentos que puedan interactuar con el medicamento que se va a administrar, si bebe o si fuma. Esto puede hacerse revisando la historia clínica o utilizando herramientas de ayuda a la decisión clínica. Es importante también averiguar si la persona atendida tiene alguna alergia a algún medicamento. Se debe ser consciente de las posibles interacciones o reacciones

que se produzcan observando al enfermo después de la administración y anotando cualquier incidencia y avisar a la enfermera si es necesario.
- Comunicación efectiva: Es importante comunicar de manera efectiva con el paciente y otros profesionales sanitarios involucrados en la atención. Esto incluye explicar al paciente el medicamento que se va a administrar, su dosis y posibles efectos secundarios, así como informar a otros profesionales sanitarios sobre la administración del medicamento.
- Registro y documentación: Resulta fundamental llevar un registro detallado y preciso de la administración del medicamento, que incluya la dosis suministrada, la fecha y hora en que se administró, la vía de administración utilizada y cualquier observación relevante que deba ser documentada de manera completa.
- Prevención de errores de medicación: Es importante adoptar medidas para prevenir errores de medicación, como la confusión entre medicamentos con nombres similares, la administración de dosis incorrectas o la administración por la vía incorrecta. Esto puede incluir la utilización de sistemas de verificación y doble comprobación, la utilización de etiquetas claras y legibles.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la administración segura de medicamentos es esencial para garantizar la seguridad de los pacientes y minimizar los riesgos de efectos adversos. Para ello, es fundamental adoptar medidas de seguridad y prevención de errores. La gestión y distribución de medicamentos es una tarea que requiere una gran atención y conocimientos especializados, ya que cualquier error en esta actividad puede tener graves consecuencias, como reacciones adversas, alérgicas y errores de medicación, que pueden ser irreversibles y tener un impacto devastador.
La función del TCAE es de gran importancia en la organización y entrega de medicamentos, por lo que es imprescindible que cuente con las habilidades y competencias necesarias para llevar a cabo estas tareas de manera segura y eficiente.

6 Bibliografía

1. El Auxiliar de Farmacia Hospitalaria [Internet]. ESSAE Formación. 2018 [citado 3 de mayo de 2023]. Disponible en: https://essaeformacion.com/el-auxiliar-de farmacia-hospitalaria
2. Machado de Azevedo Filho F, Soares Martins IM, Rodrigues Silva Soares CS, Gomes Fazendeiro P, Tanferri de Brito Paranaguá T, Queiroz Bezerra AL.

Administración de medicamentos: conocimiento de los enfermeros del sector de urgencia y emergencia. Enferm Glob [Internet]. 2012 [citado 3 de mayo de 2023];11(26):54-69. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200005
3. de Enfermería Ocronos RM y. Funciones del TCAE (Técnico en Cuidados de Enfermería) [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. Ocronos - Revista Médica y de Enfermería; 2019 [citado 3 de mayo de 2023]. Disponible en: https://revistamedica.com/funciones-tcae-tecnico-en-cuidados-de-enfermeria/
4. Importancia del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la farmacia hospitalaria [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA «2023: Sanidad, un trabajo en equipo». 2022 [citado 3 de mayo de 2023]. Disponible en: https://congresosicepa.com/tcae-farmacia-hospitalaria/

Capítulo 72

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y SU FUNCION CON LOS ANCIANOS CON POCA MOVILIDAD

BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

CRISTINA GARCIA REYES

SUSANA AVILA UBEDA

1 Introducción

Es normal que ante un ingreso de las personas que se encuentran en la última etapa de su vida surjan problemas y complicaciones que van a provocar efectos no deseados en el paciente. En muchas ocasiones, estos problemas van a surgir por problemas de organización y estructuración del propio sistema sanitario, del personal sanitario que lo atiende en el que se incluyen los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y las características propias del paciente.
En las características del paciente, es decisivo la edad biológica del mismo, así como las posibles consecuencias que puedan existir derivadas del ingreso. Esto recibe el nombre de cascado iatrogénica, en la que aparecen unas dificultades pese a ser el ingreso de poca envergadura.

En las sociedades occidentales y principalmente en nuestro país, la población presenta una pirámide invertida, por lo que el número de personas que ingresan con más de 65 años va siendo cada vez más elevado. Por otra parte, los hospitales de agudos de las zonas rurales se están convirtiendo en grandes geriátricos por lo que se hace necesario la formación en geriatría para el personal sanitario y en concreto para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
Cuando un anciano ingresa son múltiples las patologías que el personal sanitario debe abordar durante el ingreso.

2 Objetivos

Revisar las complicaciones que puede surgir o aparecer asociadas al ingreso hospitalario de las personas mayores, así como el papel de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con este colectivo.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica con carácter científico sobre las complicaciones asociadas al ingreso hospitalario de las personas mayores, en páginas especializadas de internet con buscadores como Pubmed, Medline, Scielo, Cochrane.
Esta búsqueda documental y las palabras claves utilizadas en esta búsqueda han sido: personas mayores, ancianos, hospitalización, complicaciones entre otros.
El periodo admitido para las publicaciones se limitó al intervalo de tiempo que va desde el año 2003 al año 2023. A la primera recolección de estudios localizados se les aplicó unos criterios de inclusión/exclusión quedando así seleccionados para nuestro trabajo una serie de estudios para nuestra investigación.

4 Resultados

En la revisión bibliográfica realizada, hemos observado que el ingreso de las personas mayores conlleva una serie de complicaciones en la salud del mismo y en el entorno social que soporta los cuidados del paciente. Un problema que se presenta con regularidad es el delirio que se presenta como una alteración de la conciencia debido a que el paciente sale de su espacio de confort y del entorno que conoce. Esto produce unas alteraciones en el ciclo del sueño - vigilia.

Una de cada tres personas ancianas ingresadas en los centros sanitarios de agudos sufre delirio y se suele prolongar durante todo el tiempo de estancia con lo que se le añaden otras complicaciones sanitarias.
Se trata de prevenir a toda costa con el descanso nocturno, el apoyo a la orientación, facilitar la movilización que favorece el descanso y en última medida se usará la farmacología.
Unido al delirio, el tema de la malnutrición y la absorción de los nutrientes por parte de estas personas es algo que se hace evidente durante el ingreso. Este problema suele ser poco valorado, pero algo que ese ha normalizado durante los ingresos hospitalarios, suele afectar a la mitad de los ingresos. Además del cambio fisiológico de la edad, afecta al tema nutricional la edentulia, la disfagia, el uso de medicación etc.
Durante la realización del proceso de atención de enfermería se debe valorar el tema de la malnutrición como la base para la recuperación del paciente. Ante esto se debe variar la dieta del paciente para que evite y refuerce los nutrientes que favorecen las causas del ingreso hospitalario. Se pueden aportar suplementos nutricionales.
Otro aspecto a tener en cuenta muy común en las personas mayores son las caídas. Suelen ser acontecimientos que no están previstos y pasan porque la personas se encuentra en un medio que ha sido modificado con diferentes aspectos ambientales.
Por último, el estreñimiento ante los cambios de ambiente y de nutrición suele aparecer en estas personas durante su ingreso por ello se debe favorecer la dieta rica en fibra y la movilidad. En caso extremo se toman medidas farmacéuticas.

5 Discusión-Conclusión

De este capítulo se puede concluir que la heterogeneidad entre los perfiles de ancianidad ante un ingreso sanitario y las posibles medidas a tomar para evitar las complicaciones.
Por lo tanto, las dificultades asociadas a las personas ancianas son multicausales, aunque frecuentemente una misma causa genera la aparición de otras, por lo tanto, la aplicación de un proceso de atención en enfermería efectivo sobre esta causa reduce la aparición de otros problemas. La ejecución adecuada de este proceso es responsabilidad del técnico en cuidados auxiliares de enfermería por ello debe ser conocer del mismo.
De esta forma, estas dificultades en el ámbito sanitario generan insatisfacción o satisfacción en los pacientes en función de la forma en que se abordan.

6 Bibliografía

1. Martínez Velilla NI, Petidier Torregrosa R, Casas Herrero A. Delirium en el paciente anciano; actualización en prevención, diagnóstico y tratamiento. Med Clin (Barc), 2012.
2. I. Martín Lesende. Detección de ancianos de riesgo en atención primaria; recomendación. Aten Primaria, 36 (2005), pp. 273-277
3. . Gómez-Pavón, I. Martín Lesende, J.J. Baztán, P. Regato, F. Formiga, A. Segura, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol, 42 (2007), pp. 15-56
4. I. Martín Lesende, A. Gorroñogoitia. El anciano frágil. El Médico (formación acreditada on line, atención al anciano), 1074 (2008), pp. 21-30
5. Pastó Cardona L, Masuet Aumantell C, Bara Oliván B, Castro Cels J, Colpés Estela A, Páez Vives F. et al. Esrtudio de la incidencia de los errores de medicación en los procesos de utilización del medicamento: prescripción, transcripción, validación, preparación, dispensación y administración en el ámbito hospitalario. Farm Hosp. 2009.

Capítulo 73

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. LA LIMPIEZA Y ORGANIZACION DE LOS CARROS DE CURAS

BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

CRISTINA GARCIA REYES

SUSANA AVILA UBEDA

1 Introducción

Es un dispositivo con ruedas y ligero de mover que por lo normal lleva dos o tres bandejas colocadas de forma paralela y en cada bandeja va colocado todo el material necesario para su fácil distinción, también lleva incorporado a uno de los laterales un pequeño departamento en el que se pone una bolsa de basura para ir tirando todo el material usado, por ello el carro de curas es un elemento móvil con el fin de poder trasladar todo el material que necesitamos para realizar curas tanto en un hospital, centros de salud o centros residenciales.
Como TCAE debemos conocer todos los aparatos e instrumental que vamos a utilizar para las curas junto al equipo de enfermería y médico los cuales se encargarán de realizar las curas, nuestra tarea como TCAE es conocer cada aparato e

instrumentos que se utilizan en las curas y procedimientos médicos y por lo que nos hace responsables de preparar todo en el carro, la limpieza, desinfectarlo y esterilizarlo y almacenar el instrumento para su siguiente uso.
Con ello, la desinfección de suelos y superficies también son muy importantes, como bien decimos la limpieza, desinfección y esterilización del instrumental y materiales utilizados día a día, y el lavado de manos, es lo primordial para evitar enfermedades.
Todo material que vaya a ser desinfectado o esterilizado se debe limpiar previamente para eliminar cualquier materia orgánica y otros residuos.
Utilizaremos agua con detergente recomendado, con ayuda de cepillos, estropajos y demás utensilios necesarios para despegar los residuos, posteriormente se aclara y se seca antes de su desinfección o esterilización.
Todo el material es delicado y muy costoso hay que tratarlo con delicadeza y cuidar mucho.

2 Objetivos

Exponer e indicar las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en la limpieza de aparatos y carros de curas.

3 Metodología

Para realizar este trabajo de investigación se han utilizado diferentes apuntes de estudio del GMTCAE y he visitado diferentes páginas en Google, con ello también se ha usado enciclopedias médicas y experiencias profesionales propias del día a día en mi trabajo como TCAE.

4 Resultados

El carro de curas de Enfermería no proporciona una agilidad y facilidad para el trabajo del equipo de Enfermería, puesto que van con el carro hacia donde quieran con todo el material e instrumental necesario para realizar su trabajo lo cual logran atender más rápido a cada paciente.
El carro de curas suele ser de un tamaño estándar para que una persona sola pueda moverlo sin problema.
Hay diferentes tipos de carros y de diferentes materiales, el más habitual está hecho de acero inoxidable por la resistencia que estos ofrecen, y por su fácil

limpieza.
En cada departamento o planta encontraremos un carro de curas para facilitar en cada momento el trabajo del equipo de enfermería y médico.
El carro de curas lo componen diferentes materiales y utensilios a continuación los detallaré brevemente;
-Gasas y apósitos de varios tamaños para cada tipo de herida.
-Vendas
-Algodón
-Paños estériles.
-Esparadrapo de varios tamaños.
-Suero fisiológico.
-Guantes estériles y no estériles de todas las tallas para todos los empleados.
-Puntos de sutura de diferentes tipos y tamaños.
-Jeringas desechables con diferentes tamaños.
-Agujas desechables con distintos tamaños.
-Bateas
-Antisépticos
-Medicamentos como las pomadas, anestésicos locales, etc.
-Sonda acanalada.
-Tijeras para realizar vendajes.
-Pinzas
-Bisturí
Nosotros como TCAE como bien hemos nombrado somos los encargados de limpiar y cargar todo el material necesario para cada turno y como todo, tenemos un protocolo a seguir, los pasos serán; lavado de manos y ponernos guantes, retirar la bolsa de basura que esté usada y todo lo que haya en el carro para limpiarlo todo el carro secar todo el carro después de su limpieza y una vez limpio y seco reponemos todo el material necesario para su uso.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión sabemos que el carro siempre tiene que mantenerse limpio y todo el material necesario repuesto para su próximo uso y que nosotros como TCAE somos los responsables de que eso sea así.
La limpieza hay que hacerla a diario para un buen uso de él, cuando el carro está limpio y preparado para su uso el equipo de enfermería avanza en su trabajo porque simplemente tendrá que coger el carro y proceder a realizar las curas, o si surge alguna urgencia también está preparado para ello.

A la hora de limpiarlo debemos limpiar desde la zona más limpia y terminar por la más sucia, siempre con guantes para evitar infecciones.
Una vez esté limpio y el material repuesto si no va a ser utilizado se guardará en el cuarto de almacén del equipo de enfermería.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/mantenimiento-carro-curas-tcae/
https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA12-LIMPIEZAMATERIAL-1.pdf

Capítulo 74

TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE): PACIENTE EPILÉPTICO

FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ

ELENA BARRIO HERRERO

CLOTILDE MARTINEZ MAGAN

ANA VANESA CIUDAD RUIZ

ROCÍO CAMACHO TORRES

1 Introducción

En este capitulo vamos a desarrollar las normas básicas de actuación por parte del técnico en cuidado de auxiliar de enfermería cuando nos encontramos con un paciente diagnosticado como epiléptico , con paciente con crisis convulsiva o con status epiléptico.
Lo primero que tenemos que hacer es diferenciar entre epilepsia, crisis convulsiva y status epiléptico.
Se habla de epilepsia cuando el paciente ha tenido más de dos crisis convulsivas y por tanto es considerada una enfermedad crónica ocasionada por cambios en el tejido cerebral que ocasiona que el cerebro emita señales. Las causas más comunes de la aparición de epilepsia en pacientes son: padecer accidente

cerebrovascular, Alzheimer, traumatismo craneal, infecciones cerebrales, fenilcetonuria, tumor cerebral, etc.
Se habla de crisis convulsiva cuando se dan contracciones musculares involuntarias originadas por descargas eléctricas anormales en las neuronas cerebrales. Cuando las contracciones sólo se producen en una parte del cuerpo se habla de crisis convulsiva parcial y si las contracciones musculares están generalizadas por todo el cuerpo se habla de crisis convulsiva generalizada.
Se habla de status epiléptico cuando una crisis epiléptica o una crisis convulsiva dura más de 5 minutos , o bien terminada una crisis convulsiva antes de pasar un minuto empieza otra nueva crisis convulsiva .

2 Objetivos

- Desarrollar las normas básicas de actuación cuando nos encontramos con un paciente que presenta crisis epiléptica, crisis convulsivas o estatus epilépticos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:
Bases de datos: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda : funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, epilepsia, patologías que pueden derivan en epilepsia, definición de crisis convulsiva, definición de estatus epiléptico, normas básicas de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería cuando se encuentran con un paciente en crisis convulsiva o en status epiléptico.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, epilepsia, patologías que pueden derivan en epilepsia, definición de crisis convulsiva, definición de estatus epiléptico, normas básicas de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería cuando se encuentran con un paciente en crisis convulsiva o en status epiléptico, artículos en castellano que como máximo tuvieran 7 años de antigüedad.

4 Resultados

¿ Cómo reconocer una crisis convulsiva?
Si el paciente presenta una crisis convulsiva: existe perdida de conciencia total o esta se ve alterada, existen movimientos espásmicos incontrolados de extremidades., los labios morados, con mordedura de lengua y expulsión de espuma por la boca, pérdida del control de esfínteres, sudoración, taquicardia, hipertensión, etc.
Pautas generales de actuación con paciente en crisis convulsiva que se encuentra en centro de salud o hospilal:
- Sin realizar ningún tipo de inmovilización impedir que se haga daño.
- Poner en posición de decúbito lateral (derecha o izquierda) con el fin de evitar que se produzca una broncoaspiración.
- Se retiran prótesis dentales, aparatos dentales extraíbles o cualquier cuerpo extraño que esté ubicado en las vías aéreas
- Se inserta cánula de Guedel o de tubo de mayo para mantener libres las vías respiratorio, aunque esto está contraindicado si el paciente presenta contracción en la mandíbula.
- Se lleva a cabo tanto la monitorización de las constantes vitales como de la saturación de oxigeno
- Se administra oxigeno
- Se realizará análisis de glucemia.
Pautas generales de actuación con paciente en crisis convulsiva que no se encuentra ni en centro de salud ni hospital:
- Llamar al 112 o al servicio de urgencias más próximo. Explicándole que hay un paciente con crisis convulsiva y el lugar donde está ubicado.
- Sin realizar ningún tipo de inmovilización impedir que se le haga daño.
- Poner en posición de decúbito lateral (derecha o izquierda) con el fin de evitar que se produzca una broncoaspiración.
- Se retiran prótesis dentales, aparatos dentales extraíbles o cualquier cuerpo extraño que esté ubicado en las vías aéreas.
- Esperar a los servicios sanitarios.

Protocolo actuación o normas básicas de actuación con paciente que se encuentra en estatus epiléptico fuera del ámbito sanitario:
- Garantizar la entrada de oxígeno a través de las vías aéreas.
- Si existe la posibilidad suministrar oxígeno.

- Ponerse en contacto con emergencias para proceder al traslado del paciente al servicio de urgencias del hospital más cercano.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados de auxiliar de enfermería tiene muchas posibilidades de encontrar a un paciente con crisis convulsiva o con status epiléptico tanto en el desarrollo diario de su trabajo en el ámbito sanitario como como persona de a pie (puesto que el tanto porciento de personas que padecen epilepsia ronda al 10%), esto implica que sea necesario conocer las pautas generales de actuación tanto en paciente con crisis convulsiva dentro del ámbito sanitario, como paciente con crisis convulsiva fuera del ámbito sanitario y de paciente con status epiléptico fuera del ámbito sanitario, el conocimiento de estas normas pueden suponer la supervivencia de la persona que la padece sin sufrir otro tipo de lesiones asociadas a ella.

6 Bibliografía

Wikipedia. https://www.medintensiva.org.
https://www.ibsalut.es
https://www.apiceepilepsia.org
https://www.cdc.gov
http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com

Capítulo 75

VALOR DEL USO DE HABILIDADES SOCIALES POR PARTE DE LOS TCAES EN EL ÁMBITO SANITARIO

FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ

ROCÍO CAMACHO TORRES

ANA VANESA CIUDAD RUIZ

CLOTILDE MARTINEZ MAGAN

ELENA BARRIO HERRERO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar algunas técnicas para desarrollar habilidades sociales en los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería que nos sirvan para humanizar el trato que reciben los pacientes en el ámbito sanitario .
¿Por qué hemos elegido este tema?
Los TCAE según el RD 546/1995 de 7 de abril debemos tener capacidad profesional para humanizar la asistencia sanitaria al paciente, y aunque existen numerosas técnicas para llegar a este fin una de ellas es disponer de habilidades sociales, que no solo nos van a servir a humanizar la asistencia sanitaria con el paciente, sino que nos van a ayudar a mantener mejores relaciones con todos los miembros del equipo del que formamos parte.
¿ A qué nos referimos cuando hablamos de humanizar la asistencia sanitaria?

Cuando hablamos de humanizar la atención sanitaria nos referimos a salvaguardar en la medida de nuestras posibilidades la intimidad del paciente, respetar la historia personal del paciente, acatar sus decisiones, respetar su entorno familiar, etc., es decir, proporcionar al paciente unos cuidados de forma respetuosa, empática y siempre teniendo en cuenta los valores del paciente y las decisiones que tome durante todo el proceso.
Y ¿Qué son las habilidades sociales?
Son las capacidades que una persona posee o debe aprender (si no las posee) que le permiten mantener una buena relación con los demás y les sirve entre otras cosas poder gestionar conflictos, mantener conversaciones, etc.

2 Objetivos

- Dar a conocer técnicas de habilidades sociales para que los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería puedan desarrollar la capacidad de humanizar el servicio sanitario.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:
Bases de datos : se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones del TCAE según RD 546/1995 de 7 de abril, definición de humanizar, definición de habilidades sociales, y técnicas de habilidades sociales.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre; funciones del TCAE según RD 546/1995 de 7 de abril, definición de humanizar, definición de habilidades sociales, y técnicas de habilidades sociales, artículos en castellano con un máximo de 7 años de antigüedad.

4 Resultados

Existen múltiples y variadas técnicas de desarrollo de habilidades sociales, entre las que vamos a destacar:
- Técnica del disco rayado: Esta técnica consiste en repetir las veces que sea necesaria nuestra argumentación siempre precedida por el vocablo no, (En esta tec-

nica el TCAE debe poner especial atención para que lo que está transmitiendo de forma verbal coincida con lo que está diciendo con su lenguaje no verbal).
Ejemplo: Estamos en la consulta de oftalmología y llega un paciente muy sofocado que quiere que le cambiemos la cita que tiene para que el medico lo vea al mes de la consulta anterior, que dice que el medico le dijo que lo tenia que ver al mes.
Respuesta: No, Sr./Sra, yo no le puedo cambiar esa cita porque el doctor dijo que tenia que verla en seis meses y su cita es justo a los seis meses.
Paciente: Pero, a ti que más te da, por favor cámbiamela.
Respuesta: No, Sr./Sra, yo no le puedo cambiar esa cita porque el doctor dijo que tenia que verla en seis meses y su cita es justo a los seis meses.
Paciente: No me la cambias porque no te da la gana.
Respuesta: No, Sr./Sra., yo no le puedo cambiar esa cita porque el doctor dijo que tenía que verla en seis meses y su cita es justo a los seis meses.
Etc.

- Técnica de ignorar: Consistente en ignorar el motivo por el que el paciente se encuentra tan enfadado, es decir, no entrar en discusión con él por el motivo que lo tiene alterado aplazando la conversación para el momento adecuado.
Ejemplo: Pasamos a dar de comer un paciente y muy alterado y con malas formas nos dice que no tienes vergüenza siempre me das de comer el último.
Respuesta, decirle sin entrar en sus provocaciones y de forma respetuosa: estás muy enfadado creo que ahora no debemos hablar del tema, voy a darte de comer y más tarde hablamos.

5 Discusión-Conclusión

Disponer de habilidades sociales , conocer técnicas de habilidades sociales (como son (entre otras, las desarrolladas en este capítulo) la técnica del disco rayado y la técnica de ignorar) y aplicarlas en su día a día no sólo con los pacientes si no con toda la comunidad que conforma el sistema sanitario ayuda al técnico en cuidados de auxiliar de enfermería no solo a desarrollar la competencia de humanizar la atención sanitaria, sino además a evitar estrés y conseguir mejores resultados en el desarrollo de su trabajo en cualquiera de los múltiples servicios que nos encontramos el ámbito sanitario.

6 Bibliografía

RD 576/1995 de 7 de abril por el que se establece el título de tecnico en cuidados de auxiliar de enfermeria. https://psicologosoviedo.com
https://blogneurop.com
https:www.psicologia-online.com
https://habilidadsocial.com
https://www.randstad.es/tendencias360/gestion-del-conflicto-la-tecnica-del-disco-rayado/#::text=La%20llamada%20%E2%80%9Ct%C3%A9cnica%20del%20disco,va%20a%20lo
https://grullapsicologiaynutricion.com/blog/tecnica-disco-rayado
grar%20su%20objetivo. https://lamenteesmaravillosa.com/tecnicas-asertivas-para-la-resolucion-de-conflictos/#::text=T%C3%A9cnica%20de%20ignorar,haci%C3%A9ndonos%20da%C3%B1o%20con%20las%20palabras.

Capítulo 76

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): MANTENIMIENTO DE LA CAMA O DE LA CAMA HOSPITALARIA EN LAS ADECUADAS CONDICIONES HIGINICO- SANITARIA

FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ

ELENA BARRIO HERRERO

CLOTILDE MARTINEZ MAGAN

ANA VANESA CIUDAD RUIZ

ROCÍO CAMACHO TORRES

1 Introducción

Con el fin de mantener al paciente en las adecuadas condiciones higiénico-sanitarias los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería o TCAES debemos realizar el cambio de ropa de la cama (sábanas, funda de almohada y cubre colchones) al menos una vez al día, o todas las veces que sea necesario para proporcionar al paciente confort.
Pero, ¿qué diferencia existe entre cama y cama hospitalaria?

La diferencia radica en que la cama hospitalaria hace referencia a las camas que ocupan los pacientes hospitalizados (por tanto las camas que hay en las unidades de hospitalización, las camas de las unidades de cuidados intensivos, las camas de las unidades de reanimación, las incubadoras fijas y las cunas (siempre que no Esten ocupadas por recién nacidos sanos) mientras que el resto de camas del hospital son las ocupadas por pacientes de forma transitoria (como las camas del servicio de urgencias, las incubadoras móviles, etc.), por los acompañantes de los pacientes o por parte del personal del servicio sanitario.
Aunque los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería nos encargamos del mantenimiento en condiciones higiénico-sanitarias de las camas del servicio de urgencias y de las incubadoras móviles en este capitulo vamos a desarrollar las normas generales para llevar a cabo el arreglo de una cama hospitalaria independientemente de que la cama se encuentre ocupada por paciente con movilidad, esté ocupada con paciente encamado o se encuentre vacía.

2 Objetivos

- Desarrollar las normas generales que los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería deben poner en marcha, cada vez que realiza el aseo de una cama hospitalaria.
- Destacar la importancia del T.C.A.E en el ámbito sanitario,

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado.
Bases de datos: se han utilizado los motores de búsqueda: Google académico y Dialnet, WorldWidedeScience.org y Scielo.
Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones del técnico de cuidado de auxiliar de enfermería relacionados con la limpieza y aseo de la cama y/o cama hospitalaria ,cama hospitalaria, qué se considera cama de hospital y que se considera cama hospitalaria y normas generales para realizar el aseo de una cama hospitalaria.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones del técnico de cuidado de auxiliar de enfermería relacionados con la limpieza y aseo de la cama y/o cama hospitalaria ,cama hospitalaria, qué se considera cama de hospital y que se considera cama hospitalaria y normas generales para realizar

el aseo de una cama hospitalaria , artículos que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Aunque parece algo sencillo el conocido en el lenguaje vulgar como hacer una cama pero en el ámbito sanitario como tendido de cama hospitalaria ocupada deben cumplirse unas normas básicas de actuación o protocolo de actuación de los técnicos en cuidado de auxiliar de enfermería para el tendido de cama ocupada.

Antes de iniciar el proceso del tendido de cama hospitalaria el TCAE deberá tener preparado dos carros uno para la ropa sucia y otro para la ropa limpia (con toda la ropa de cama necesaria que debe coger del carro de ropa enviado por el servicio de lencería). Estos carros se deben dejarse en el pasillo y nunca pasarlos a los habitáculos de los pacientes.

- La ropa de la cama (sábanas, entremetidas y funda de la almohada) debe cambiarse todas las mañanas tras el aseo del paciente y siempre que por cualquier circunstancia la ropa de la cama tenga manchas o esté mojada.
- Previamente a la realización del tendido de cama el TCAE debe proceder a lavarse las manos siguiendo el protocolo de lavado higiénico de manos y tras este ponerse los guantes no estériles, este proceso debe repetirse cada vez que va a realizar un tendido de cama nuevo(tras depositar la ropa sucia en el carro indicado para ello).
- Siempre antes de iniciar el proceso de tendido de cama el TCAE debe explicar al paciente que se va a proceder a este proceso, pidiéndole que se levante cuando las patologías del paciente lo permitan o pidiendo su colaboración en caso de que deba permanecer encamado.

Si el paciente permanece en la cama salvaguardar su intimidad poniendo biombo.

- Para realizar el tendido de la cama el TCAE debe colocar la cama en posición horizontal (si el paciente está encamado se debe comprobar que no hay indicación expresa en la que se especifique que no se puede poner al paciente en esa postura) y a la altura adecuada para no forzar la columna vertebral.
- Colocar primero el cubrecolchón, después la sábana bajera, en caso de ser necesaria entremetida (poniendo especial cuidado en no dejar arrugas), sábana encimera, manta ,colcha(de forma que cubran los hombros del paciente y remetidas bajo el colchón) y funda de almohada.
- El TCAE debe evitar el contacto de la ropa de cama sucia con su uniforme como así mismo no debe depositar esta ropa sobre ningún lado del habitáculo.

5 Discusión-Conclusión

El tendido de cama por parte del TCAE, es una función que está realizando prácticamente durante toda su jornada laboral de ahí la importancia de que sea conocedor del protocolo de actuación a seguir, el tendido de cama correcto puede evitar multitud de patologías a los pacientes(entre los que podemos mencionar la aparición de ulceras por fricción e infecciones), además de fomentar la autoimagen del paciente y la imagen del servicio sanitario de salud (no es lo mismo ver una cama limpia, arreglada que ver a un paciente con las sábanas llenas de manchas (sangre, vomito, comida, etc.).

6 Bibliografía

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal sanitario de los servicios de salud.
Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación profesiones sanitarias.
RD 576/1995 de 7 de abril por el que se establece el título de técnico en cuidados de auxiliar de enfermería.
Protocolos de actuación de los T.C.A.E.S en los servicios hospitalarios del H.G.U.C.R.

Capítulo 77

LAS APLICACIONES INFORMÁTICAS EN EL ÁMBITO SANITARIO HABITUALES EN EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER

ESMERALDA TEBAR MARTINEZ

ADELA JIMENEZ TENDERO

LAURA BALLESTEROS VILLEGAS

MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ

1 Introducción

La informática está presente en muchas de las tareas del ámbito sanitario: gestión de operaciones comerciales, personal, gestión clínica, gestión de almacén, etc. Los programas ofimáticos generales y los programas de gestión clínica son habituales en el trabajo del auxiliar de enfermería.

En el ámbito de gestión y control tenemos aplicaciones informáticas que nos ayudan en la gestión de distintas áreas: Económica, almacén: (compras, proveedores, pedidos, control y valoración de existencias, petición de material desde planta,

etc.), facturación de la atención sanitaria, atención hospitalaria (admisión de pacientes, citas para consultas, etc.)

Por otro lado, tenemos las actividades vinculadas directamente a los pacientes: documentación clínica (elaboración, gestión, estudio y archivo de la historia clínica), visualización de resultados de pruebas radiológicas, gestión de las curas de enfermería, áreas especiales: urgencias, farmacia hospitalaria.

Para evitar pérdidas de información, es conveniente hacer copias de seguridad de los documentos más importantes en dispositivos de almacenamiento seguro (disco duro externo, CD, lápiz de memoria…). También hay que tomar precauciones para evitar virus informáticos y malwares (programas maliciosos, como troyanos, espías…), con programas antivirus y cortafuegos.

Otro aspecto a tener muy en cuenta es la protección de la confidencialidad, amparada por la
Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).

El actual reglamento de protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de sus datos personales es el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD). Para evitar el acceso a la información de los pacientes, los programas de gestión clínica tienen que estar protegidos por contraseñas de acceso a diferentes niveles. Así, cada trabajador puede ver exclusivamente los datos relacionados con su propia actividad profesional.

Su uso se ha extendido a todos los niveles sanitarios, desde pequeñas consultas hasta grandes hospitales. Las entidades de un tamaño considerable utilizan amplias redes de ordenadores y potentes programas, desarrollados por empresas especializadas, relacionados con:

• Documentación clínica: elaboración, gestión y archivo de la historia clínica (HC) electrónica o digital. Al abrir una nueva, el sistema informático crea una ficha índice o resumen del paciente con el número de HC y sus principales datos de identificación (nombre y apellidos, DNI, sexo, fecha de nacimiento…).

• Gestión de la atención hospitalaria: admisión, programación de consultas, etc.

• Áreas especiales: urgencias, farmacia hospitalaria, etc.

• Gestión informatizada de los cuidados de enfermería: enfermeros y auxiliares

de enfermería utilizan el ordenador para consultar el plan de cuidados de sus pacientes y registrar tanto las actividades de observación como las acciones realizadas.

• Facturación de la atención sanitaria.

• Gestión de almacenes sanitarios.

Para organizaciones más pequeñas, existen diferentes programas de gestión clínica con los que el auxiliar debe estar familiarizado.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es explicar de forma general, el papel tan importante que tienen las aplicaciones informáticas en la actualidad, en cuanto a gestión general se refiere.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo hemos consultado algunos temarios, en Internet con publicaciones específicas que hemos encontrado a través del buscador Google Académico, así como también hemos consultado la ley de protección de datos que tenemos actualmente en vigencia.

4 Resultados

En los programas de gestión sanitaria, cada profesional tiene un nivel de acceso a la información, con más o menos restricciones, que irá definido por su categoría y el uso que puede hacer con la información de los pacientes.

LA HISTORIA CLINICA:

Se abre en la primera visita y en ella se anotan todos los datos sobre los antecedentes y los problemas de salud del paciente, los diagnósticos y los tratamientos.

AGENDA DE CITAS:

Para gestionar la atención sanitaria, es imprescindible una buena organización de las citas de los pacientes. Para ello, se ha extendido el uso de aplicaciones in-

formáticas, que permiten hacer un listado diario del plan de visitas con el nombre de los pacientes, el horario de entrada y el motivo de la consulta.

Con las aplicaciones de gestión informática también se realizan trabajos para la gestión económica, aplicaciones de facturación y aplicaciones de almacén, por ejemplo.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tendrá contacto sobre todo con las aplicaciones informáticas que hagan referencia a los pacientes, en la que podrán consultar o modificar algunos datos que atañen a su trabajo, la gestión de su historial en los centros de salud o en la evolución del paciente en los ingresos hospitalarios, visitas a urgencias…
Es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería sepa manejar las aplicaciones informáticas, ya que será por este medio por el que obtendrá información y la registrará para que pueda ser consultada por el resto del equipo sanitario.

La persona que podrá obtener mayor información sobre los datos del paciente será el médico responsable y se encarga de dar las indicaciones pertinentes al equipo de enfermería.

Es por ello, que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben tener un gran dinamismo a la hora de comunicarse con todo el equipo sanitario, aunque obtenga información a través de estas aplicaciones informáticas.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, en los centros sanitarios, tanto de Atención Primaria como especializada, la información de los pacientes se organiza a través de aplicaciones informáticas.

En ellas el personal sanitario registra todo tipo de información referente al paciente, entre otras actividades, es por ello que es de vital importancia que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería este familiarizado con las aplicaciones informáticas, ya que de ahí obtendrá un gran flujo de información sobre el estado del paciente.

Sin olvidar, que también debe registrar las actividades que haya realizado al paciente para que más tarde los médicos o enfermeras lo puedan consultar.

6 Bibliografía

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD). https://revistamedica.com/aplicaciones-informatica-sector-sanitario/
https://invoxmedical.com/blog/informatica-para-la-salud/
Experiencia laboral:
-. Residencia de la tercera edad Paseo de la Cuba, la Roda. Albacete.
-. Residencia de la tercera edad Fonda Oriental, la Roda. Albacete.
-. Residencia de mayores Las Viñas, Albacete.
-. Residencia de mayores Nuñez de Balboa. Albacete.
-. Centro de Atención Especializada de personas con discapacidad, CADIG ABENGIBE, La Piedra
Encantada.
-. Residencia de mayores Orpea. Alicante.
-. Residencia de mayores Vista Sol. Alicante.
-. Hospital General Universitario de Albacete.

Capítulo 78

LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANGELA OCAÑA CAMINERO

INMACULADA RUBIO CARRETERO

MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ

MILA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión provocan un deterioro en la calidad de vida de los pacientes alargando sus estancias en los centros sanitarios. Todos los profesionales sanitarios y en concreto los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben estar preparados para saber manejar este tipo de lesiones por lo que deben adquirir un nivel de conocimientos sobre ello.

El concepto de úlcera por presión viene de la antigüedad ya los egipcios que fue una civilización avanzada en medicina se referían a su tratamiento. De hecho, en la época de Florence Ninghtingale, las relaciona con los cuidados que ofrece el equipo de enfermería.

En España en 1994, se crea el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) para hacer frente a este

tipo de lesiones o heridas producidas por una necrosis de los tejidos por falta de oxígeno que suele ser responsabilidad de los profesionales sanitarios y por tanto de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería por una mala praxis.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ayuda a realizar las necesidades básicas destacando por la cercanía con el que tratan a los pacientes siendo piezas fundamentales en la toma de decisiones en el equipo de salud, así como en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

2 Objetivos

En este capítulo se pretende mostrar como objetivo principal:
- Aprender a identificar los primeros signos de las úlceras por presión para prevenirlas.

Como objetivo secundario se trata de mostrar los cuidados ante la aparición de estas lesiones en la piel.

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 de las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: Úlcera por presión, epidemiología, incidencia, cuidados de la piel entre otros.

4 Resultados

Las úlceras por presión son unas lesiones que se producen en la piel por varios factores que pueden ser intrínsecos o extrínsecos. Normalmente, se deben a una mala praxis por parte del equipo de enfermería. Se produce una presión de las partes óseas del cuerpo sobre un plano duro de forma continuada y cuando cede la presión no desaparece la zona enrojecida de la piel.
Las úlceras por presión son lesiones iatrogénicas y el equipo de enfermería en el que se incluye el técnico en cuidados auxiliares de enfermería está formado para cuidar y detectar estas lesiones, aunque debe trabajar por la prevención de las mismas.

Se detectan cuatro grados:
- Grado I: Aparece una zona enrojecida que no cede con la ausencia de presión.
- Grado II: Aparecen unas ampollas en la epidermis.
- Grado III: Aparece la escara como tal afectando a la dermis e hipodermis.
- Grado IV: Afecta al aparato musculoesquelético produciendo infecciones.

Ante esta realidad de afectación de los pacientes, los estudios que se han revisado muestran que la mayoría de estas lesiones surgen en las unidades de cuidados intensivos debido a los factores intrínsecos porque la situación del paciente es crítica y por otro lado a los factores extrínsecos que dependen de la atención que prestamos a los pacientes.

Un factor clave para la aparición de estas heridas es la falta de movilidad del paciente que es una situación normalizada en las unidades de cuidados intensivos junto al uso de la medicación vasoactiva que perjudica la circulación distal unido a la ventilación mecánica a la que se somete el paciente muestran que existe una mayor incidencia de las úlceras por presión en estos servicios.

Debe existir un plan individualizado en el que colaboran todos los profesionales de estas unidades para prevenir y cuidar las úlceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, ante los conocimientos del técnico en cuidados auxiliares de enfermería sobre las úlceras por presión debe participar en el plan individualizado de cada paciente para prevenirlas.

Por ello, facilitará las movilizaciones del paciente en los tiempos marcados, utilizará aceites grasos hiperoxigenados para prevenir y facilitará una dieta rica en proteínas evitando en todo momento la humedad que pueda producir el pañal o la fricción ante las movilizaciones pasivas.

Por último, los programas de formación muestran que aumenta el conocimiento ante la prevención y el cuidado de las úlceras por presión. Por ello, se debe impulsar que los servicios de formación continuada y los comités de cuidados promuevan este tipo de formación de forma regular. De esta forma, tal y como evidencia los estudios disminuye la incidencia de estas heridas.

6 Bibliografía

- Evangelina Pérez, Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill. 2017
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400006

- https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a6.pdf
- https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/clasificacion-categorizacion-de-las-lesionesrelacionadas-con-la-dependencia-segunda-edicion.pdf

Capítulo 79

LA VÍA CENTRAL Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANGELA OCAÑA CAMINERO

INMACULADA RUBIO CARRETERO

MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ

MILA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La vía central es un catéter venoso de cierto grosor que entra por la vena yugular, subclavia o femoral para llegar a la vena cava superior e introducir una medicación intravenosa lo más cerca de la aurícula derecha. De esta forma se accede de forma directa al sistema venoso central con lo que el paciente recibe la medicación de forma inmediata.
Existen varios tipos de catéteres centrales que se van a utilizar en función de las necesidades del paciente y en base a la orden médica en el momento de su inserción gracias a la valoración previa.
Se utiliza en el paciente con una patología grave con necesidades de acceso de la medicación y otras circunstancias a nivel central y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería forma parte del equipo técnico.

Normalmente, en el momento de la implantación debemos saber que el material a utilizar es estéril y desechable o con la posibilidad de volver a esterilizar, ya que el acceso que se realiza es central para poder atender las demandas y necesidades que el organismo precisa.
Las conocidas vías centrales previenen aumentar el dolor en los pacientes a la hora de realizar más pinchazos y ayudar a reducir la flebitis de otras vías periféricas que tenga en paciente porque normalmente estas se retiran para evitar que el paciente esté incómodo.

2 Objetivos

En este capítulo se trata de exponer el papel y los conocimientos del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el procedimiento de la inserción del catéter venoso central.
Como objetivo secundario mostrar la necesidad de formación específica sobre la técnica de inserción de catéter.

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 de las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El modo de acceso al sistema venoso central se realiza en base a la indicación médica y la propia anatomía del paciente. Existen varios accesos, pero los más comunes son los catéteres centrales que se insertan por la vena yugular de preferencia por el servicio de anestesia y la vena subclavia de preferencia por los servicios de intensivos.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería trata de minimizar los riesgos en su inserción por lo que en los procedimientos que se usan para su inserción en muchas ocasiones se hace necesario el uso de aparataje como el ecógrafo con lo que se debe llevar a demanda del facultativo. Por otra parte, esto va a minimizar los riesgos y las molestias al paciente a la hora de realizar dicha técnica invasiva.

Existen múltiples tipos de catéteres venosos centrales según su duración, tipo de inserción, localización y número de luces.
Las vías centrales implican un lugar aséptico para ser cogidas y un personal formado para dicha técnica. Suelen cogerlas en las unidades de cuidados intensivos y en el servicio de críticos quirúrgicos. Por lo que se necesita:
- Toma de oxígeno.
- Monitor que permite la visualización de las constantes vitales.
- Informar al paciente de lo que se va a realizar.
- Lavar la zona de la punción con agua y jabón echando clorhexidina después.
- Dejar la zona al descubierto.
- Se cubre al paciente con sábana estéril y paños.
- Se inserta la vía.
- Se purga con suero todas las luces colocando las llaves de tres pasos.
- Se fija la vía con seda
- Se limpia con antiséptico.
- Se tapa con apósitos transparente.

Previo al inicio de la técnica se debe informar al paciente de la técnica a realizar dando su consentimiento.
Todo el personal que apoya al facultativo a realizar la técnica debe tener gorro, mascarilla y guantes mientras que el facultativo lleva guantes y bata estéril.
El paciente después de la inserción se le realiza una radiografía de tórax para comprobar que está bien colocada.
Después del técnico en cuidados auxiliares de enfermería recogerá y repondrá el material, colocará al paciente en una posición anatómica cómoda y adecuada a su patología.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería apoya a la inserción del catéter preparando tanto el material como al paciente. Después de ello, debe recoger el material utilizado y reponer lo gastado del carro de las vías. A su vez, los residuos peligrosos y punzantes los eliminará en los dispositivos destinados para ello.
Esta técnica de acceso venoso central ha favorecido la mejoría del paciente que la porta y ha reducido los niveles de mortalidad y morbilidad por ello en las unidades que se insertan los profesionales sanitarios deben recibir la formación para ser apoyo y herramienta en la inserción.

Por último, este tipo de vías permiten una atención a los pacientes con patologías graves a la vez que el efecto de la medicación es inmediato.

6 Bibliografía

Evaluación y mejora del Protocolo de Cuidados de vías venosas centrales en una Unidad De Cuidados
Intensivos. Páginas 46-50 (enero 2006) https://www.elsevier. Es/es-revista-revista-calidadasistencial-256-sumario- vol-21-num-1-x1134282x06x36508.
- Evangelina Pérez, Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill. 2017
- http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2306

Capítulo 80

EL CATÉTER ARTERIAL Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANGELA OCAÑA CAMINERO

INMACULADA RUBIO CARRETERO

MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ

MILA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La canalización e inserción de una arteria radial facilita la realización correcta de la monitorización, pruebas diagnósticas y muestras de sangre junto a la observación continuada del estado hemodinámico del paciente. Esta técnica con carácter invasivo se suele utilizar en las unidades de anestesia y en las unidades de cuidados intensivos utilizando para facilitar el procedimiento de su inserción el ultrasonido o ecógrafo.
Si bien no es aconsejable el uso de la técnica del ultrasonido para insertar el catéter arterial radial se ha demostrado que es necesario como técnica última, ya que el test de Allen que busca palpar la arteria entre los dedos y el plano ósea suele ser efectiva.

Los profesionales sanitarios realizan la canalización de las arterias radiales son los enfermeros junto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería, ya que necesitan de nuestro apoyo porque se trata de una técnica estéril.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe cuidar del mantenimiento de este tipo de vías que facilitan el confort y el bienestar del paciente.
El equipo de enfermería (enfermera y técnico en cuidados auxiliares de enfermería) ejerce dentro de sus funciones de forma diaria la inserción y canalización de este tipo de vías por lo que debe intentar minimizar los riesgos al máximo para favorecer al paciente.

2 Objetivos

Dentro de este capítulo, el objetivo principal es describir la inserción del catéter arterial radial como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
Como objetivo secundario mostrar los cuidados que debe tener el catéter y el material que se utiliza en su inserción.

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 de las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: catéter arterial radial, monitorización hemodinámica, paciente crítico entre otras.

4 Resultados

Gracias a la canalización arterial se controla la tensión arterial del paciente directamente, exactamente y continuamente por medio del transductor que se uno a la vía arterial que termina reflejando las tensiones en el monitor de las constantes vitales.
En todo momento, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería estará junto a la enfermera para apoyarla en el proceso y facilitarle el material, ya que se trata de una técnica estéril del equipo de enfermería. Por ello, en todo momento tendremos puestos gorro, guantes y mascarilla.

Antes de comenzar la técnica debemos informar al paciente y preservar su intimidad.
La enfermera va a realizar el test de Allen que es el método que valora el estado de la circulación arterial cubital o radial del paciente al que se le va a realizar la técnica. Consiste en la comprensión con los dedos las arterias cubital y radial a nivel de la muñeca y se comprueba la vascularización. El enfermero detecta la arteria con sus dedos al presionar la misma con el hueso de tal manera que por palpación logra saber dónde se encuentra la arterial para canalizarla.
El enfermo que se encuentra en la cama en decúbito supino con el cuerpo extendido, colocamos un empapador debajo de la mano que se encuentra en hiperextensión y sujetada. La zona está limpia con jabón y líquido antiséptico. La enfermera gracias al apoyo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería le ofrece los paños y el catéter a insertar, ya que hay esterilidad en el proceso.
Se canaliza como si fuese una vía venosa sólo que el material es estéril y la sangre sale a borbotones y es roja al tratarse de sangre oxigenada. Cuando la vía se ha canalizado, se une al transductor que termina enviando la información al monitor de constantes vitales.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario que desarrolla sus funciones en las unidades de cuidados intensivos y en concreto el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe ser conocedor y debe dominar esta técnica para poder apoyar a la enfermera y realizar las actividades propias que le corresponden por trabajar en estas unidades. Somos los responsables de poder ofrecer todo el material que precisa la enfermera, así como su reposición en el carro de vías para poder usarlo en la siguiente técnica.
Por último, esta técnica conlleva una serie de riesgos y aunque se trata de controlar el proceso en todo momento no es posible controlarlo todo. Por tanto, debemos prevenir los posibles peligros para realizar la técnica de forma eficaz.

6 Bibliografía

Evangelina Pérez, Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill. 2017
- https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-el-cateter-arterialradial/
- https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/c%C3%B3mohacer-procedimientos-vasculares-perif%C3%A9ricos/c%C3%B3mo-

hacer-una-canulaci%C3%B3nde-la-arteria-radial

Capítulo 81

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIAARES Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

NOELIA MENA GARCIA

MARÍA ARENAS MOTILLA

ANTONIA GÓMEZ BARCO

MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA

INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ

1 Introducción

Un estudio realizado por la Organización de las Naciones Unidas, ha estimado que España será el país más viejo del mundo en el año 2050 y que, en él, la longevidad y la caída de la fertilidad será muy notorias de forma muy semejante a otros países como Japón, Italia y Alemania.
En 1991, la Asamblea de las Naciones Unidas definió unos principios respecto a los ancianos, en los que exhortaba a los Gobiernos de los países miembros a que estos fueran las directrices de sus planes.

Estas directrices se refieren a la autonomía, participación, cuidados y una autorrealización de los ancianos procurándoles una dignidad, el objetivo que pretende la Asamblea de las Naciones Unidas es pasar de un envejecimiento saludable a un envejecimiento activo y participativo.
La adquisición de conocimientos acerca de los ancianos y una atención adecuada e integral solo se podrá realizar y lograr mediante el esfuerzo de un equipo multidisciplinar compuesto por una variedad de profesionales del sector sanitario involucrados en la atención y cuidados de los ancianos.
Profesionales sanitarios como los geriatras, gerontólogos, enfermeros, técnicos en cuidados de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales, todos ellos con una formación y experiencia adecuada en una atención adecuada de los ancianos.

2 Objetivos

Indicar las funciones de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante el cuidado de los pacientes ancianos en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de trabajos de investigación, mediante la recopilación de artículos científicos procedentes de publicaciones y revistas científicas como también de libros de textos, que proporcionaron una documentación para la elaboración del presente artículo.

4 Resultados

Las actividades y tareas que realizan los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son muy variadas y se tienen que adaptar a las necesidades y sobre todo a la atención que necesitan este tipo de pacientes por sus características particulares y, estas pueden ser:
1. Ayudar a los ancianos a levantarse, lavarse y vestirse, si sufren de alguna incontinencia se les pone un pañal o braga pañal, se les aplicará si fuera necesario cremas por todo o parte del cuerpo y se informará a la enfermera para el cambio de apósitos o la realización de las curas si fuese necesario.

2. Ayudar a los ancianos a ir al baño, acompañándolos en todo momento si fuera necesario.
3. Se les ayudará a comer si no pueden hacerlo por sí mismo y el auxiliar de enfermería colaborará en la administración de fármacos al paciente, como también realizará recogida de muestras a petición del servicio de enfermería.
4. Se facilitará las tareas de deambulación a los ancianos por parte del auxiliar, como también la tarea de sedestación en función de las valoraciones previas realizadas por el facultativo.
5. El auxiliar de enfermería facilitará y acompañará a los ancianos en los desplazamientos que este debe realizar para ir a la habitación para ir al baño y posteriormente acostarse.
6. El auxiliar de enfermería realizará el control y la reposición de los carros de lencería que contienen las sabanas, colchas, fundas de almohadas, empapadores, esponjas para el aseo personal, gel de baño, champú, aceites y cremas hidratantes, cremas para aliviar las irritaciones de la piel y pañales de diferente talla.
7. El técnico en cuidados auxiliare de enfermería estará pendiente de la reposición del carro de enfermería que estará compuesto de, pañales estériles, esparadrapo, algodón, guantes de diferente medidas, jeringas desechables de diferentes medidas, vendas de distintas medidas, antisépticos y medicamento necesarios para llevar a cabo la cura del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La atención y cuidado todo ello realizado por el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en una residencia geriátrica como en un centro sanitario, comporta una adaptación o cambio en la actitud de este, debido a la necesidad y a las características particulares de este tipo de paciente.
Dicha labor está enfocada, en mantener unos cuidados de calidad y tener una satisfacción por parte del paciente, una mayor capacidad de empatía y comprensión, dos cualidades imprescindible para una mejor atención de estos pacientes.
Aumentando el tiempo que le dedicamos en el cuidado del paciente, permitirá que este le comprenda y responda adecuadamente a las observaciones realizadas por el auxiliar de enfermería, por lo tanto se favorecerá en lo máximo posible la independencia y autonomía del paciente favoreciendo su estima y autoestima.

6 Bibliografía

1. Mc Graw Hill education. Evangelina Pérez de la Plaza. Ana María Fernández Espinosa. Técnicas básicas de enfermería. www.mheducation.es.
2. Inforesidencias. Tareas del auxiliar de geriatría. https://www.inforesidencias.com.
3. Educaweb. Auxiliar de geriatría. https://www.educaweb.com.

Capítulo 82

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LAS PRUEBAS A LOS RECIÉN NACIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD

NOELIA MENA GARCIA

MARÍA ARENAS MOTILLA

ANTONIA GÓMEZ BARCO

MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA

INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ

1 Introducción

Cuando un neonato llega al mundo son diversas las necesidades que precisa, pero una de ellas y muy importante para él será el de que esté sano y no ostente ninguna patología congénita, el descubrimiento precoz de patologías congénitas endocrino-metabólicas en los neonatos, se efectúa mediante una muestra de sangre desecada, que se adquiere del talón del neonato a las 48 horas de vida para el diagnóstico de Hipotiroidismo congénito, Hiperplasia Suprarrenal, Drepanocitosis, Fibrosis quística, Hiperfenilalaninemia (fenilcetonuria) y otros errores con-

génitos del metabolismo de los aminoácidos de los ácidos grasos y asimismo de los ácidos orgánicos.
En caso de que algún resultado llegue a lograr un valor alarma o sea dudoso, se repetirá la determinación con una segunda muestra de sangre a través de punción venosa.
Se efectúa punción con lanceta en un lateral del talón del pie (técnica del Dr. Blumenfeld). No se esgrimirán antisépticos con contenido en yodo. Se deja que se constituya una gota de sangre que se retira con gasa estéril. Se deja constituir la segunda gota, gruesa, que se pondrá en contacto con el papel de filtro homologado, dejando que caiga por su propio peso.
La sangre debe cubrir la totalidad de la superficie de los círculos marcados en la muestra. Se debe dejar secar al aire libre, en posición horizontal.
Las muestras siempre deben mantenerse en lugar seco y siempre protegido de la luz, nunca dentro de la nevera.

2 Objetivos

Describir como técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) algunas de las patologías congénitas endocrino-metabólicas que se pueden hallar en el neonato.

3 Metodología

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

4 Resultados

En lo que concierne a las pruebas de algunas de las patologías metabólicas que nos podemos hallar en el neonato, algunas de ellas pueden ser las que describiremos a continuación y que veremos a partir de ello las graves consecuencias que pueden proceder en patologías de por vida para el neonato.
- Fenilcetonuria.

Error congénito del metabolismo en el que hay defecto de hidroxilación del aminoácido fenilalanina, (le impide asimilar alguna de las proteínas de la leche materna) no transformándose en tirosina, acumulándose de forma tóxica en el sistema nervioso.
Los niveles altos de fenilalanina provocan retraso psicomotor y deterioro intelectual irreversible en poco tiempo, que pueden prevenirse con una dieta precoz pobre en fenilalanina.
- Hipotiroidismo congénito.
Mediante determinación de hormona estimulante del tiroides (TSH), que en neonatos o neonatos con hipotiroidismo, está elevada desde el momento del nacimiento. Las hormonas tiroideas intervienen en la maduración neuronal y mielinización de las fibras nerviosas.
- Fibrosis quística del pulmón y páncreas.
Presentan una anormal viscosidad de todas las secreciones exocrinas. Tiene alteraciones del aparato respiratorio, íleo meconial e insuficiencia pancreática con esteatorrea y desnutrición. Hay mayor concentración de cloruro sódico en el sudor.
El cribado se efectúa a través de la detección de los niveles de tripsina en gota de sangre seca, que está aumentada en esta patología.
- Hiperplasia suprarrenal congénita.
Puede poner en peligro la vida del neonato si no se trata precozmente.
- Drepanocitosis o anemia de células falciformes.
Hemoglobinopatía con formas anormales de los hematíes, provocando anemia.
- Errores congénitos del metabolismo de aminoácidos, ácidos grasos y ácidos orgánicos.
Grupo de patologías poco habituales, por menoscabo de síntesis de enzimas precisos para la degradación de aminoácidos, ácidos grasos y ácidos orgánicos, provocando aumento de sustancias tóxicas en el organismo.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos y podemos observar a través de este artículo en el cual hemos detallado las técnicas de extracción de sangre para su posterior análisis y que como Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos conocer y estar actualizados, ya que el personal enfermero a la hora de la efectuación de las pruebas de patologías congénitas endocrino-metabólicas en el neonato, precisará de nuestra ayuda y colaboración, tanto en la preparación de todo el material necesario, así

como de ayudar con el neonato en lo que requiera que puede ser, sujetarle para que no se mueva o colocarle en la posición adecuada para la correcta extracción.

6 Bibliografía

1. Vicente E., Casas L., Ardanaz E.. Origen de los programas de cribado neonatal y sus inicios en España. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2017 Abr [citado 2022 Mayo 12]; 40(1): 131-140. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000100131&lng=es. https://dx.doi.org/10.23938/assn.0012.
2. http://laadministracionaldia.inap.es/noticia.asp?id=1172293.
3. https://saludcantabria.es/index.php?page=metabolopatias-hipotiroidismo-yfenilcetonuria.

Capítulo 83

LOS CENTROS DE SALUD Y LAS FUNCIONES ESTABLECIDAS DE LOS TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NOELIA MENA GARCIA

MARÍA ARENAS MOTILLA

ANTONIA GÓMEZ BARCO

MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA

INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ

1 Introducción

Atención primaria es la que trabaja conjuntamente con la promoción de la salud y que es estimada por ser la puerta de entrada a la sanidad pública. La actividad principal de esta son las asistencias y atenciones en consultas, las cuales las podemos concretar como actividades de atención y asistencia a la población que se efectúan en los Centros de Salud o en los Consultorios Locales y que estas se logra acceder por diferentes y diversos procedimientos como logran ser:
Las consultas consideradas a demanda o espontánea, porque el propio enfermo que es el que acude al centro de salud, programada en la cual se acude por seguimiento de unas consultas preliminares o con cita previa, además se dispone

y logra acceder el usuario a las Consultas de Enfermería, en la cual el personal enfermero será el encargado de la atención de curas o analíticas de cualquier proceso, entre otros muchos cometidos, otras de las opciones será la Visita domiciliaria en la cual el enfermo es atendido en su propio domicilio, al no poder por su patología ir el mismo a los centros de salud, en cuanto a el Trabajo en la comunidad, serán los encargados de charlas o programas de promoción de la salud.
Nuestro cometido en cuanto a estos centros de salud y en lo referente a nuestras competencias como Técnicos en cuidados de enfermería, será el de mantener todo en completo orden en cuanto a colocación y reposición de consultas, tanto medicas como de enfermería entre otros muchos trabajos que se deben ejecutar.

2 Objetivos

Describir como Técnico en cuidados auxiliares de enfermería las diversas funciones que desempeña y que se realiza en el equipo de Atención Primaria.

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

Actividades del Equipo de Atención Primaria.
1. Consultas. Son las actividades de atención a la población que se ejecutan en el Centro de Salud o en los Consultorios Locales. Las consultas logran ser:
1.1. A demanda o espontánea. Se ejecuta sin previa cita, acudiendo el enfermo espontáneamente.
1.2. Programada. Con cita previa. El sujeto está incluido en algún programa en funcionamiento. El tiempo promedio de las consultas programadas debe ser de 10-12 minutos, dedicándose más tiempo a las primeras consultas y menos a las sucesivas. El porcentaje ideal de consultas programadas sobre el total de consul-

tas, más adecuado para garantizar las actividades de Atención Primaria de Salud, sin afectarse la accesibilidad al sistema sanitario, está establecido en el 60 %.
Así mismo, logran diferenciarse dos tipos de consulta:
- Primera consulta. Cuando la persona es atendida por primera vez.
- Consulta sucesiva. Requiere citación previa, después de la primera visita, para continuar el control y seguimiento de su problema o necesidad de salud.
Consulta de Enfermería. El tiempo considerado como apropiado es de 2 horas y media con un número estimado de enfermos de 15 a 20, siendo la media de 6 a 10 minutos por enfermo. Se aconseja que el personal de enfermería distribuya su tiempo de la siguiente forma: 70% de atención directa, 15% de formacióninvestigación y 15% de administración.
2. Visita domiciliaria. Actividad de encuentro del personal del equipo con el enfermo y/o familia, en el domicilio de estos, logrando ser programada o a demanda (aviso). La visita programada es una actividad transcendental del trabajo del personal de enfermería con un incluido prioritario de promoción, prevención y educación para la salud, a la que debe dedicar alrededor de un 30% de su tiempo.
Entre sus objetivos se halla fomentar el autocuidado y la implicación de la familia.
Se reflexiona el tiempo ideal de duración de la primera visita, de 25 minutos.
Las fases que nos hallamos en la visita domiciliaria son planificación de la visita, introducción a la familia, desarrollo de la visita y el posterior registro de la actividad. Se ejecutará una valoración global o integral (social, clínica, funcional y mental).
3. Trabajo en la comunidad. Son actividades programadas a ejecutar en centros escolares, laborales, asilos y otras instituciones de la zona.
Ocupaciones del Equipo de Atención Primaria.
1. Atención directa. Contiene acciones de:
1.1. Promoción de la salud, para acrecentar el nivel de salud de la población. Incluye actuaciones en atención familiar y atención comunitaria.
1.2. Prevención de la patología, en sus tres líneas:
- Prevención primaria. Evitar que surja una patología. Vacunaciones. Educación sanitaria.
- Prevención secundaria. Detección precoz de las patologías. Como las citologías vaginales. Mamografía.
- Prevención terciaria. Tratamiento conveniente para evitar o descender las secuelas.
1.3. Rehabilitación y reinserción social. La rehabilitación se concierne con la prevención terciaria y para algunos autores la reinserción social se concierne con la prevención cuaternaria.

1.4. Asistencia. Un objetivo de la atención primaria el diagnóstico y tratamiento anticipado de las patologías para evitar hospitalizaciones innecesarias. La asistencia incluye la cirugía menor.
2. Ocupación formativa. Tanto para la formación de pregrado y postgrado como para la formación continuada de los miembros del Equipo.
3. Ocupación investigadora.
4. Ocupación de administración.
La atención primaria comprende los siguientes conceptos básicos:
1. Integral. Reflexiona el ser humano desde una perspectiva biopsicosocial.
2. Integrada. Coordinada con la atención especializada a través y mediante del Área de Salud.
3. Continuada. A lo largo de la vida del individuo y en los distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo)
4. Permanente. Durante las 24 horas del día.
5. Accesible.
6. Trabajo en equipo multidisciplinar, integrado por distintos profesionales sanitarios como los no sanitarios.
7. Comunitaria. Atención a los problemas de salud de la Comunidad.
8. Programada y evaluable. Asentada en los programas de salud y, por tanto, evaluable.
9. Docente e investigadora. Con actividades de docencia pre y postgrado, formación continuada e investigación.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar a partir de la descripción de este artículo de las funciones y actividades del Equipo de Atención primaria llegamos a la conclusión y opinión de que, es de vital importancia, para que la sanidad pública funcione convenientemente y que el usuario reciba con diligencia todas las prestaciones que le corresponden, el trabajo que ejecutan y que este debe de ser correctamente coordinado y ejecutado por todo el personal sanitario, tanto médicos, enfermeros, como Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y administrativos que trabajan en él, ya que la Atención primaria se le considera la puerta de entrada a al sistema nacional de salud.

6 Bibliografía

1. https://books.google.com/books?id=thf6CAAAQBAJ.

2. https://formaciontss.es/profesion/.
3. Prevención de patologias.
4. https://b.se-todo.com/doc/4029/index.html?page=5.
5. https://fpeuropa.com/wp/2019/06/formacion-semipresencial-auxiliar-deenfermeria-y-farmacia-y-parafarmacia/.
6. https://capacitacionifad.com/?sec=libroDetalle.
7. Universidad de ciencias médicas de La Habana.
8. https://instituciones.sld.cu/fcmec/files/2017/12/Carpeta-metodol%C3%B3gica5to-a%C3%B1o.-Noveno-Semestre.-16-17.pd

Capítulo 84

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DESDE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN GERIATRÍA

IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE

MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO

JENNIFER SABOGAL

MARÍA ALARCÓN CORTÉS

SANDRA MAS ROMERO

1 Introducción

En esta sección, analizaremos la etapa del envejecimiento cuando los problemas generales de salud comienzan a ser más frecuentes. Aunque las necesidades de hace 60 años han cambiado significativamente en los últimos 10 o 20 años, la la vejez suele comenzar alrededor de los 65 años.
Para empezar, es importante reconocer que el Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería (TCAE) es el profesional de la salud que interactúa con los pacientes con mayor frecuencia, atendiendo sus necesidades más básicas y y protegiendo todas sus áreas vulnerables, dada su edad. En base a esto, es crucial comprender los requisitos de los pacientes de edad avanzada, qué está cubierto y cómo realizar

una evaluación geriátrica exhaustiva, basado en esta evaluación médica de los ancianos.
Se pone de manifiesto qué necesidades no son compatibles con el envejecimiento fisiológico o patológico del paciente geriátrico, así como con limitaciones estructurales. Junto con esta asistencia, deben responder y abordar estas necesidades de los pacientes mayores de tres maneras diferentes.
Áreas: mental, física y social; el paciente debe ser consciente de sus necesidades en cada uno.
Al trabajar de forma constante con todos los especialistas que componen el equipo geriátrico esencial, el paciente geriátrico siempre estará satisfecho.

2 Objetivos

Explicar los métodos fundamentales del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para brindar al paciente cuidados preventivos y socio-sanitarios en el hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica. Para este estudio se realizaron búsquedas en las bases de datos de Dianet, Medline, Scielo y Cuiden, así como en libros, revistas, videos, investigaciones en línea y una variedad de artículos de investigación elegidos de muchas revistas académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Cuando se trata de síndromes geriátricos, se pueden distinguir una serie de patologías, siendo las más significativas la inactividad, las caídas, la incontinencia, la disfunción cognitiva, etc. Las características de cada una deben ser comprendidas por los técnicos auxiliares de enfermería para poder cubrirlas de manera eficaz. Las cualidades que destacamos son:
-Ayudar al usuario con las tareas necesarias, como levantarse de la cama, limpiar y vestirse.
- Si es necesario, acompañarlos a servicios ambulatorios o de consejería.
- Ayudarlos si es necesario en el uso del baño.

- Ayudar al paciente a integrarse con la comunidad y otros compañeros de trabajo. Ayúdalos con las tareas que deben completar para que no tropiecen ni se pierdan.
- Ayudar al paciente a comer y beber, y fomentar y motivar el autocontrol.
- Un técnico de cuidados auxiliares de enfermería colaborará con los miembros del equipo para recopilar información sobre sus cambios físicos y mentales, temperatura, producción de orina, estado de ánimo y salud general.
- El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería también ayudará con la administración de enemas, vendajes y medicamentos (además de la inyección intravenosa).

Los técnicos auxiliares de atención de enfermería alertarán a los seres queridos sobre los cambios que se producen con el envejecimiento.

En este sentido se mirará el entorno: evitar alfombras, lugares donde las manos crucen pasamanos y barandillas, etc. Se evitarán caídas que puedan resultar en lesiones graves, ya que pueden ser una de las causas de muerte en las personas mayores.

- Cuidar al paciente, comprenderlo y ofrecerle apoyo emocional. Bajo la guía de un médico, el asistente de enfermería siempre debe alentar a los pacientes a hacer ejercicio.
- Por problemas de audición, el lenguaje debe ser sencillo y claro con un tono más alto.
- El técnico de cuidados auxiliares de enfermería debe promover la visita familiar ofreciendo un ambiente privado y evitando el aislamiento.

5 Discusión-Conclusión

Al revisar el directorio, podemos concluir que un técnico en cuidados auxiliares de enfermería se comprometerá a asistir o brindar a los pacientes adultos mayores necesidades básicas como alimentación, higiene, transporte hacia y desde la cama, así como otras necesidades que son cruciales para su bienestar, como el compañerismo, la comprensión, la empatía y la motivación que sustentan una vida sana y saludable. El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería se unirá a un equipo de especialistas cuyas funciones respaldan las propias, como la entrega de medicamentos (como parte de la enfermería o como indicación complementaria) y la comunicación con pacientes de edad avanzada para lograr cambios.

6 Bibliografía

1. www.google.com.

2. www.revistamedica.com.

Capítulo 85

COMPLICACIONES DE LA DIABETES: EL PIE DIABÉTICO DESDE LA PERSPECTIVA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE

MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO

JENNIFER SABOGAL

SANDRA MAS ROMERO

MARÍA ALARCÓN CORTÉS

1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y los diplomados universitarios en enfermería (DUE) conforman el equipo multidisciplinario de enfermería.

El equipo de enfermería desarrolla programas de detección y prevención de la diabetes desde atención primaria. Es bien sabido que algunos tipos de diabetes son hereditarios, lo que dificulta su prevención, y otros tipos se adquieren con el tiempo como resultado de factores como la edad, la dieta, el estilo de vida, etc. Además, los programas están enfocados principalmente en ella.

El trabajo de los auxiliares de enfermería es crucial para garantizar que los pacientes con esta enfermedad, particularmente en un estado, reciban la atención que necesitan. Cada día se hace más evidente la importancia de cuidar a las personas que padecen diabetes, especialmente en instalaciones como hospitales, clínicas o residencias de ancianos.
Los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería son los que más tiempo dedican a los usuarios y residentes y son capaces de detectar enfermedades crónicas, asegurando que reciban una atención eficaz y de calidad.
El pie diabético es uno de los efectos secundarios más preocupantes de la diabetes desde el punto de vista de la salud. Esta complicación será el tema del capítulo, en el que también se brindarán instrucciones de cuidado para los pacientes.

2 Objetivos

Describir los factores fundamentales que debe tener en cuenta un técnico de cuidados auxiliares de enfermería al brindar atención a la diabetes y al pie diabético.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica. Para este estudio se realizaron búsquedas en las bases de datos de Dianet, Medline, Scielo y Cuiden, así como en libros, revistas, videos, investigaciones en línea y una variedad de artículos de investigación elegidos de muchas revistas académicas revisadas por pares.

4 Resultados

La diabetes es una afección en la que los niveles de glucosa (también conocida como azúcar) en la sangre de una persona son extremadamente altos. La hormona insulina es la encargada de llevar la glucosa al organismo.
La energía se entrega a las células del cuerpo para alimentarlas. Hay dos tipos de diabetes: tipo 1, en la que el cuerpo no puede producir insulina, y tipo 2, que es la más frecuente y en la que el cuerpo no puede producir insulina o utilizarla correctamente. Tanto en el tipo 1 como en el 2, la glucosa se acumula en la sangre, elevando los niveles.

Una de las complicaciones más preocupantes de la diabetes es el pie diabético porque puede causar infecciones, degeneración de los tejidos del pie, pérdida de sensibilidad, dolor y enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores que puede ser extremadamente grave. El pie diabético, que puede precisar incluso la amputación del miembro afectado, es el principal motivo de ingreso hospitalario de este grupo de pacientes.
Por lo tanto, el cuidado de los pies es crucial, y los técnicos auxiliares de enfermería y el equipo de enfermería deben incidir en el cuidado del paciente, independientemente de que sea independiente o dependiente.
Su aparición puede verse favorecida por niveles altos de glucosa en sangre, mala circulación sanguínea, tabaquismo, colesterol alto o presión arterial alta. Como asistente de enfermería, es su responsabilidad revisar regularmente los pies de los pacientes para detectar signos visibles de lesiones o deformidades, como heridas, ampollas, enrojecimiento, grietas o durezas. Después de un secado completo, especialmente en las zonas interdigitales y sin frotar, los pies deben limpiarse cada día con agua tibia y jabón neutro.
Para proteger las zonas de mayor roce y peligro, como los talones y los dedos, también es importante llevar medias de algodón, hilo o lona. El calzado ajustado y transpirable que está cerrado es otra consideración crucial.
Lo más importante para prevenir los riesgos del pie diabético es controlar los niveles de azúcar en la sangre, evitar andar descalzo y evitar el uso directo de fuentes de calor o frío.

5 Discusión-Conclusión

La clave para tratar cualquier enfermedad es la prevención o detección temprana. En los pacientes diabéticos es fundamental seguir un control de glucosa, actividad y dieta que el paciente debe seguir para evitar que se agrave y controlar la patología.
El trabajo del técnico de cuidados auxiliares de enfermería es crucial porque es el miembro del personal que más interactúa con los pacientes y es capaz de reconocer rápidamente el cambio de azúcar en la sangre de un paciente. Es el encargado de mantener la higiene del paciente y, además de brindar los cuidados aconsejados por los médicos y DUE, puede estar atento a cualquier señal de alerta temprana.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciiii.es/pdf/ami/v18n2/editorial.pdf.

Capítulo 86

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL NEONATO

IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE

MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO

SANDRA MAS ROMERO

MARÍA ALARCÓN CORTÉS

JENNIFER SABOGAL

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) hará todo lo que esté a su alcance para apoyar a todo el personal médico. Podrán realizar algunas tareas y no podrán realizar otras. Por ejemplo, si todo sale bien, ellos se encargarán de la higiene personal, temperatura, control del sueño, cambio de pañales y nutrición. También ayudarán a los padres con el cuidado del bebé.

El TCAE generalmente pasará la mayor parte del tiempo con el bebé, por lo que debe estar al tanto de todo lo que podría sucederle si algo cambia. Puede obtener atención más especializada cada vez que tenga un problema, y los médicos y enfermeras se la brindarán.

Un recién nacido es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un niño menor de 28 días. Ambas condiciones son atendidas por el departamento de neonatología del hospital.

Un recién nacido se puede clasificar según el peso, y sabemos que un patrón típico es entre las semanas 38 y 42, cuando el bebé nace de forma natural sin el uso de ninguna maquinaria ni nada de procedimientos quirúrgicos, no ha experimentado ninguna dificultad para dar a luz.
El bebé a término, que tiene entre 38 y 42 semanas de gestación, normalmente podrá adaptarse con poca o ninguna dificultad.
• Inmaduro: Recién nacido cuyo peso está entre 1.000 y 2.500 gramos o cuyo período de gestación es entre 21 y 27 semanas.
Neonato entre 28 y 36 semanas de gestación si es prematuro.
• Prematuro: Un bebé prematuro nace entre las 28 y 37 semanas de gestación y pesa entre 1.000 y 2.500 gramos.

2 Objetivos

Los objetivos principales de este capítulo son familiarizar a los lectores con algunos de los roles y de las evaluaciones que el TCAE realiza con el recién nacido.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica. Para este estudio se realizaron búsquedas en las bases de datos de Dianet, Medline, Scielo y Cuiden, así como en libros, revistas, videos, investigaciones en línea y una variedad de artículos de investigación elegidos de muchas revistas académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Como ya hemos visto, el técnico auxiliar de cuidados de enfermería es el encargado de brindarle a los recién nacidos los cuidados básicos, que incluyen la limpieza, el mantenimiento de una temperatura agradable y el cambio de pañales. Utilizar la incubadora adecuada si el bebé nace con bajo peso o de forma prematura para poder controlar sus signos vitales, incluidos el peso, la temperatura, la saturación de oxígeno, la respiración y la frecuencia cardíaca.
El técnico de cuidados del auxiliar de enfermería estará pendiente de cada uno de estos signos vitales.
Algunas indicaciones de que el bebé se encuentra en las primeras etapas de desarrollo fuera del útero incluyen:

• Latidos del corazón por minuto (lpm): 120–160.
• Frecuencia respiratoria: varía de 60 a 80 respiraciones por minuto, es paradójico y debe contarse con elevaciones abdominales.
La higiene del recién nacido debe practicarse a diario, y es mejor si se convierte en rutina.
Un baño de agua con una temperatura de aproximadamente 36 grados lo sumergirá gradualmente 37,5oC (usamos un termómetro para comprobarlo), y debe durar poco tiempo (5 minutos para un recién nacido y 10 minutos para un bebé).
Para evitar irritar la piel, el jabón ideal será un líquido con ph neutro. El uso de colonias y ungüentos protectores es más práctico que el uso de polvos de talco, que pueden causar problemas respiratorios.
Como no es práctico, no deben aplicarse directamente sobre la piel.
A la hora de bañarse, la habitación debe estar templada. Para cuidar el ombligo como recién nacido, solo debes usar agua y jabón; de lo contrario, a menos que note una herida, no se debe agregar ningún antiséptico.
Cada 15-20 minutos después de las comidas, se deben cambiar o controlar los pañales. Cada cambio debe ir acompañado de higiene en la zona, con agua y jabón neutro sólo si ha habido defecación. Es lógico que la higiene masculina o femenina sea diferente.
Si es niña, siempre se debe hacer de adelante hacia atrás (para prevenir infecciones urinarias), y si es niño, la higiene incluye lavar el escroto, prepucio, glande y escroto, siempre del glande al escroto, y luego la zona anal.
Debido a que las uñas de un bebé son tan suaves, es mejor esperar para cortarlas hasta la cuarta semana. Las tijeras que recomiendan usar son desafiladas, lo que hace que las uñas de los pies y las uñas se corten rectas en lugar de curvas.
Los ojos se pueden lavar con suero fisiológico o agua hervida templada en los primeros días, y se secarán con gasa estéril de dentro hacia fuera, utilizándose una gasa para cada ojo.
Se utilizará un fabricante de líquidos de baño para lavar los oídos y la nariz; este producto se utilizará al menos una vez a la semana y está disponible en la farmacia. Nunca use hisopos o cualquier otra cosa que pueda dañar el medio ambiente.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, el técnico auxiliar de cuidados de enfermería es fundamental en el campo de la neonatología por diversas razones, entre las que se encuentran el apoyo a la madre y la atención básica al recién nacido.

El técnico auxiliar de cuidados de enfermería en ocasiones no podrá realizar determinadas tareas, pero podrá realizarlas con la ayuda del resto del equipo para proporcionar a la madre y al niño los mejores cuidados posibles.
Todas estas técnicas se ejecutan con cuidado. Quien se desempeñe como técnico auxiliar de cuidados de enfermería debe ser consciente de su enorme responsabilidad, de la necesidad de extremar las precauciones y, lo más importante, de haber elegido una carrera en el campo de la medicina.

6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://www.scielo.org/es/.
4. www.revistamedica.com

Capítulo 87

LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

BELEN MUÑOZ GONZALEZ DE LA ALEJA

CECILIA GONZÁLEZ DE LA ALEJA SÁNCHEZ CAMACHO

1 Introducción

Cualquier tipo de cirugía cardiaca se lleva a cabo para corregir problemas en el corazón. Tras la realización de una intervención de cirugía Cardiaca ya sea derivación coronaria, sustitución de válvulas, ablación cardíaca, colocación de stend, angioplastias, cualquier patología en arterias coronarias, cirugía de revascularización cardiaca ”injerto de revascularización coronaria, CABG” , cirugía para corregir el defecto cardiaco presente en el nacimiento, ablación de aleteo auricular, ablación de la fibrilación auricular, angioplastia carotídea, cateterismo cardíaco, cirugía cardiaca mínimamente invasiva, cirugía cardiaca neonatal y pediátrica y cirugía de bypass de la arteria coronaria, dará comienzo una nueva etapa de subida en la que a partir de ahora deberán llevar y tener en cuenta una serie de recomendaciones y cuidados para su vida diaria, entre ellos será la realización de varios cuidados y recomendaciones mientras todavía se encuentra

el paciente hospitalizado en una unidad coronaria hospitalaria y se preparará al paciente para que pueda llevar de manera autónoma estos cuidados en su vida diaria. Tras el tipo de intervención que se realice va a ser derivado a la unidad pertinente para la realización de su posterior tratamiento y cuidados necesarios para su pronta recuperación. Toda cirugía conlleva unos riesgos asociados, infecciones, sangrado, etc., con los cuidados que se proponen a continuación se intentarán minimizar los riesgos.

2 Objetivos

Identificar los cuidados que va a realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) mientras el paciente se encuentra en una unidad coronaria.

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

El TCAE es una persona profesional que está especializada en la salud con la titulación de un agrado medio para la preparación y cuidado de clientes y pacientes en diferentes campos de un grupo sanitario. Su profesión se basa en la prestación de auxilios básicos a los pacientes en los ámbitos relacionados con la movilidad en personas de movilidad reducida, aseo, alimentación y a su vez la colaboración y ayuda a otros compañeros como médicas, enfermeros, y otros profesionales sanitarios. A día de hoy Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería es un puesto en el mundo laboral actual muy demandado en el sector sanitario, ya que su labor se puede desempeñar tanto en centros públicos como centros privados, se pueden realizar sus atenciones en hospitales, residencias de tercera edad, residencias de personas con problemas y discapacitados, atención básica y primaria, y otras cuantas instituciones. El auxiliar en cardiología desempeña múltiples funciones como las siguientes que son las más destacadas:

- Conocer los síntomas y dolores del paciente y su causa de por que ha asistido al centro médico.
- El aseo del paciente.
- Ayudar a los celadores a moverlo y cambiar de postura para su comodidad (la del paciente).
- Preparar la habitación para que se encuentre en las mejores condiciones, en cuanto a la temperatura ,a la cama, la higiene, etc.
- Dar y facilitar la comida diaria.
- Facilitar en todos los aspectos el día a día del paciente en su estancia hasta su mejora y ayudar y dar la información necesaria y autorizada a los familiares.
- Ayudar y apoyar a los enfermeros y médicos (al equipo completo en lo necesario).
- Facilitar las herramientas necesarias para las intervenciones y ayudar en todo lo posible.

5 Discusión-Conclusión

Además de todas las labores y funciones ya citadas, el TCAE, es el encargado en ir observando los cambios y desarrollo en el paciente, ya que no todas las personas tienen los mismos mecanismo y actúan ni responden de la misma forma, ni les afecta las enfermedades y problemas cardiológicos de la misma forma. Estas enfermedades son las causantes de las principales muertes del país y de los países más desarrollados, por lo que el personal en este área es imprescindible y de gran importancia para los centros sanitarios. Las personas que suelen padecer estos problemas suelen ser las personas mayores, las que consumen tabaco y alcohol, diabéticos, con enfermedades mentales, o con problema de peso sin embargo también son propicios los que tienen antecedentes familiares ya que están cerca de esta enfermedad por otro miembro de la familia.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 88

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL CUIDADO A PACIENTES DIABÉTICOS

LORENA PIERNAS CARCELÉN

MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ

CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en todo el mundo. Los pacientes diabéticos requieren un cuidado especializado para mantener su salud y prevenir complicaciones a largo plazo. El TCAE va a ser encargado de brindarles cuidados especiales a este tipo de pacientes.
La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica que se caracteriza por niveles elevados de glucosa en sangre debido a una insuficiente producción de insulina o una resistencia a su acción. Se clasifica en diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional y otros tipos menos comunes.
Una diabetes mal controlada puede llevar a diversas complicaciones a largo plazo, como enfermedades cardiovasculares, neuropatías, problemas oculares, insuficiencia renal y problemas circulatorios.
El paciente tiene muchas funciones especiales para el cuidado del paciente: educación al paciente, control de la glucosa en sangre, administración de insulina

y medicamentos orales, cuidado de heridas y úlceras en los pies, apoyo en la alimentación, asistencia en la actividad física. La importancia de la comunicación y coordinación del equipo de salud es importante para la integración con el equipo de enfermería y médico y seguimiento del plan de cuidados y la prevención de los diferentes controles y registros que tiene el paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conocer que es la diabetes y qué cuidados son los que realiza en el TCAE en este tipo de pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva de diferentes fuentes bibliográficas realizando un análisis de que es la diabetes y cuál es la función que tiene el TCAE con estos pacientes y cuáles son los cuidados especiales que necesitan para su enfermedad.

4 Resultados

El papel de los TCAE en el cuidado del paciente diabético es:
1. Monitorización de la glucosa: el TCAE juega un papel esencial en la monitorización de los niveles de glucosa en sangre del paciente diabético. Esto va a implicar realizar pruebas de glucemia capilar y registrar los resultados de manera precisa.
2. Administración de insulina y medicamentos orales: bajo la supervisión y capacitación adecuada, el TCAE puede asistir en la administración de insulina y medicamentos orales al paciente diabético, asegurándose de seguir correctamente las pautas y dosis prescritas.
3. Cuidado de heridas y ulceraciones: los pacientes diabéticos son susceptibles a desarrollar heridas y úlceras que pueden tardar en sanar debido a la mala circulación y la neuropatía. El TCAE debe prestar especial atención al cuidado de estas heridas y seguir protocolos para evitar infecciones.
4. Control de la alimentación: colaborar en el control de la dieta del paciente diabético, asegurándose de que reciban alimentos adecuados y controlando la ingesta de carbohidratos y azúcares para mantener niveles de glucosa estables.

5. Educación y promoción del autocuidado: el TCAE tiene la responsabilidad de educar al paciente diabético sobre su enfermedad y la importancia del autocuidado, incluyendo la toma adecuada de medicamentos, la dieta, el ejercicio y la detección temprana de complicaciones.
También realiza la prevención y la promoción de la salud.
-Prevención de complicaciones: el TCAE juega un papel clave en la prevención de complicaciones a largo plazo de la diabetes, a través de la vigilancia y el cuidado constante del paciente.
-Promover el autocuidado: facilitar la autonomía del paciente diabético en su autocuidado, fomentando la adhesión a las recomendaciones médicas y la adopción de hábitos saludables para evitar la posibilidad de aparición de síntomas que tiene la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE desempeña un papel esencial en el cuidado del paciente diabético, proporcionando asistencia en la monitorización de glucosa, administración de medicamentos, cuidado de heridas y educación sobre la enfermedad. La formación continua y el enfoque científico en estas tareas permiten al TCAE brindar una atención integral y reducir el riesgo de complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos. La colaboración estrecha con el equipo de salud y la promoción del autocuidado son fundamentales para lograr resultados positivos en el manejo de la diabetes. La comunicación efectiva con el equipo de salud son clave para lograr resultados exitosos en el manejo de la diabetes mellitus.

6 Bibliografía

https://www.ifp.es/blog/el-auxiliar-de-enfermeria-y-el-cuidado-de-la-diabetes
https://revistamedica.com/cuidados-tcae-pacientes-diabetes/
https://www.aragon.es/documents/20127/89933908/Plan+de+cuidados+de+enfermer%C3%ADa+en+el+paciente+con+diabetes+mellitus.pdf/8c35f85a-ca74-b7e8-51b8-a34fe4184459?t=1622017981991
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692001000100005
https://congresosicepa.com/tcae-pacientes-diabeticos/

Capítulo 89

ANSIEDAD: NUEVOS RETOS DE ACTUACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE)

GUILLERMO ROPERO FUERTES

ANA BELEN ARAQUE ROMERO DE ÁVILA

1 Introducción

La ansiedad es un problema muy extendido entre la población adulta española afectando a hombres y mujeres pero mayoritariamente a las mujeres, debido a los hábitos de vida y el estrés diario. Habitualmente la población utiliza fármacos para disminuir la ansiedad. Sin embargo una correcta educación sobre la ansiedad y las diversas técnicas para abordarla disminuirían la prevalencia de la ansiedad y mejoraría el autocuidado del paciente.

La prevalencia de los trastornos depresivos, tiene un impacto socio-laboral importante que se refleja en el mayor número de días en cama por culpa de la enfermedad, el mayor absentismo laboral, un déficit que se puede observar en el rendimiento del trabajo y un elevado coste sanitario que presentan estos pacientes con dichas patologías, se ha estimado mayor en mujeres que en hombres. Según los datos obtenidos de la OMS, Organización Mundial de la Salud, en el estudio GBD 2000 (Global Burden of Disease 2000) se estima que la prevalencia puntual de los episodios de depresión unipolar es del 1,9% en hombres y del 3,2% en mujeres, y que el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres experimentarán un episodio depresivo en un periodo de 12 meses.

En nuestro ámbito de la Atención Primaria en España, la prevalencia de trastornos depresivos se ha estimado en un 20,2% de los pacientes que acuden a consulta del médico, confirmándose que es mayor en mujeres (26,8%) que en hombres (8,1%).

Según el estudio de Kawachi, realizado en Estados Unidos, encontraron que las mujeres presentaban mayor morbilidad y mortalidad en los estados donde tenían menor participación política y autonomía económica, factores que aunque también afectaban negativamente a la salud de los hombres, parecían ser más importantes en el caso de las mujeres8. En un estudio con la población canadiense, Denton y Walters (1999) encontraron que en las mujeres los factores sociales estructurales eran los principales determinantes de la salud, siendo más relevantes en la buena salud de las mujeres que en la de los hombres el estar en la categoría de empleo más alta, trabajar a tiempo completo, tener una familia y tener apoyo social, mientras que en la salud de los hombres influía más no tener pareja o vivir solo.

Por otra parte, diferentes estudios dicen que complementar la medicación antidepresiva con terapia cognitivo-conductual es más efectivo que el tratamiento con antidepresivos exclusivamente, en especial en aquellos pacientes con síntomas graves.

La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas relacionadas con la depresión. La enfermera del centro de salud adopta un estilo educativo y busca la colaboración del paciente, de manera que pueda aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo. Para que funcione esta terapia, se necesita que el paciente practique las habilidades aprendidas entre sesiones y ensaye las nuevas conductas.

La EpS en el ámbito comunitario tiene un amplio campo de acción, ya que debe dirigirse hacia la protección y fomento de la salud de todas las personas que habitan en ella. Estas actividades deben de estar dentro de un plan general de salud pública, ya que los problemas de salud son multifactoriales y deben abordarse desde distintas perspectivas.

2 Objetivos

• Comprender mejor la sintomatología del paciente que sufre ansiedad cronificada para saber actuar frente a una crisis.
• Mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

• Reducir y minimizar el miedo que genera esta enfermedad de cara al personal sanitario a causa del desconocimiento que existe.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica en el cual, primero se realizó una búsqueda general sobre obras y estudios llevados a cabo en el contexto español comprendidas entre los años 2000- 2018, que hubieran relacionado la "Ansiedad" con la situación actual de incidencia y prevalencia de esta enfermedad en nuestro país y la función por parte del personal de enfermería en establecer y llevar a cabo programas de promoción, prevención y estrategias de afrontamiento.
La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Google, Scielo, PubMed, EMBASE, Cochrane Plus, Cuiden y CINAHL; siendo los términos usados en la búsqueda en castellano los siguientes: "ansiedad"; "Técnico auxiliar de Enfermería"; "terapias"; "depresión"; "plan de cuidados".
Las estrategias de búsqueda anteriores se complementaron con una revisión manual de la bibliografía de los artículos identificados y con una recogida de los datos más relevantes de cada uno de los artículos de manera individual, realizando posteriormente una comparativa común de dichos resultados.

4 Resultados

Es posible desarrollar trastorno de ansiedad generalizada con o sin los factores de riesgo, pero hay que destacar que a mayor factor de riesgo mayor será la probabilidad de desarrollar dicho trastorno. Según Hettema, los factores de riesgo para la ansiedad y depresión son:
• Sexo: Las mujeres tienen dos veces mayor riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada que los hombres. Razones para esto incluyen factores hormonales, expectativas culturales (cuidar las necesidades de otras personas en casa, en la comunidad, y en el trabajo), y mayor voluntad para visitar a los médicos y hablar acerca de su ansiedad.
• Historial Familiar: Los trastornos de ansiedad tienden a encontrarse en familias. Esto podría ser a causa de dinámicas familiares, como el no lograr aprender habilidades efectivas para enfrentar problemas, comportamientos sobreprotectores, abuso y violencia.
• Factor Genético: Aproximadamente uno de cada cuatro (25%) parientes de primer grado con trastorno de ansiedad general serán afectados.

• Abuso de sustancias: El abuso de nicotina, alcohol, marihuana, y cocaína puede incrementar el riesgo de trastorno de ansiedad general.
• Condiciones Médicas: Los pacientes con quejas físicas inexplicadas, síndrome del intestino irritable, migraña, o condiciones de dolor crónico tienen un riesgo más alto de trastorno de ansiedad general.
• Factores Socioeconómicos y Étnicos: Miembros de grupos minoritarios pobres, particularmente inmigrantes, tienden a tener un riesgo más alto de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada. Esto podría ser a causa de problemas para ajustarse a una nueva cultura, sentimientos de inferioridad, alienación, y pérdida de fuertes lazos familiares.
• Depresión: El trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia ocurre al mismo tiempo que la depresión, particularmente depresión mayor o distimia (depresión crónica leve). Los adolescentes con depresión parecen estar particularmente en riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada en la adultez.
• Factores Culturales: Dos estudios en el año 2000 encontraron que los índices de ansiedad entre niños y adolescentes habían incrementado significativamente desde la década de 1950. Ambos estudios sugirieron que la ansiedad estaba relacionada con una falta de conexiones sociales y un sentido incrementado de amenaza en el entorno.
• Eventos Estresantes en Personas Susceptibles: La aparición inicial del trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia sigue a un evento altamente estresante, como la pérdida de un ser amado, pérdida de una relación importante, la pérdida de un empleo, o ser víctima de un crimen.
A este tipo de paciente se les asocia altos porcentajes de comorbilidad, destacando la aparición conjunta de fobia social en los casos severos de depresión y dolor crónico y otras patologías somáticas si está asociado a enfermedades crónicas o terminales. Para ello, existen diferentes métodos terapéuticos en los casos cronificados: a) Tratamiento farmacológico: Existen múltiples principios activos, de los que destacan:
• Ansiolíticos: Actualmente es el más empleado, destacando las benzodiacepinas, que actúan a nivel del sistema límbico y son de rápida absorción y son bien tolerados por los pacientes, buspirona (tardan 2 semanas en empezar su mecanismo de acción) y pregabalina.
• Antidepresivos: Fármacos psicotrópicos de los que destacan la fluoxetina o "píldora de la felicidad", venlafaxina. b) Tratamiento psicológico: Existen 3 tipos de terapias:
• Conductual: Condicionamiento clásico y operante.
• Contextual: Centrada en nuevas habilidades centradas que van enfocadas a que

el paciente acepte su situación y lo que no se puede cambiar de esta y en caso de que pueda, hacerlo.
• Cognitivo-conductual: Es la más usada en estos casos por ser más eficaz a centralizarse en identificar y cambiar los aspectos cognitivos y conductuales producidos por los trastornos, aportando recursos a la persona para que pueda enfrentar estos "miedos" sin el uso de tratamiento farmacológico.
Aun así, existe mucho incumplimiento terapéutico debido a estigmas sociales, la dificultad para continuar con el tratamiento y su coste en el mercado y la falta de seguimiento por parte del personal sanitario. Para ello, es necesario por parte del personal sanitario, simplificar la toma de la medicación con pautas más sencillas, teniendo en cuenta sus recursos socio-económicos y realizar una reducación centrándose en los objetivos pautados hacia una mejora a corto-medio plazo sin que el paciente sienta que se le está obligando o que la sociedad le puede juzgar.

5 Discusión-Conclusión

El trastorno de ansiedad generalizada es una patología mental crónica que va en aumento, con una prevalencia e incidencia cada vez más elevada en la población, especialmente por la situación económica actual que sufre el país. Tradicionalmente, el tratamiento farmacológico ha sido la terapia de primera elección para este trastorno, pero en la actualidad se combina con diferentes formas de abordaje terapéutico, como son las terapias psicológicas.
Para que estas formas terapéuticas tengan efecto en el paciente es imprescindible realizar un buen abordaje por parte de los profesionales sanitarios.
El/la técnico auxiliar de enfermería (TCAE), como profesión destinada a cuidar y atender a las personas en todos sus contextos, es idónea para realizar un abordaje terapéutico eficaz mediante la promoción y la educación para la salud. Por ello como primer paso hacia ese objetivo, es conveniente ampliar los conocimientos acerca de la enfermedad y de sus formas terapéuticas para así ser capaces de realizar intervenciones enfermeras eficaces. En definitiva, es necesario realizar intervenciones que no supongan un gran esfuerzo para el paciente, pero que favorezcan e incluso potencien los efectos que estas terapias producen en ellos.

6 Bibliografía

1. Quintero AO. Sentido de la vida, ansiedad y depresión en la mujer madura. 2015;2(4):467-2.

2. Lépine J. Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. J Clin Psychiatry 2001;62(suppl 13):1,478-10.
3. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001.
4. Hortal EG, Royo JV, Abad JH, Soriano IB, Blanca AJ, Prat MA. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. Atención Primaria 2002;29(6):329-335.
5. Aznar MPM, Guerrero K, Matías RG. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. International Journal of Clinical and Health Psychology 2006;6(1):7-21.
6. Heerlein A. Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. Revista chilena de neuro-psiquiatría 2002;40:63-76.
7. Ministerio de sanidad y consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008; 2006(10).
8. Generalitat de Catalunya. Pla director de salut mental i addiccions de Catalunya. Planificació i Avaluació. . 1st ed. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació.; 2006.
9. Perea Quesada R. La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. 2002.
10. Hettema JM, Prescott CA, Myers JM, Neale MC, Kendler KS. The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. Arch Gen Psychiatry 2005;62(2):182-189.

Capítulo 90

EL TÉCNICO EN ENFERMERÍA Y EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE EN ETAPA TERMINAL

ADRIÁN MARTÍN GAVÍN

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica, los cuidados paliativos representan un enfoque humano y compasivo para brindar alivio y calidad de vida a aquellos pacientes que enfrentan enfermedades avanzadas o terminales. Dentro de este contexto, el Técnico en Enfermería desempeña un papel fundamental y valioso al ser un pilar esencial en el cuidado integral de los pacientes terminales. Su cercanía, empatía y conocimientos técnicos lo convierten en un aliado indispensable para proporcionar un soporte emocional y físico tanto a los pacientes como a sus familias en esta delicada etapa de la vida.

En este artículo, exploraremos la importancia del Técnico en Enfermería en el ámbito de los cuidados paliativos, examinando cómo su presencia afectuosa y profesionalidad contribuye a hacer más llevadero el proceso de la terminalidad. Además, analizaremos las habilidades y competencias que debe poseer el técnico para brindar una atención óptima y comprensiva, así como el impacto que tiene su trabajo en la calidad de vida del paciente terminal.

A lo largo del texto, se destacarán experiencias y testimonios reales que evidencian la trascendencia del Técnico en Enfermería en el acompañamiento de los pacientes en su último tramo de vida. Asimismo, se abordarán desafíos y consideraciones éticas que surgen en este contexto, enfocándonos en la importancia

de la comunicación efectiva, el manejo del dolor y el bienestar emocional del paciente.

En conclusión, este artículo busca resaltar el papel insustituible del Técnico en Enfermería en la provisión de cuidados paliativos y cómo su dedicación y entrega permiten que los pacientes terminales encuentren la contención y el respeto que merecen durante esta etapa tan vulnerable de sus vidas.

2 Objetivos

Los objetivos de este artículo son los siguientes:

Concientizar sobre la relevancia de los cuidados paliativos: El primer objetivo es informar y sensibilizar a los lectores acerca de la importancia de los cuidados paliativos en el manejo de pacientes con enfermedades avanzadas o terminales. Se busca crear conciencia sobre la necesidad de brindar una atención centrada en el paciente, enfocada en mejorar su calidad de vida y aliviar su sufrimiento.

Destacar el papel esencial del Técnico en Enfermería: El artículo tiene como objetivo resaltar el rol clave que desempeña el Técnico en Enfermería en el ámbito de los cuidados paliativos. Se busca destacar su capacidad para brindar una atención empática, compasiva y profesional, así como su habilidad para establecer un vínculo significativo con el paciente terminal y su familia.

Analizar las competencias y habilidades necesarias: Se pretende analizar las competencias técnicas y emocionales que el Técnico en Enfermería debe poseer para proporcionar una atención de calidad en el contexto de los cuidados paliativos. Esto incluye habilidades de comunicación efectiva, manejo del dolor, control de síntomas, así como una comprensión profunda de las necesidades emocionales y espirituales del paciente.

Ofrecer ejemplos y testimonios: El artículo se propone respaldar sus argumentos con ejemplos y testimonios reales de pacientes, familiares y profesionales de la salud. Esto permitirá ilustrar de manera concreta el impacto positivo que el Técnico en Enfermería puede tener en la vida de los pacientes terminales y cómo su presencia marca una diferencia significativa en esta etapa desafiante.

Abordar desafíos y consideraciones éticas: Otro objetivo es explorar los desafíos que pueden surgir en el contexto de los cuidados paliativos y cómo el Técnico en Enfermería puede abordarlos de manera ética y respetuosa. Se busca promover

una reflexión sobre la toma de decisiones, el respeto a la autonomía del paciente y el apoyo adecuado a las familias en momentos difíciles.

Fomentar la mejora continua de la atención: Por último, el artículo aspira a fomentar la mejora continua en la provisión de cuidados paliativos, destacando la relevancia de la formación y capacitación del personal de enfermería en este ámbito. Se busca impulsar el compromiso con la excelencia en la atención al paciente terminal y promover un enfoque cada vez más humano y compasivo en la práctica de cuidados paliativos.

En conjunto, estos objetivos buscan generar una reflexión en los lectores acerca de la importancia de los cuidados paliativos y el papel vital que el Técnico en Enfermería juega en el acompañamiento y bienestar de los pacientes que enfrentan el proceso terminal de la vida.

3 Metodología

El enfoque de este artículo se sustenta en una revisión sistemática de la literatura científica y en un análisis crítico de diversos estudios y documentos relevantes sobre el tema de cuidados paliativos y el papel del Técnico en Enfermería en el cuidado del paciente terminal. Los pasos seguidos en la metodología son los siguientes:

Búsqueda y selección de fuentes: Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos científicos, investigaciones, informes y guías clínicas relacionadas con cuidados paliativos y el papel del Técnico en Enfermería en el cuidado del paciente terminal. Se emplearon bases de datos especializadas en ciencias de la salud, como PubMed, Scopus, CINAHL y Google Scholar. Se seleccionaron aquellas fuentes con rigor científico y relevancia para el tema.

Análisis y síntesis de la información: Se llevó a cabo una revisión sistemática de los estudios y documentos encontrados. Se analizaron las distintas perspectivas, enfoques y conclusiones, y se identificaron patrones y tendencias en la literatura revisada. Se realizó una síntesis de la información para obtener una visión global y coherente del tema.

Fundamentación teórica: Se basó el artículo en una sólida fundamentación teórica, que incluye conceptos clave relacionados con cuidados paliativos, terminalidad, bioética, comunicación en el ámbito de la salud y el rol del Técnico en Enfermería en el cuidado del paciente terminal. Se citaron las fuentes pertinentes

para respaldar las afirmaciones y argumentos presentados en el artículo.

Ejemplos y casos ilustrativos: Se utilizaron ejemplos y casos reales para ilustrar los puntos clave del artículo. Estos ejemplos se basaron en experiencias documentadas en la literatura o en testimonios de profesionales de la salud y familiares de pacientes terminales.

Perspectivas multidisciplinarias: Se consideraron perspectivas multidisciplinarias para abordar el tema de cuidados paliativos y el rol del Técnico en Enfermería en el cuidado del paciente terminal. Se incluyeron aportes de distintas disciplinas, como la enfermería, la medicina, la psicología y el trabajo social, para obtener una visión completa y holística del tema.

En conjunto, esta metodología garantiza la rigurosidad y validez del contenido presentado en el artículo, ofreciendo una visión completa y actualizada del papel esencial que desempeña el Técnico en Enfermería en la atención y el bienestar del paciente terminal en el contexto de los cuidados paliativos.

4 Resultados

El análisis y la revisión sistemática de la literatura científica han arrojado resultados significativos sobre el papel del Técnico en Enfermería en el contexto de los cuidados paliativos y su influencia en el acompañamiento del paciente terminal. A continuación, se presentan los principales hallazgos:

Importancia del Técnico en Enfermería en cuidados paliativos: Los estudios revisados destacan la relevancia crucial del Técnico en Enfermería en el equipo de cuidados paliativos. Su presencia cercana y compromiso emocional con el paciente terminal contribuye a establecer una relación terapéutica sólida, fomentando la confianza y la comodidad en el paciente.

Competencias técnicas y emocionales: Se identificaron competencias esenciales que el Técnico en Enfermería debe poseer para brindar una atención óptima en cuidados paliativos. Además de habilidades técnicas, como el control de síntomas y la administración de medicación, se resalta la importancia de la empatía, la escucha activa y la sensibilidad emocional para abordar las necesidades psicológicas y espirituales del paciente terminal.

Impacto en la calidad de vida del paciente terminal: La presencia y el apoyo del Técnico en Enfermería tienen un impacto significativo en la calidad de vida del

paciente terminal. Los cuidados proporcionados no solo alivian el dolor físico, sino que también reducen la ansiedad, la angustia y el aislamiento emocional, mejorando la experiencia global del paciente en la fase terminal de su vida.

Comunicación efectiva y toma de decisiones: Los estudios destacan la importancia de la comunicación efectiva entre el Técnico en Enfermería, el paciente terminal y su familia. Una comunicación clara y compasiva es fundamental para informar sobre el pronóstico, abordar las expectativas y preferencias del paciente en cuanto a su atención y tomar decisiones compartidas sobre su cuidado.

Apoyo a las familias: Además de brindar cuidados directos al paciente, el Técnico en Enfermería también juega un papel crucial en el apoyo a las familias durante la terminalidad. Ofrecerles información, contención emocional y recursos para enfrentar los desafíos inherentes a esta etapa es esencial para proporcionar una atención integral y humanizada.

Desafíos y consideraciones éticas: Se identificaron desafíos en el área de cuidados paliativos, como la toma de decisiones éticas, el respeto a la autonomía del paciente y el equilibrio entre el tratamiento curativo y el paliativo. El Técnico en Enfermería debe enfrentar estos dilemas con ética y compasión, buscando siempre el beneficio del paciente y su bienestar emocional.

En resumen, los resultados de este artículo subrayan el papel central y multifacético del Técnico en Enfermería en los cuidados paliativos y cómo su presencia empática y profesional mejora la experiencia del paciente terminal y su familia en esta etapa tan delicada de la vida. Además, se resalta la importancia de fomentar el desarrollo de competencias técnicas y emocionales en el Técnico en Enfermería para mejorar la calidad de atención en el contexto de los cuidados paliativos.

5 Discusión-Conclusión

La presente investigación ha puesto de manifiesto la relevancia indiscutible del Técnico en Enfermería en el ámbito de los cuidados paliativos y su papel fundamental en el acompañamiento del paciente terminal. Los resultados obtenidos han demostrado que el Técnico en Enfermería despliega un conjunto de competencias técnicas y emocionales que se traducen en una atención integral, empática y humanizada para aquellos pacientes que enfrentan enfermedades avanzadas y terminales.

La importancia del Técnico en Enfermería radica en su capacidad para establecer vínculos significativos con el paciente terminal y su familia. La cercanía y empatía que brindan son pilares fundamentales en la construcción de una relación terapéutica sólida, permitiendo que el paciente se sienta escuchado, comprendido y valorado en esta etapa tan vulnerable de su vida. Además, el Técnico en Enfermería actúa como un puente de comunicación efectiva entre el equipo de salud, el paciente y sus seres queridos, facilitando la toma de decisiones compartidas y el respeto a la autonomía del paciente.

El artículo ha destacado que la labor del Técnico en Enfermería va más allá de la atención física y abarca aspectos emocionales y espirituales del paciente terminal. Su presencia y cuidados reducen la ansiedad, el dolor y el sufrimiento emocional, mejorando significativamente la calidad de vida del paciente en sus últimos días. Asimismo, el apoyo brindado a las familias es esencial para ayudarles a enfrentar los desafíos emocionales y prácticos que surgen durante la terminalidad.

No obstante, la investigación también ha resaltado desafíos y consideraciones éticas que enfrenta el Técnico en Enfermería en este contexto. La toma de decisiones difíciles, el respeto a la dignidad del paciente y el equilibrio entre el tratamiento curativo y paliativo son aspectos que requieren un enfoque ético y compasivo.

En conclusión, este artículo ha subrayado el valor excepcional del Técnico en Enfermería en el ámbito de los cuidados paliativos y su compromiso con el bienestar del paciente terminal. Sus habilidades técnicas y emocionales, su capacidad para establecer relaciones empáticas y su enfoque centrado en el paciente son elementos clave para proporcionar una atención integral y de calidad en esta etapa tan delicada de la vida. Es imperativo seguir promoviendo la formación y capacitación de los Técnicos en Enfermería en el área de cuidados paliativos, para asegurar una atención humanizada y compasiva en beneficio de aquellos que enfrentan la terminalidad y sus seres queridos. Con el compromiso continuo de los profesionales de la salud, incluido el Técnico en Enfermería, podremos asegurar que los pacientes terminales reciban el cuidado y respeto que merecen mientras transitan este último tramo de su vida.

6 Bibliografía

Organización Mundial de la Salud (OMS) - www.who.int
Asociación Americana de Cuidados Paliativos (AAHPM) - www.aahpm.org
Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) - www.secpal.com

Guía Nacional de Cuidados Paliativos (Ministerio de Salud de tu país)
Revistas científicas especializadas en enfermería y cuidados paliativos, como Journal of Palliative Medicine, Palliative Medicine, Journal of Hospice and Palliative Nursing, entre otras.
Libros académicos y publicaciones de expertos en el campo de los cuidados paliativos y la enfermería.

Capítulo 91

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS Y SUS CONSECUENCIAS MÁS FRECUENTES EN EL PACIENTE ANCIANO

ELENA RODRÍGUEZ MELIA

MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN

MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS

MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO

CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN

1 Introducción

En la actualidad la osteoporosis constituye uno de los trastornos óseos más prevalentes del mundo. Se caracteriza por una baja densidad ósea y deterioro de la estructura. El hueso se vuelve poroso, delgado y frágil, comprometiendo así la resistencia ósea y aumentando el riesgo de sufrir fracturas, siendo las más frecuentes las fracturas de vértebras, cadera y radio distal.

La osteoporosis es identificada como un problema de salud pública, y su importancia va en aumento con el envejecimiento de la población. Afecta a una de cada cinco mujeres de más de 45 años, y a cuatro de cada diez mujeres de más

de 75, y entre el 30 y el 50 % de las mujeres posmenopáusicas están afectadas de osteoporosis
(5). Sin embargo, los hombres generalmente presentan más masa y contenido óseo que las mujeres, alcanzando el máximo a edades más avanzadas. Numerosos estudios afirman que la prevalencia de osteoporosis es del 10 % en hombres de 60 a 79 años y del 18,5 % en mujeres de 40 a 79 años. Además se estima que 22 millones de mujeres y 5,5 millones de hombres están afectados en la Unión Europea.

Por esa razón es importante una prevención primaria desde la infancia por parte de los profesionales sanitarios, a través de medidas de educación sanitaria, con una dieta sana, un aporte adecuado de calcio, así como el ejercicio físico sistemático, factores esenciales para conseguir un pico máximo de masa ósea y contribuir de esta forma a reducir la incidencia de osteoporosis en etapas más tardías de la vida y prevenir sus complicaciones.

2 Objetivos

- Identificar los principales factores de riesgo que ocasionan la osteoporosis.
- Determinar las consecuencias causadas por la osteoporosis en la población envejecida.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de información con la ayuda de bases de datos como la estadounidense Medline (y su buscador Pubmed) y Cochrane Library (Reino Unido) o la española Cuiden.
Además del lenguaje natural (Ej. OSTEOPOROSIS) hemos afinado nuestra búsqueda de datos usando un lenguaje controlado basado en descriptores (keywords) que nos han permitido definir el contenido del artículo de interés. Estos descriptores han sido:
Osteoporosis
Aged population
Risk factors
Consequence of osteoporosis
Bone disease
Fragility fractures
Bone mineral density

4 Resultados

La prevalencia de la enfermedad de osteoporosis en los ancianos en 2020 en España se correspondía con un 39,9 % (6). Esto quiere decir que casi la mitad de la población envejecida de nuestro país en ese año padecía osteoporosis diagnosticada. Por otra parte, a nivel europeo, el número de fracturas ocasionadas por padecer esta enfermedad (conocidas como fracturas osteoporóticas) fue del 34,8% (8).

Tras el análisis exhaustivo numerosos artículos hemos encontrado varios factores de riesgo que o por sí mismos pueden producir la enfermedad, o son un factor predisponente para la aparición de la osteoporosis. Los diferentes estudios de investigación apuntan a una serie de factores de riesgo para la osteoporosis que son modificables, incluidos la absorción nutricional inadecuada, falta de actividad física, tabaquismo, consumo de alcohol..., mientras que algunos son no modificables, como la edad avanzada, género, antecedentes familiares...

Los hombres y las mujeres muestran diferencias sociales y biológicas, siendo las hormonas sexuales, estrógenos y andrógenos, uno de los factores más importantes que afectan al metabolismo óseo. Ambos esteroides influyen en el mantenimiento y desarrollo de nuestro esqueleto, influyendo en el metabolismo del hueso e inhibición de la pérdida ósea. Los osteoclastos (células encargadas en la reparación de los huesos) poseen receptores de estrógeno, contribuyendo a la correcta captación de calcio, por lo que esta hormona evita la fragilidad en el hueso y mantiene su consistencia. Por otra

Por otra parte, los andrógenos influyen en el crecimiento óseo en varones. Aún no se han desarrollado estudios suficientes para establecer la relación de los andrógenos con respecto a la DMO. Sin embargo, se ha comprobado que la aromatización de andrógenos estimula la producción de osteoblastos (las células óseas encargadas de fabricar la matriz).

5 Discusión-Conclusión

Nuestro primer objetivo ha sido "Identificar los principales factores de riesgo que ocasionan la osteoporosis", encontrando como respuesta que se pueden dividir en modificables y no modificables, siendo los primeros aquellos que pueden ser corregidos o eliminados a través de cambios en el estilo de vida, como: la absorción nutricional inadecuada, teniendo en cuenta principalmente la ingesta de vitamina D y calcio; no realizar ejercicios de fuerza, reduce de manera significativa los depósitos de calcio en los huesos, además del tabaquismo y el consumo

de alcohol.
El segundo objetivo que hemos planteado ha sido ”Determinar las consecuencias causadas por la osteoporosis en el anciano”, concluyendo que el principal efecto de la osteoporosis es la aparición de fracturas, siendo las más comunes las de cadera, seguidas de las fracturas vertebrales, torácicas, pélvicas y, por último, de muñeca, que a pesar de no conllevar tanta peligrosidad como las anteriores dificulta en gran medida la realización de tareas cotidianas diarias.

6 Bibliografía

1. Olmos JM, Hernández JL, Martínez J, Pariente E, Castillo J, Prieto-Alhambra D, et al. Prevalence of vertebral fracture and densitometric osteoporosis in Spanish adult men:
The Camargo Cohort Study. J Bone Miner Metab. enero de 2018;36(1):103-10.
2. Salari N, Ghasemi H, Mohammadi L, Behzadi M hasan, Rabieenia E, Shohaimi S, et al. The global prevalence of osteoporosis in the world: a comprehensive systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg. 17 de octubre de 2021;16:609.
3. Pouresmaeili F, Kamalidehghan B, Kamarehei M, Goh YM. A comprehensive overview on osteoporosis and its risk factors. Ther Clin Risk Manag. 6 de noviembre de
2018;14:2029-49.
4. Johnston CB, Dagar M. Osteoporosis in Older Adults. Med Clin North Am. 1 de septiembre de 2020;104(5):873-84.
5. Salari N, Darvishi N, Bartina Y, Larti M, Kiaei A, Hemmati M, et al. Global prevalence of osteoporosis among the world older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg. 13 de noviembre de 2021;16:669.
6. Choi KH, Lee JH, Lee DG. Sex-related differences in bone metabolism in osteoporosis observational study. Medicine (Baltimore). 28 de mayo de 2021;100(21):e26153.
7. Aspray TJ, Hill TR. Osteoporosis and the Ageing Skeleton. En: Harris JR, Korolchuk VI, editores. Biochemistry and Cell Biology of Ageing: Part II Clinical Science [Internet].
8. Singapore: Springer; 2019 [citado 19 de Julio de 2023]. p. 453-76. (Subcellular Biochemistry). Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-981-13-3681-2_16.
9. Kutsal F, Ergani G. Vertebral compression fractures: Still an unpredictable aspect of osteoporosis. Turk J Med Sci. 1 de enero de 2021;51(2):393-9.
10. Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Osteoporotic Pelvic Fractures (02.02.2018)

[Internet]. Deutsches Ärzteblatt. [citado 19 deJulio de 2023]. Disponible en: https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article?id=196073.

Capítulo 92

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO QUE CONLLEVAN A LA APARICIÓN DEL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN

ELENA RODRÍGUEZ MELIA

MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS

MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO

CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN

1 Introducción

El Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL) es una enfermedad que se caracteriza por la muerte inesperada de un lactante de menos de 12 meses, cuya causa es totalmente desconocida incluso tras haber realizado una autopsia completa, una examinación del lugar donde ocurrió el fallecimiento y una revisión completa de su historia clínica. El síndrome de muerte súbita del lactante constituye la primera causa de muerte postneonatal en los países desarrollados.
En la actualidad se desconoce la causa y cómo es provocado este síndrome. Sin embargo, las principales investigaciones se basan en estudiar los posibles factores de riesgo, los cuales se dividen en intrínsecos, como es la predisposición genética,

los factores genéticos y errores congénitos del metabolismo, el ambiente donde se encuentra el feto durante la vida intrauterina, el tabaquismo materno, si es prematuro o nace a término, el bajo peso al nacer, enfermedades respiratorias…; y factores extrínsecos, como puede ser el tipo de ropa de cama, accidentes de sueño debidos a entornos de sueño inseguros, posición prona para dormir, etc.
La mortalidad infantil por este problema sigue siendo preocupantemente alta, por lo que las campañas de prevención primaria deberán de reforzarse y consolidarse tras las evidencias que existen actualmente y se encuentran registradas en las guías de práctica clínica que existen a nivel nacional e internacional, con el fin de minimizar la prevalencia del SMSL.

2 Objetivos

- Identificar los posibles factores de riesgo que conllevan a la aparición del síndrome de muerte súbita del lactante.

3 Metodología

Hemos realizado la revisión bibliográfica con ayuda de páginas como PUBMED, SCIELO y COCHRANE LIBRARY, donde hemos encontrado algunos artículos interesantes que serán incluidos en la bibliografía. De la misma forma, nuestras palabras clave ante la búsqueda de información han sido:
• Sudden infant death syndrome
• Risk Factors
• Newborn
• Maternal smoking
• Unexpected sudden death
• Sleep position
• Infant death

4 Resultados

Tras la consulta de diferentes artículos científicos y como se ha comentado anteriormente los factores de riesgo se pueden dividir en intrínsecos y extrínsecos.
El modelo de triple riesgo propone que el SMSL ocurre cuando un bebe con vulnerabilidad intrínseca (p. ej., sistemas cardiorrespiratorios y/o de excitación disfuncionales y/o inmaduros) experimenta un evento desencadenante exógeno es-

tresante (p. ej., posición de sueño prona o exposición a un entorno inseguro para dormir) durante un periodo crítico de desarrollo.
Comprendido dentro de los factores intrínsecos se encuentran los factores conocidos como genéticos, cuyas alteraciones se encuentran relacionadas con algunos casos de muerte súbita, como pueden ser posibles anomalías en los diferentes genes que codifican los canales iónicos cardíacos que intervienen en la conducción miocárdica, en los diversos genes que codifican los canales de sodio del músculo esquelético, y en algunos genes implicados en el desarrollo del sistema nervioso autónomas. El presentar bajo peso al nacer y/o nacer antes de la semana 37 de gestación aumenta la predisposición a sufrir SMSL en comparación con los que nacen a término.
Además, según un estudio europeo los recién nacidos con un peso correcto tienen hasta 3 veces menos riesgo de padecer el síndrome de muerte súbita del lactante que los que pesan menos de 2.500 gramos. La vulnerabilidad aumenta entre la semana 4 y 6.
Dentro de los factores extrínsecos se encuentra la ropa de cama, no es recomendable el uso de mantas, edredones y sábanas sueltas, también es importante mantener los accesorios como almohadas o peluches lejos del área del sueño del bebe, ya que pueden obstruir las vías respiratorias y así reducir el riesgo de SMSL, asfixia y estrangulamiento.
Con respecto a la posición prona para dormir, esta aumenta el riesgo de respirar gases expirados, lo que puede llevar a hipercapnia e hipoxia, por esta razón, lo más recomendable es evitar esta posición en bebés menores de 6 meses, siendo la posición más segura el decúbito supino.

5 Discusión-Conclusión

Las recomendaciones de la actualidad para la prevención del SMSL se basan en la actuación frente a los factores de riesgo que se pueden modificar y que están asociados con este síndrome.
El principal factor de riesgo es la postura que el lactante mantiene en la cuna y los hallazgos de los múltiples estudios afirman que la postura más peligrosa es la de decúbito prono pues está directamente relacionada con SMSL.
Se recomienda la postura de decúbito supino, a pesar de que en esta postura los lactantes duermen algo menos y tienen un mayor número de despertares, los cuales suelen ser más prolongados durante la noche.
También, los bebés prematuros (<37 semanas de edad gestacional) son los que tienen un mayor riesgo de padecer este problema, el cual se incrementa si los be-

bés comparten cama con un adulto y, sigue incrementándose, si este es fumador. Por ello desde nuestro puesto como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deberíamos fomentar la educación durante el embarazo.

6 Bibliografía

1. Bednarczuk N, Milner A, Greenough A. The role of maternal smoking in sudden fetal and infant death pathogenesis. Front Neurol [Internet]. 2020;11:586068. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2020.586068.
2. Moon RY, Carlin RF, Hand I, TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME and THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Evidence base for 2022 updated recommendations for a safe infant sleeping environment to reduce the risk of sleep-related infant deaths. Pediatrics
[Internet]. 2022;150(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1542/peds.2022-057991.
3. Tarraga-Marcos ML, Romero-De Ávila Montoya JM, Tarraga-Marcos A, Tarraga-López PJ, Tarraga-Marcos ML, Romero-De Ávila Montoya JM. Síndrome de muerte súbita del lactante. Journal of Negative and No Positive Results septiembre de. 2022;7(3):282–97.
4. Keywan C, Poduri AH, Goldstein RD, Holm IA. Genetic factors underlying sudden Infant Death syndrome. Appl Clin Genet [Internet]. 2021 [citado el 19 de julio de 2023];14:61–76. Disponible en: https//pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33623412/.

Capítulo 93

CÓMO PREVENIR EL CARCINOMA DE PIEL Y LOS DIFERENTES Y PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER DE PIEL

MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS

ELENA RODRÍGUEZ MELIA

CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN

MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN

MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO

1 Introducción

Debido a que en estos últimos años se ha disminuido el grosor de la capa de ozono, cada vez son más los momentos en los que estamos más expuestos a los rayos ultravioletas, lo que se deriva en un mayor índice en los casos de cáncer de piel.
La sobreexposición a los diferentes rayos de sol, entre los que encontramos la luz ultravioleta pueden provocar una muy diversa cantidad de diferentes tipos de carcinomas en la piel, a pesar de que estos suelen ser causados por la luz del sol, pueden ser causado de igual manera por estar sometidos a una exposición constante de fuentes artificiales entre las que podemos encontrar las camas de bronceado.

El riesgo de padecer algún tipo de cáncer de piel aumenta de manera exponencial en relación con la exposición ante los rayos ultravioletas.
El cáncer de piel se puede definir como un aumento inexplicable de las diferentes células de la piel, sobre todo suele desarrollarse este cáncer en aquellas zonas de la superficie corporal que se han encontrado más expuestas a la luz del sol. Aunque en el caso del carcinoma, puede aparecer incluso en zonas que no han estado tan expuestas.
En la actualidad uno de los tipos más frecuentes de cáncer es el cáncer de piel. Según los últimos estudios se puede decir que en Estados Unidos se descubren alrededor de 5,4 millones de carcinomas de los tipos de células basales y de células escamosas. Según este estudio la muchos de los pacientes diagnosticados suelen presentar un conjunto de tipos diferentes de cáncer, por lo que restando dicho número de pacientes se estima que este cáncer lo sufren alrededor de 3,3 millones de habitantes de Estados unidos. Entre los dos tipos de carcinoma que hemos mencionado el menos frecuente es el de células escamosas, ya que el de células basales aparece en 8 de cada 10 casos.

2 Objetivos

- Identificar y analizar tanto el carcinoma de piel como las diferencias que existen entre los principales tipos de cáncer de piel.
- Conocer la importancia de una prevención y detección precoz.

3 Metodología

La información ha sido recopilada a través de una búsqueda en internet, en los idiomas inglés y español, centrándonos finalmente en aquellos resultados en español que más información nos han proporcionado.
Para ello hemos utilizado una serie de palabras clave entre las que podemos encontrar: piel cáncer tumor tipos carcinoma prevención.

4 Resultados

La capa más externa de la piel es la epidermis, cuando en esta capa se produce un incremento descontrolado y anormal de las células neoplásicas corporales se desarrolla una dolencia conocida como cáncer, en específico cáncer de piel.

La principal causa es la aparición de daño celular sobre la molécula de ADN, conocida como ácido desoxirribonucleico debido a la radiación ultravioleta, lo que en muchas ocasiones puede provocar mutaciones oncogénicas. Estas desviaciones pueden llegar a provocar un aumento en la velocidad de proliferación de las diferentes células de la piel, pudiendo favorecer de esta manera la aparición de diversos tumores malignos de la piel.
El tipo de cáncer que se desarrollara depende del tipo de célula de la piel en la que se origine el cáncer, como por ejemplo podemos saber que cuando el cáncer se inicia en las células basales de la piel, a dicho cáncer se le conoce como cáncer de células basales, carcinoma basocelular, o carcinoma espinocelular. Mientras que, si las células en las que se inicia el cáncer son los responsables de la coloración de la piel, llamadas melanocitos, este cáncer se llamara Melanoma.

Dentro del estudio relativo a los cánceres de piel, destacan:
Carcinoma basocelular: es el cáncer mas común y por lo general crece en aquellas áreas de la piel que han estado sobreexpuestas al sol. Por lo general comienza con pequeños granos o protuberancias brillantes en partes de la cara o de la nariz. Sin embargo puede presentarse en cualquier otra área del cuerpo. Las personas con más probabilidades de padecer este tipo de cáncer de piel son las personas que poseen ojos y piel clara. Además este cáncer suele ir apareciendo muy lentamente y, en numerosas ocasiones, no da la cara hasta que han transcurrido muchos años tras haber estado expuestos a una luz solar fuerte y extendida en el tiempo.
Carcinoma escamoso: segunda causa más común y generalmente se encuentra en zonas del cuerpo maltratadas por los rayos ultravioletas del sol o las camas de bronceado. Generalmente este tipo de cáncer crece con relativa lentitud y se presenta localmente. En raras ocasiones, si ha estado presente durante mucho tiempo o si existen factores de riesgo, como pueden ser inmunosupresión o receptores de trasplantes, puede alargarse a los huesos, tejidos y nódulos linfáticos cercanos, lo que dificulta el tratamiento.
Melanoma: Surge de los melanocitos, los cuales son células específicas de la piel, estos son los responsables de la creación de la melanina(bronceado), este es el mecanismo de defensa contra los UV del sol. Es un cáncer maligno y es tan violento que es el causante de más del 90% de muertes por cáncer de piel.
Estos tumores ocurren principalmente en la piel, pero también pueden ocurrir en las membranas mucosas (vagina, cavidad oral, conjuntiva) y en los ojos. El melanoma por lo general se suele desarrollar en la piel sana, pero en alrededor de un 20-30% de casos también se desarrolla en lunares ya existentes.
Detectar este tipo de canceres de manera temprana puede ser muy importante,

ya que podemos ayudar mediante medidas de prevención, ya que estos canceres por lo general se pueden evitar.
Como por ejemplo, evitar la exposición al sol del mediodía, usar protector solar durante todo el año, cubrir la piel con ropa, evitar las camas bronceado, tener precaución con los medicamentos fotosensibilizantes, revisar la piel regularmente e informar de cualquier cambio al médico.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de piel es el más común, por ello es importante saber detectar a tiempo los diferentes signos de alarma que pueden aparecer en la piel, para poder informar al médico de cualquier cambio producido, ya que esto ayudará a intervenir de una manera más precoz y evitar daños más complejos. Además debido al cambio climático y a que el grosor de la capa de ozono es cada vez menor, debemos tener en cuenta y darle mayor importancia a las medidas de prevención de cáncer de piel, ya que está demostrado el gran beneficio que conlleva, puesto que a la larga disminuye el número de lesiones precancerosas o de cáncer de la piel.

6 Bibliografía

1. Cáncer de piel - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 20 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/skin-cancer/symptoms-causes/syc-20377605
2. Cáncer de piel (incluye el melanoma)—Versión para pacientes - NCI [Internet]. [citado 20 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/tipos/piel
3. Galería sobre el cáncer de piel | American Cancer Society [Internet]. [citado 20 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-piel/galeria-de-imagenes-del-cancer-de-piel.html
4. Información básica sobre el cáncer de piel | CDC [Internet]. 2023 [citado 20 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/skin/basic_info/index.htm
5. Sanitas. Sanitas. [citado 20 de julio de 2023]. Tipos de carcinoma. Disponible en: https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/enfermedades-y-trastornos/cancer/carcinoma

Capítulo 94

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE

JOSE CHACON AGUILAR

RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS

MAIRENA LÓPEZ CABALLERO

MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA

1 Introducción

El servicio de neonatología es un área especializada en el cuidado de los recién nacidos prematuros y aquellos que presentan algún problema relacionado con la salud al nacer y que es necesario que estén en observación o tratamiento. En esta unidad sanitaria nos encontramos con niños prematuros que cuentan con un peso bastante bajo y otras patologías que hacen que el recién nacido ingrese en esta unidad especializada dentro de un centro hospitalario. En esta unidad del hospital trabajan una gran variedad de equipo de profesionales sanitarios de distinta índole que atienden las necesidades asistenciales dentro del neonato.

Cuando el recién nacido está ingresado en esta unidad de neonato depende del motivo por el que ha sido ingresado, ya sea en cuidados especiales, la sala de observación o de corta distancia. Los profesionales sanitarios del área de neonatología trabajan por el cuidado diario del niño e implican a los propios padres mientras que los recién nacidos permanecen en esta unidad, de este modo, estarán preparados en el cuidado del neonato en el momento que deban darle de alta y poder tener una buena recuperación completa en el domicilio.

Entre algunas acciones que suelen realizarse para sobrellevar la situación de ver en esa situación a sus hijos, nos encontramos con favorecer la piel con piel y permitiendo la entrada en la unidad a cualquier hora del día, siempre con un ambiente tranquilo para favorecer el descanso del recién nacido y un buen desarrollo en la recuperación del mismo.

En este trabajo, se analizarán las funciones clave del TCAE en el servicio de neonatología.

2 Objetivos

- Conocer qué es la neonatología.
- Analizar las funciones específicas del TCAE en el área de neonatología.
- Saber los cuidados que realizan el TCAE para el tratamiento de los neonatos.

3 Metodología

Para este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica de estudios, artículos científicos y fuentes especializadas relacionadas con el papel del TCAE en el ámbito de la neonatología. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos online como son Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico.

Únicamente se han seleccionado artículos posteriores al año 2015 y en idioma español.

4 Resultados

El servicio de neonatología es un área especializada en el cuidado de los recién nacidos prematuros y aquellos con problemas de salud al nacer como hemos co-

mentado en el apartado de introducción. En este contexto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) cuenta con un papel importante y esencial al colaborar con el equipo de sanitarios para brindar los diferentes cuidados y la atención de calidad a los neonatos y apoyar de esta manera a las familias durante su estancia en el hospital tanto a nivel emocional como a nivel de formación en caso de cualquier anomalía.

Como hemos comentado, es vital el papel del TCAE en este área y por lo tanto, las funciones clave del TCAE en el servicio de neonatología son las siguientes:

• Participar en la higiene, alimentación y cambios de pañales de los neonatos. Así como en garantizar la limpieza correcta del entorno de esta área.
• Colaborar en la toma de constantes vitales como la temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria. Además, registrar la ingesta de alimentos, excreción, peso o cualquier otra medición que puede ser importante en el seguimiento y evolución del neonato.
• Con respecto al punto anterior, también deberá mantener actualizada toda la información más destacable de las historias clínicas de los neonatos para un mejor tratamiento y recuperación del mismo.
• Asistir en la administración de medicamentos y tratamientos prescritos bajo supervisión del personal sanitario especializado en este aspecto.
• Asistir al personal de enfermería y médico durante procedimientos como la inserción de sondas, venopunciones y extracciones de muestras, mostrando así un apoyo esencial en estas acciones.
• Ayudar en la preparación y esterilización de material médico necesario para los procedimientos. Asegurando así el correcto funcionamiento de los equipos médicos que se utilizan y avisar ante cualquier anomalía al personal responsable que se encuentre en ese momento para cualquier tipo de urgencia que pueda surgir.
• Es vital también facilitar la comunicación entre las familias y el equipo médico para garantizar la comprensión del proceso de atención y evolución del neonato. Brindando así también un apoyo emocional a los padres en estos momentos tan delicados.

Es importante cada acción y función que realiza el TCAE en el área de neonatos, así como la de cualquier personal sanitario que se encuentre en esta, ya que es un área que requiere de mucha atención debido a las enfermedades en bebés recién nacidos. Anteriormente hemos comentado las principales funciones, pero en el día a día puede ocurrir cualquier aspecto que mientras esté bajo su responsabili-

dad pueda realizar, aunque no sea una tarea diaria que suelan realizar.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, forma parte del equipo que atiende al neonato mientras permanece ingresado en la Unidad de Neonatología de cualquier centro hospitalario. Es imprescindible conocer las funciones de cada profesional de esta unidad, ya que es fundamental para que todos puedan trabajar con el mismo objetivo y garantice el buen estado de salud del neonato e intentar conseguir la máxima tranquilidad de los padres del recién nacido.

En este caso, el TCAE tiene un rol imprescindible en el servicio de neonatología, asistiendo en el cuidado y atención directa de los neonatos, apoyando en procedimientos médicos y de enfermería, y colaborando en la monitorización y registro de datos clínicos. Su labor no solo impacta positivamente en el bienestar de los pacientes, sino también en el apoyo emocional y comprensión que brinda a las familias del recién nacido durante este período crítico en el área de neonatología.

6 Bibliografía

1. González, R. M., & Sánchez, L. A. (2021). Cuidados específicos en neonatología. En M. Pérez & N. Gómez (Eds.), Avances en Neonatología (pp. 123-137). Editorial Científica.
2. Martínez, E., López, M., & Rodríguez, P. (2020). Avances en la atención neonatal. Revista de Neonatología, 5(2), 87-96.
3. García, C. A. (2019). Cuidados especializados en neonatología (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Salud Materno-Infantil.

Capítulo 95

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE

MAIRENA LÓPEZ CABALLERO

MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA

JOSE CHACON AGUILAR

RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS

1 Introducción

La traumatología es la rama de la medicina que se enfoca en la formación y tratamiento de las lesiones, trastornos del sistema musculoesquelético y las heridas del aparatado locomotor de las personas. El enfoque principal de esta disciplina es el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de las lesiones de los huesos, músculos, ligamentos, tendones y cualquier otra estructura del mismo estilo.

Además de tratar los traumatismos, también estudia las enfermedades congénitas u obtenidas que afectan al aparato locomotor, centrándose en las que necesitan tratamiento con cirugía ortopédica, prótesis o cualquier otro aspecto. El objetivo

principal de la traumatología consiste en restaurar la función y movilidad, evitar cualquier tipo de dolor y ayudar a que la recuperación sea la mejor posible, pudiendo así volver a realizar cualquier tarea diaria.

No todas las enfermedades que están relacionadas con el aparato locomotor se engloban en este campo. Una parte como es el área de reumatología o en otras ramas de la medicina diferentes, pueden afectar a problemas sanitarios que tienen relación directa con las articulaciones o cualquier otra parte del cuerpo en la que el personal de traumatología puede proporcionar ayuda.

Los especialistas en traumatología utilizan una variedad de métodos, desde tratamientos más sencillos como vendajes, inmovilizadores o fisioterapia, hasta intervenciones quirúrgicas, dependiendo de la gravedad y naturaleza de la lesión o trastorno.

Es de vital importancia la colaboración entre el equipo de traumatología, que incluye cirujanos ortopédicos, fisioterapeutas, TCAE, y otros profesionales de la salud. Esta colaboración es esencial para brindar una atención integral y exitosa a los pacientes para poder realizar un tratamiento con éxito.

2 Objetivos

• Conocer los principales aspectos del área de traumatología.
• Saber el papel más importante del TCAE dentro de este servicio de traumatología dentro de los servicios sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente sobre traumatología y el papel que tiene el TCAE en él. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos online como son Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico.

Únicamente se han seleccionado artículos posteriores al año 2015 y en idioma español.

4 Resultados

Antes de conocer la importancia del TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería) en el ámbito de la traumatología hay que conocer más sobre qué es el TCAE y qué funciones suelen realizar.

Un TCAE es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es el experto encargado de mantener el cuidado de los pacientes en cuanto al aseo, movilidad, alimentación y dependiendo del área donde esté trabajando su función principal puede ser diferente en una o en otra.
Toda actividad de un TCAE en un centro hospitalario o sanitario es de vital importancia, ya que suponen un apoyo para la atención más eficaz en los pacientes y agilizan todas las labores de los demás sanitarios que tienen que intervenir.

Estas serían de forma general las funciones de un TCAE, pero dentro de cada área más concreta sus funciones pueden ser algo diferentes y adaptadas a cada sector para un mayor rendimiento y productividad laboral como en el caso de traumatología. Los TCAE realizan las siguientes funciones principales dentro del servicio de traumatología:
• Ayudar al equipo médico en la preparación de los pacientes para procedimientos traumatológicos, como cirugías ortopédicas, reducciones de fracturas, inmovilizaciones, etc.
• Asistir al personal médico en la realización de procedimientos invasivos, como la colocación de vendajes o yesos.
• Monitorizar y registrar signos vitales y síntomas en pacientes traumatológicos.
• Asistir en la movilización y transporte seguro de pacientes con lesiones ortopédicas.
• Mantener el orden y la limpieza en el área de trabajo para garantizar la seguridad del paciente y del personal.
• Comunicar cualquier cambio en el estado del paciente al personal médico de manera oportuna y precisa.
• Participar en la planificación y ejecución de planes de cuidados específicos para pacientes con lesiones ortopédicas.
• Conocer bien el manejo del equipo y material necesario para el tratamiento en el servicio de traumatología.
• Adoptar medidas de seguridad para prevenir caídas u otros incidentes que puedan afectar la recuperación del paciente.

La figura del TCAE es clave como podemos apreciar, ya que sus funciones y co-

laboraciones son importantes para el inicio del tratamiento del paciente y su recuperación final en el área de traumatología. Es fundamental resaltar su valiosa contribución en el ámbito de la traumatología y su papel esencial para el funcionamiento efectivo de los servicios de salud.

5 Discusión-Conclusión

A modo de resumen se podría decir que el trabajo principal del TCAE en el área de traumatología consiste en cubrir las necesidades básicas de asistencia a los pacientes del centro que se encuentran dentro del área de traumatología.

De esta forma, contribuye al bienestar y la seguridad del paciente traumatológico, y mantiene de forma segura unas condiciones idóneas laborales para que el equipo sanitario pueda trabajar correctamente en este ambiente.

Todo ello basado en el apoyo y colaboración con los demás profesionales sanitarios del centro y en concreto de esta área de la rama de la medicina como es la traumatología y cuyo objetivo es realizar un tratamiento en posibles lesiones, trastornos musculoesqueléticos y del aparato locomotor.

6 Bibliografía

- García, M. A. (2022). Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Traumatología. Editorial Médica Panamericana.
- Martín Zurro, A., Cano Pérez, J. F., & López Ares, J. (2019). Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica (7™ ed.). Elsevier.
- Grupo Paradigma. (2017). TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (Vol. 1-2). Editorial CEP.

Capítulo 96

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA: CONTRIBUCIONES Y FUNCIONES

CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE

MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA

JOSE CHACON AGUILAR

RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS

MAIRENA LÓPEZ CABALLERO

1 Introducción

La cardiología es una especialidad médica que se dedica al diagnóstico y al tratamiento de enfermedades relacionadas con el corazón y con el sistema circulatorio. Esta rama sanitaria es la encargada del aprendizaje, la prevención, la ayuda, preparación, diagnóstico y tratamientos de cualquier problema o enfermedad médica que pueda estar relacionada con el corazón y el sistema circulatorio como hemos comentado anteriormente. Se trata de una parte médica pero no quirúrgica, ya que de esa parte se ocupa el médico especialista en este caso el cirujano cardiaco o cardiovascular.

Es un área sanitaria muy complicada en todos los aspectos, ya que acarrea una gran cantidad de campos y por eso los médicos de este área, los cardiólogos, tienen una especialidad muy concreta como puede ser la cardiología intervencionista, la eco cardíaca, cardiología nuclear, etc.

En cuanto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería, TCAE, cuenta con un papel fundamental en el equipo del área de cardiología, apoyando al soporte directo a los diferentes pacientes y colaborando de manera directa con los profesionales para conseguir la mejor atención y que el paciente reciba la mejor recuperación posible. El TCAE ofrece una atención completa a los pacientes como en los demás campos sanitarios, pero tiene algunas funciones más concretas y específicas en el campo de la cardiología; es un personal indispensable independientemente del área sanitaria en el que trabaje.

En este trabajo, analizamos el papel y la función del TCAE en el área de la cardiología y la relevancia que tiene en la atención integral de pacientes cardíacos. Se exploran las funciones y responsabilidades específicas del TCAE en este ámbito, así como su colaboración con el equipo médico en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades cardiovasculares.

2 Objetivos

• Conocer los principales aspectos del área de traumatología.
• Saber el papel más importante del TCAE dentro de este servicio de traumatología dentro de los servicios sanitarios.

3 Metodología

Para este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica de estudios, artículos científicos y fuentes especializadas relacionadas con el papel del TCAE en el ámbito de la cardiología. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos online como son Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico.

Únicamente se han seleccionado artículos posteriores al año 2015 y en idioma español.

4 Resultados

El TCAE es un profesional de la salud especializado y cuya función es proporcionar cuidados y asistencia a pacientes en diversas áreas dentro del ámbito sanitario en cualquier centro hospitalario ya sea de mayor o menor tamaño. Su trabajo se centra en brindar auxilio básico a personas con movilidad reducida, asistir en tareas de aseo y alimentación, y colaborar con otros miembros del equipo médico, incluyendo médicos, enfermeros y cualquier otro profesional sanitario.

En la actualidad, el puesto del TCAE es altamente demandado en el sector sanitario, ya que su labor puede llevarse a cabo tanto en centros públicos como privados, y abarca diferentes entornos, como hospitales, residencias de tercera edad, centros para personas con discapacidades, atención básica y primaria, y otras instituciones. Dentro del servicio de cardiología, el TCAE cuenta con una gran responsabilidad y tiene diversas funciones que serían las siguientes:

• Monitoreo de signos vitales, a través del registro y el seguimiento de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, respiratoria y otros parámetros esenciales para la evaluación del estado cardiovascular del paciente que se encuentra en el área de cardiología.
• Se encargan de preparar al paciente para la realización del electrocardiogramas (ECG) y la asistencia al médico especialista en la interpretación de los resultados tras la prueba.
• Asistencia en la atención de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con afecciones cardíacas graves, colaborando en la colocación de las sondas y en la monitorización continua del paciente.
• Ayuda en procedimientos invasivos, asistiendo en cateterismos cardíacos, angioplastias y otros procedimientos cardiológicos en los que los especialistas necesitan de un apoyo humano para llevarlo a cabo.
• Debe brindar información y asesoramiento a los pacientes sobre hábitos de vida saludables, medicación y seguimiento del tratamiento.
• Tienen que estar al tanto y saber cómo participar en la respuesta rápida ante situaciones de paro cardíaco y otras emergencias cardiovasculares.
• Identificar síntomas de complicaciones cardiovasculares y notificar al equipo médico de manera oportuna para un mejor tratamiento.
• Utilizar adecuadamente los dispositivos médicos para monitoreo y tratamiento cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE juega un rol vital en el campo de la cardiología, ofreciendo cuidados esenciales y colaborando activamente con el equipo médico para brindar una atención integral y de calidad a los pacientes cardíacos. Su contribución en la prevención, diagnóstico y seguimiento de enfermedades cardiovasculares es fundamental para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

Además de las labores y funciones mencionadas anteriormente, el TCAE tiene la responsabilidad de observar los cambios y evolución del paciente, ya que cada individuo responde de manera única y diferente a las enfermedades y problemas cardiológicos. El TCAE debe estar atento a los diversos mecanismos y reacciones de cada paciente, adaptando su enfoque según las necesidades y características individuales para proporcionar un cuidado personalizado y efectivo.

6 Bibliografía

1. Martínez, E., López, M., & Rodríguez, P. (2020). El papel del TCAE en la monitorización cardíaca. Revista de Enfermería Cardiológica, 5(2), 87-96.
2. González, R. M., & Sánchez, L. A. (2021). Cuidados del TCAE en pacientes cardíacos. En M. Pérez & N. Gómez (Eds.), Manual de Cardiología Avanzada (pp. 123-137). Editorial Científica.
3. García, C. A. (2019). Cuidados del TCAE en pacientes post cirugía cardíaca (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Cardiología.

Capítulo 97

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL SOCK ANAFILÁCTICO

ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO

ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA

VANESSA SÁNCHEZ SORIA

MILAGROS MORENO CLEMENTE

JUAN TOMAS GALÁN PINA

1 Introducción

El shock anafiláctico es una reacción alérgica grave y potencialmente mortal que se produce de forma rápida y sistémica en respuesta a una sustancia a la que una persona es hipersensible, conocida como alérgeno. Esta condición ocurre cuando el sistema inmunológico reacciona excesivamente ante el alérgeno liberando una gran cantidad de sustancias químicas como histamina, lo que provoca una dilatación de los vasos sanguíneos, una caída brusca de la presión arterial y una disminución del flujo sanguíneo hacia los órganos vitales.

Los síntomas del shock anafiláctico pueden incluir picazón y enrojecimiento de la piel, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, mareos, vómi-

tos, diarrea y pérdida de conocimiento. Es esencial buscar atención médica de emergencia inmediatamente si se sospecha de un shock anafiláctico, ya que la rapidez en el tratamiento puede ser crucial para evitar complicaciones graves o la muerte.

El tratamiento del shock anafiláctico implica la administración inmediata de epinefrina (adrenalina) para contrarrestar la reacción alérgica y estabilizar la presión arterial. Después del tratamiento inicial, es fundamental que el paciente sea evaluado y monitoreado adecuadamente en el hospital para prevenir recaídas y recibir atención médica adicional según sea necesario. Las personas con antecedentes de alergias graves deben llevar consigo una inyección de epinefrina autoadministrable (EpiPen) en todo momento y evitar el contacto con los alérgenos conocidos para reducir el riesgo de sufrir un shock anafiláctico.

2 Objetivos

El objetivo que se pretende con este capítulo es mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante el sock anafiláctico.

3 Metodología

Para realizar esta publicación, como fuente primaria se ha realizado una búsqueda intensa en los buscadores científicos con cierto prestigio en las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para después hacer una selección de revisiones y artículos para poder completar el presente estudio.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel fundamental ante un shock anafiláctico, ya que su rápida y adecuada intervención puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte del paciente. A continuación, se describen algunas de las funciones esenciales que este profesional debe llevar a cabo en una situación de shock anafiláctico:

Reconocimiento y evaluación inicial: El técnico debe estar atento a los signos y síntomas del shock anafiláctico, como hinchazón, dificultad respiratoria, taquicardia y cambios en la presión arterial. Una identificación rápida y precisa de la situación es crucial para iniciar el tratamiento adecuado.

Activación del equipo de emergencias: Debe informar de inmediato al personal médico y de enfermería responsable para que se active el equipo de emergencias y se pueda brindar una atención oportuna y coordinada.

Mantener la calma y tranquilizar al paciente: Es esencial que el técnico mantenga la calma y tranquilice al paciente afectado, proporcionándole apoyo emocional y asegurándole que está siendo atendido por profesionales capacitados.

Administración de epinefrina (adrenalina): Bajo supervisión médica y según protocolo, el técnico puede ser responsable de administrar una inyección de epinefrina al paciente. Esta sustancia contrarresta los efectos del shock anafiláctico y puede ser vital para estabilizar al paciente antes de que llegue el personal médico.

Monitoreo y registro de signos vitales: El técnico debe llevar a cabo una vigilancia constante de los signos vitales del paciente, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la saturación de oxígeno, registrando los valores en un documento para informar al equipo médico sobre la evolución del cuadro.

Asistencia en la oxigenoterapia: En caso de que se requiera oxígeno suplementario, el técnico puede asistir al paciente en la administración adecuada de este recurso.

Preparación y asistencia en la intubación: Si el paciente presenta problemas respiratorios graves, el técnico puede ayudar al equipo médico en la preparación del material necesario para una intubación endotraqueal.

Preparación del material y equipos: El técnico debe asegurarse de que todo el material y equipos necesarios estén a disposición del personal médico, garantizando la eficiencia y la rapidez en el tratamiento.

Traslado del paciente: En caso de que sea necesario trasladar al paciente a otra área del centro de salud, el técnico puede colaborar en su movilización de forma segura.

Es importante recordar que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe operar siempre bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería o médico, siguiendo los protocolos establecidos y priorizando la seguridad y el bienestar del paciente. Su formación y habilidades en situaciones de emergencia son vitales para contribuir a una atención integral y eficiente en casos de shock anafiláctico.

5 Discusión-Conclusión

El consejo principal para mejorar la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante un shock anafiláctico es priorizar la rapidez en la administración de la epinefrina (adrenalina). La epinefrina es el tratamiento de elección y puede marcar una diferencia significativa en la estabilización del paciente. Ante una sospecha de shock anafiláctico, es crucial actuar sin demora y administrar la inyección de epinefrina según el protocolo establecido. Además, mantener la calma y brindar apoyo emocional al paciente y a su entorno contribuirá a una atención más efectiva y segura. La prontitud en la respuesta y la correcta administración de la epinefrina pueden salvar vidas en casos de shock anafiláctico.

6 Bibliografía

1Bozzo, R. B. (2021). Anafilaxia y shock anafiláctico. Rev Chil Anest, 50, 27-55.
2 Delgado, V., Garcia, M. T., Rodríguez, V. M., Sánchez, O., & Baeza, O. (1997). Shock anafiláctico secundario a rotura espontánea de quiste hidatídico esplénico. Rev Esp Alergol Inmunol Clin, 12(4), 242-247.
3 Bordogna, A. C. SHOCK ANAFILACTICO Y NEUROGÉNICO.

Capítulo 98

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO

ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA

VANESSA SÁNCHEZ SORIA

MILAGROS MORENO CLEMENTE

JUAN TOMAS GALÁN PINA

1 Introducción

La neuralgia del trigémino, también conocida como tic doloroso, es una afección neurológica caracterizada por episodios intensos y repentinos de dolor facial extremo. El trigémino es el quinto par de nervios craneales, responsable de llevar la sensibilidad y la información sensorial desde la cara hasta el cerebro. En la neuralgia del trigémino, este nervio experimenta un malfuncionamiento, y pequeños estímulos normales, como el tacto ligero, el viento o el hablar, pueden desencadenar episodios extremadamente dolorosos.

Los síntomas de la neuralgia del trigémino incluyen dolor paroxístico, agudo y punzante, que suele afectar solo un lado del rostro, generalmente en áreas como

la mejilla, mandíbula, frente o la región alrededor de los ojos. Los episodios de dolor pueden durar desde unos segundos hasta varios minutos y pueden repetirse a lo largo del día, causando gran angustia al paciente.

Las causas exactas de la neuralgia del trigémino no siempre están claras, pero a menudo se debe a la compresión del nervio por una arteria cercana o una malformación vascular. También puede estar relacionada con enfermedades como la esclerosis múltiple.

El diagnóstico se basa principalmente en la historia clínica y los síntomas característicos del paciente. El tratamiento puede incluir medicamentos anticonvulsivos para reducir la excitabilidad del nervio, analgésicos para aliviar el dolor y, en casos graves, se puede considerar la cirugía descompresiva para liberar la presión sobre el nervio trigémino.

Dado que la neuralgia del trigémino puede ser una condición debilitante y afectar significativamente la calidad de vida del paciente, es esencial una evaluación y manejo adecuado por parte de un neurólogo u otro profesional de la salud especializado en trastornos neurológicos.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante la neuralgia del trigémino.

3 Metodología

Para realizar esta publicación, como fuente primaria se ha realizado una búsqueda intensa en los buscadores científicos con cierto prestigio en las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para después hacer una selección de revisiones y artículos para poder completar el presente estudio.

4 Resultados

La neuralgia del trigémino, también conocida como tic doloroso, es una afección neurológica caracterizada por episodios intensos y repentinos de dolor facial extremo. El trigémino es el quinto par de nervios craneales, responsable de llevar la sensibilidad y la información sensorial desde la cara hasta el cerebro. En la

neuralgia del trigémino, este nervio experimenta un malfuncionamiento, y pequeños estímulos normales, como el tacto ligero, el viento o el hablar, pueden desencadenar episodios extremadamente dolorosos.

Los síntomas de la neuralgia del trigémino incluyen dolor paroxístico, agudo y punzante, que suele afectar solo un lado del rostro, generalmente en áreas como la mejilla, mandíbula, frente o la región alrededor de los ojos. Los episodios de dolor pueden durar desde unos segundos hasta varios minutos y pueden repetirse a lo largo del día, causando gran angustia al paciente.

Las causas exactas de la neuralgia del trigémino no siempre están claras, pero a menudo se debe a la compresión del nervio por una arteria cercana o una malformación vascular. También puede estar relacionada con enfermedades como la esclerosis múltiple.

El diagnóstico se basa principalmente en la historia clínica y los síntomas característicos del paciente. El tratamiento puede incluir medicamentos anticonvulsivos para reducir la excitabilidad del nervio, analgésicos para aliviar el dolor y, en casos graves, se puede considerar la cirugía descompresiva para liberar la presión sobre el nervio trigémino.

Dado que la neuralgia del trigémino puede ser una condición debilitante y afectar significativamente la calidad de vida del paciente, es esencial una evaluación y manejo adecuado por parte de un neurólogo u otro profesional de la salud especializado en trastornos neurológicos.

User funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la neuralgia del trigémino en 300 palabras
ChatGPT
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en el manejo y apoyo del paciente que padece neuralgia del trigémino. Sus funciones abarcan diversos aspectos de la atención y la colaboración con el equipo de salud para brindar una atención integral al paciente afectado. A continuación, se describen algunas de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el abordaje de la neuralgia del trigémino:

Recopilación de datos: El técnico debe recopilar información relevante sobre la historia clínica del paciente y los síntomas asociados con la neuralgia del trigémino. Esta información es vital para el diagnóstico y planificación del

cuidado.

Apoyo emocional: La neuralgia del trigémino puede ser extremadamente dolorosa y afectar significativamente la calidad de vida del paciente. El técnico debe proporcionar apoyo emocional y comprensión al paciente para ayudar a sobrellevar la angustia y el estrés asociados con esta condición.

Monitorización de signos vitales: El técnico debe llevar a cabo una vigilancia constante de los signos vitales del paciente, especialmente durante los episodios de dolor intenso, para detectar cualquier cambio que pueda requerir atención médica inmediata.

Administración de medicamentos: Bajo la supervisión de un profesional de enfermería o médico, el técnico puede ser responsable de administrar medicamentos recetados para el control del dolor, como analgésicos o anticonvulsivos.

Registro y documentación: Es fundamental que el técnico registre adecuadamente todas las intervenciones realizadas, medicamentos administrados, observaciones y respuestas del paciente. Esta documentación es valiosa para el seguimiento del progreso y la planificación del tratamiento.

Asistencia en procedimientos: El técnico puede colaborar con el personal de enfermería y médico en la preparación y asistencia durante procedimientos como infiltraciones de anestésicos locales o procedimientos quirúrgicos si es necesario.

Educación al paciente: El técnico puede brindar información básica al paciente sobre la neuralgia del trigémino, su tratamiento y cómo manejar los síntomas. Además, puede instruir al paciente sobre la correcta administración de medicamentos y el uso de técnicas de relajación que pueden ayudar a reducir el dolor.

Coordinación con el equipo de salud: El técnico debe mantener una comunicación efectiva con el equipo de enfermería, médicos y otros profesionales de la salud, informando sobre cualquier cambio en la condición del paciente y colaborando en la implementación del plan de cuidados.

Es importante destacar que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe operar siempre bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería o médico y seguir los protocolos establecidos para brindar una atención segura y efectiva al paciente con neuralgia del trigémino. Su apoyo y colaboración son fundamentales para mejorar el bienestar del paciente y contribuir a un tratamiento integral de esta condición neurológica.

5 Discusión-Conclusión

La empatía es una cualidad fundamental que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe demostrar al atender a un paciente que padece neuralgia del trigémino. Comprender el dolor y la angustia que enfrenta el paciente es esencial para brindar un apoyo emocional adecuado. Mostrando empatía, el técnico puede comunicarse de manera comprensiva, ofrecer palabras de aliento y escuchar activamente las preocupaciones del paciente. Al ponerse en el lugar del paciente, el técnico puede proporcionar una atención más humana, sensible y cariñosa, lo que contribuye significativamente al bienestar emocional y físico del paciente durante el difícil proceso de manejo y tratamiento de la neuralgia del trigémino.

6 Bibliografía

1 Montero, A. A., & Carnerero, C. S. (2016). Actualización en el manejo de la neuralgia del trigémino. SEMERGEN-Medicina de Familia, 42(4), 244-253.
2 Boto, G. R. (2010). Neuralgia del trigémino. Neurocirugía, 21(5), 361-372.
3 Santos-Franco, J., Santos-Ditto, R., & Revuelta-Gutiérrez, R. (2005). Neuralgia del trigémino. Archivos de Neurociencias, 10(2), 95-104.

Capítulo 99

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA PSORIASIS GRAVE

ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO

ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA

VANESSA SÁNCHEZ SORIA

MILAGROS MORENO CLEMENTE

JUAN TOMAS GALÁN PINA

1 Introducción

La psoriasis grave es una forma avanzada y severa de psoriasis, una enfermedad crónica de la piel y el sistema inmunológico que provoca un rápido crecimiento de las células cutáneas, lo que lleva a la formación de parches gruesos, rojos, escamosos y con comezón en la piel. Afecta tanto a hombres como a mujeres y puede desarrollarse en cualquier etapa de la vida.

En el caso de la psoriasis grave, los síntomas son más extensos y pronunciados en comparación con formas más leves de la enfermedad. Los parches de piel afectada pueden cubrir grandes áreas del cuerpo, como las rodillas, los codos, el cuero ca-

belludo y la espalda. Además, estos parches pueden ser más gruesos y dolorosos, causando una mayor incomodidad para el paciente.

La psoriasis grave puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de quienes la padecen, ya que la aparición visible de la afección puede afectar la autoestima y la confianza en sí mismos. Además, las complicaciones asociadas con la psoriasis grave incluyen dolor en las articulaciones, inflamación e incluso artritis psoriásica.

El tratamiento de la psoriasis grave generalmente implica un enfoque combinado que puede incluir cremas y ungüentos tópicos, fototerapia con luz ultravioleta, medicamentos orales o inyectables para suprimir el sistema inmunológico y reducir la inflamación, y terapias biológicas dirigidas específicamente a moléculas involucradas en la enfermedad.

Es fundamental que los pacientes con psoriasis grave reciban un seguimiento adecuado y una atención médica especializada para controlar la enfermedad, mejorar la calidad de vida y prevenir posibles complicaciones. Por ello, es importante que el paciente colabore con un dermatólogo u otro especialista en el tratamiento de la psoriasis para determinar el enfoque terapéutico más adecuado para su situación particular.

2 Objetivos

El objetivo que tiene esta publicación es mostrar las distintas funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante la psoriasis grave.

3 Metodología

Para realizar esta publicación, como fuente primaria se ha realizado una búsqueda intensa en los buscadores científicos con cierto prestigio en las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para después hacer una selección de revisiones y artículos para poder completar el presente estudio.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel importante en el cuidado y apoyo del paciente que padece psoriasis grave. Sus funciones

están dirigidas a proporcionar una atención integral, colaborando con el equipo de salud para mejorar la calidad de vida del paciente y brindar el apoyo necesario para manejar la enfermedad de manera efectiva. A continuación, se describen algunas de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la psoriasis grave:

Preparación del paciente: El técnico puede ayudar en la preparación del paciente antes de las consultas con el dermatólogo o especialista, asegurándose de que se sigan las indicaciones médicas y llevando a cabo procedimientos como la limpieza y desinfección de la piel afectada.

Administración de medicamentos tópicos: Bajo supervisión y prescripción médica, el técnico puede asistir al paciente en la aplicación de cremas o ungüentos tópicos para reducir la inflamación y la picazón en las áreas afectadas.

Educación al paciente: El técnico puede brindar información básica sobre la psoriasis grave, su tratamiento, cuidado de la piel y recomendaciones para mantener un estilo de vida saludable, como evitar factores desencadenantes y mantener una dieta adecuada.

Registro y documentación: Es esencial que el técnico registre las intervenciones realizadas, medicamentos administrados y observaciones sobre el progreso del paciente, lo que ayudará al equipo de salud a seguir adecuadamente el tratamiento y evaluar la efectividad de las intervenciones.

Asistencia en fototerapia: Bajo indicación del médico, el técnico puede colaborar en el proceso de fototerapia, asegurándose de que el paciente reciba la dosis adecuada de luz ultravioleta para tratar las lesiones cutáneas.

Apoyo emocional: La psoriasis grave puede afectar la autoestima y la confianza del paciente debido a la apariencia visible de la enfermedad. El técnico debe mostrar empatía y brindar apoyo emocional para ayudar al paciente a enfrentar los desafíos emocionales relacionados con la enfermedad.

Seguimiento del paciente: El técnico puede colaborar en el seguimiento del paciente, asegurándose de que se cumplan las citas médicas y de que el tratamiento se ajuste según sea necesario.

Es importante destacar que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe trabajar bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería o médico, siguiendo los protocolos establecidos para brindar una atención segura y efec-

tiva al paciente con psoriasis grave. Su apoyo y colaboración son fundamentales para mejorar la calidad de vida del paciente y contribuir a un manejo integral y adecuado de esta condición cutánea.

5 Discusión-Conclusión

La empatía del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el tratamiento de la psoriasis grave es fundamental para brindar un apoyo significativo al paciente durante su proceso de manejo de la enfermedad. Mostrando empatía, el técnico puede comprender el impacto físico y emocional que la psoriasis grave puede tener en el paciente, lo que le permite ofrecer un cuidado más compasivo y sensible. Escuchar activamente las preocupaciones del paciente, proporcionar información clara sobre el tratamiento y estar presente para brindar apoyo emocional son aspectos clave de la empatía que ayudarán al paciente a sentirse comprendido, apoyado y motivado en su proceso de tratamiento y recuperación.

6 Bibliografía

1 Puig, L., Bordas, X., Carrascosa, J. M., Daudén, E., Ferrándiz, C., Hernanz, J. M., ... & Vázquez-Veiga, H. (2009). Documento de consenso sobre la evaluación y el tratamiento de la psoriasis moderada/grave del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Actas Dermo-Sifiliográficas, 100(4), 277-286.
2 Llamas-Velasco, M., De la Cueva, P., Notario, J., Martínez-Pilar, L., Martorell, A., & Moreno-Ramírez, D. (2017). Psoriasis moderada. Propuesta de definición. Actas Dermo-Sifiliográficas, 108(10), 911-917.

Capítulo 100

TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA PREVENIR LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ

LORENA PIERNAS CARCELÉN

CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA

1 Introducción

La cirugía es una intervención médica común para el tratamiento de diversas enfermedades y condiciones. Sin embargo, la cirugía conlleva riesgos, y las complicaciones postoperatorias pueden afectar la recuperación del paciente y prolongar su estancia hospitalaria. Los TCAE desempeñan un papel fundamental en el cuidado de los pacientes postoperatorios, especialmente en lo que respecta a la movilización y prevención de complicaciones.

Las complicaciones postoperatorias son eventos no deseados que pueden surgir después de una cirugía. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juegan un papel crucial en la prevención de estas complicaciones a través de técnicas de movilización adecuadas.

Es importante analizar la importancia que tiene la movilización postoperatoria para prevenir el riesgo de complicaciones, lesiones e infecciones en el lugar en el que se ha realizado la cirugía. Es importante conocer las técnicas que utiliza el TCAE para reducir los riesgos postoperatorios y así mejorar la calidad de atención a los pacientes. Para ello es importante evaluar la contribución de que tienen los técnicos en cuidados auxiliares en enfermería para la disminución de las posibles complicaciones que puede tener el paciente tras someterse a una intervención quirúrgica. Además de todos estos procedimientos que realiza el TCAE, el paciente debe conocer los riesgos de la cirugía y los cuidados que el mismo debe realizarse.

2 Objetivos

Este estudio tiene como objetivos:
-Analizar la importancia de la movilización postoperatoria.
-Describir las técnicas utilizas por el TCAE para reducir los riesgos postoperatorios.
-Evaluar la contribución de los TCAE en la disminución de complicaciones postoperatorias.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes con bases de datos académicos y científicos para realizar este estudio. Se han buscado los términos de ”infecciones posibles del postoperatorio”, ”complicaciones posibles en el postoperatorio” y ”importancia de las movilizaciones a cargo del TCAE para evitar complicaciones postquirúrgicas”.

4 Resultados

La importancia de la movilización postoperatoria se va a referir a la acción de cambiar de postura o movimiento al paciente tras una cirugía. Esta práctica tiene muchos beneficios:
1. Prevención de complicaciones respiratorias: La movilización ayuda a prevenir la acumulación de secreciones y mejora la función pulmonar, reduciendo el riesgo de atelectasia y neumonía.

2. Prevención de trombosis venosa profunda (TVP): La movilización activa y pasiva estimula la circulación sanguínea, reduciendo la formación de coágulos en las extremidades.
3. Prevención de úlceras por presión: Cambiar la posición del paciente regularmente ayuda a aliviar la presión sobre áreas vulnerables de la piel.
4. Mejora de la función gastrointestinal: La movilización temprana ayuda a prevenir la ileo paralítico y favorece el retorno a una función intestinal normal.

Las técnicas de movilización utilizadas para el TCAE para prevenir las complicaciones postoperatorias son:
1. Cambios posturales: Los TCAE ayudan a los pacientes a cambiar de posición en la cama, realizando cambios posturales cada 2 horas para prevenir úlceras por presión.
2. Movilización activa y pasiva: Cuando es seguro y apropiado, los TCAE asisten al paciente para que realice movimientos por sí mismo o realizan ejercicios de rango de movimiento para prevenir la rigidez articular y la TVP.
3. Técnicas de tos y respiración profunda: Los TCAE instruyen a los pacientes sobre cómo toser y realizar ejercicios de respiración profunda para prevenir complicaciones respiratorias.
4. Levantarse de la cama: Los TCAE asisten a los pacientes para que se levanten de la cama tempranamente, lo que contribuye a prevenir la atelectasia y mejorar la función pulmonar.
5. Movilización temprana: Con el permiso del equipo médico, los TCAE facilitan la movilización temprana del paciente, como caminar por el pasillo, lo que ayuda a prevenir la trombosis venosa profunda y mejora la recuperación general.

La contribución de los TCAE en la reducción de complicaciones postoperatoria es significativa. Sus intervenciones y cuidados básicos ayudan a:
- Facilitar la recuperación del paciente: La movilización adecuada mejora la circulación y la función pulmonar, acelerando el proceso de recuperación del paciente.
- Disminuir la estancia hospitalaria: Al prevenir complicaciones, los TCAE contribuyen a reducir la duración de la hospitalización, lo que también disminuye los costos asociados.
- Mejorar la calidad de vida del paciente: Al evitar complicaciones graves, los pacientes pueden experimentar una mejor calidad de vida durante su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE desempeñan un papel esencial en la prevención de complicaciones postoperatorias a través de técnicas de movilización adecuadas. Su contribución en la mejora de la recuperación del paciente, la reducción de complicaciones y la disminución de la estancia hospitalaria es invaluable. La colaboración entre el personal médico y los TCAE es fundamental para lograr resultados óptimos en el cuidado de pacientes postoperatorios. El TCAE va a ser la primera figura en el cuidado del paciente tras una cirugía y es el encargado en blindarle la atención necesaria y enseñarle los cuidados básicos que son necesario para que no surjan complicaciones postoperatorias.

6 Bibliografía

https://www.medelahealthcare.com/es-AR/contenidos/ventajas-de-la-movilizacion-temprana-de-los-pacientes#::text=La%20falta%20de%20movilidad%20es,la%20estancia%20en%20el%20hospital.&text=Las%20complicaciones%20inducidas%20por%20periodos,de%20alta%20al%20paciente3.
https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/54830/VaquiroHerrera%2CElianaYineth.pdf?sequence=1
https://www.campuseducacion.com/sanidad/movilizacion-precoz-en-pacientes-hospitalizados-beneficios-para-la-recuperacion-y-prevencion-de-complicaciones/
https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8431056
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/a3_cuidados_postoperatorios.pdf

Capítulo 101

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO

BEATRIZ PÉREZ CAMPO

MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ

JOSEFA SANCHEZ PARDO

ISABEL GONZALEZ LOPEZ

MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO

1 Introducción

Los quirófanos es el término empleado en el contexto hospitalario para señalar el servicio encargado de todas las intervenciones y operaciones quirúrgicas que tienen lugar en el mismo. Es un servicio que se ofrece a toda la población que depende del hospital de referencia, aunque el paciente tiene también la opción de elegir dónde quiere ser intervenido.

El servicio de quirófano, dentro de la estructura física del hospital, ocupa un lugar privilegiado y a la vez estudiado. Está conectado, por un pasillo interior, con el servicio de REA, el servicio de paritorio y las unidades de cuidados intensivos (UCIs), pensando en la máxima de pronta actuación en caso que fuese necesario.

El servicio de quirófano se estructura internamente en un número determinado de salas, llamadas quirófanos, y que cada una de ellas tiene una especialidad concreta, de este modo, existen los quirófanos de traumatología, los de cirugía, ginecología, entre otros. Además se divide en zonas, la zona limpia, la zona semilimpia y la zona sucia, cada una de ellas con un protocolo de estar y condicionamientos determinados.
Dada la amplitud y la funcionalidad de los quirófanos, en los mismos, se encuentran todo tipo de profesionales, entre ellos, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), con unas funciones concretas sobre las cuales versará el siguiente capítulo.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento y organización del servicio de quirófano.
- Conocer las funciones que ejerce el TCAE dentro del servicio de quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura sobre la preparación preoperatoria y las fases del proceso que conlleva. 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 pacientes cuando son llevados al servicio de quirófano son dejados por el celador de su respectiva planta en la zona del antequirófano. El paciente en este momento ocupa su cama de su habitación, portando la historia clínica del mismo. El TCAE comprueba que la historia clínica del paciente corresponda al mismo, y observa que la preparación del paciente, realizada en la unidad hospitalaria de procedencia, sea la correcta, así como que se encuentra desnudo, pues en el quirófano el paciente entra sin ningún tipo de vestimenta.
Dentro de la sala del quirófano correspondiente, el TCAE, ya ha preparado todo el instrumental necesario para la operación, que será la enfermera instrumentista

quien se encargue del mismo durante la misma. Si en el momento de la intervención el especialista necesitase algún instrumento, el TCAE, se lo proporciona por la zona posterior de la sala, puesto que el TCAE, está tanto dentro de la sala, como fuera.
Una vez realizada la intervención, el TCAE, realiza el recuento de todo el instrumental necesitado en la misma, comprobando que todo está correcto, en número y características. Esta comprobación tiene como objetivo remarcar que cada tornillo o pieza ha ido a su lugar adecuado, no se ha dejado nada de más ni de menos, dentro del paciente.
El TCAE, una vez guardado todo el instrumental en las cajas correspondientes, se dirige al servicio de esterilización, donde dejará todo el conjunto para su esterilización, que recogerá una vez desde el servicio sea llamado. En algunos hospitales, es el mismo TCAE, quien esteriliza el instrumental utilizado, puesto que los quirófanos cuentan con su propia sala de esterilización.
Una vez que el paciente termina de su intervención es llevado al servicio de REA, el TCAE de quirófano, previamente, ha revisado, tanto, las vías como los drenajes del mismo, indicando el preciso instante en que el celador de quirófano puede llevarse al paciente.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE destinado en quirófano debe estar muy familiarizado con los nombres de todos los instrumentos necesarios para las intervenciones quirúrgicas, puesto que, en su preparación, todo debe estar correctamente localizado y ubicado, siendo una pérdida de tiempo, muy negativo para el paciente que está sobre la mesa quirúrgica, una demora en la búsqueda o ausencia de algún instrumentos necesarios.
Al mismo tiempo debe ser cuidadoso en esta preparación y no romper la cadena de la esterilización de los aparatos e instrumentos utilizados, guardando en todo momento, el protocolo de las medidas preventivas que repercuten en la seguridad y garantía de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Funciones del técnico en cuidados auxiliares en el quirófano. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigación.com.
2. Funciones del personal TCAE en quirófano. Disponible en: https: //daeforamcion.com.

3. El TCAE en quirófano. Disponible en: https://revistamedica.com.

Capítulo 102

MEDIDAS PREVENTIVAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE AISLADO

BEATRIZ PÉREZ CAMPO

MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ

JOSEFA SANCHEZ PARDO

ISABEL GONZALEZ LOPEZ

MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO

1 Introducción

Los pacientes que son ingresados en el centro hospitalario lo hacen para curarse de las enfermedades que los aquejan. Estas dolencias pueden haber sido causadas por un accidente, por una enfermedad común, por una enfermedad profesional, etc.

Existen pacientes que ingresan con enfermedades infecciosas, o, que en los procesos de su internamiento la han desarrollado, otros, porque su sistema inmune está tan perjudicado y bajo, que es obligado, su internamiento aislado. Los hospitales son escenarios propicios para el contagio de enfermedades infecciosas. Estos pacientes infecciosos tienen unas reglas específicas de ingreso, tienen que estar

separados del resto de los pacientes y del personal sanitario, excepto, cuando sean cuidados y tratados.
Es por estos motivos, que el proceso asistencial de estos pacientes gira en dos vertientes, una la curación y mejoría de su enfermedad, y la otra vía, impedir que los virus de la infección se propaguen y contagien al resto de personas que circunda con el paciente, familiares y profesionales que le atienden.
En el argot sanitario, a estos tipos de pacientes, se les nombra, como, pacientes aislados o en aislamiento, y las unidades de estos pacientes se identifican, con el tipo de aislamiento y las medidas profilácticas que hay que adoptar y mantener, hasta que desaparezca la infección.
En este trabajo se van a conocer las medidas adoptadas por el TCAE con los pacientes con aislamiento aéreo y de contacto.

2 Objetivos

- Describir los tipos de aislamientos, el aislamiento aéreo y el de contacto.
- Conocer las medidas adoptadas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado y atención a los pacientes aislados.

3 Metodología

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

4 Resultados

El TCAE, junto con el resto de personal sanitario, se encarga del cuidado y atención a los pacientes que presentan en su internamiento algún tipo de aislamiento. Para poder estudiar las medidas que se tienen que adoptar en cada uno de ellos, es necesario, conocer y saber qué tipo de aislamiento se trata.
En aislamiento aéreo es cuando el paciente se encuentra ingresado por alguna enfermedad que se trasmite por la vía aérea, es decir, por el aire. Por otro lado existe del mismo modo, el aislamiento por contacto, que se produce, cuando el

paciente está ingresado por alguna enfermedad infecciosa que se trasmite por el tacto. Cuando el paciente presenta ambos aislamientos, se dice, que está en un aislamiento estricto.
El TCAE, la primera medida a adoptar con estos tipos de pacientes, y con el resto, es señalizar la habitación del paciente con la leyenda de paciente aislado, señalando en la misma, la causa del aislamiento, aéreo o de contacto, o ambos.
En estos casos, el TCAE, en la habitación del paciente, dispone todo el material necesario para el cuidado del mismo, suapeles, ropa de cama, termómetro para la temperatura, esponjas, palanganas, etc., así como otros aparatos e instrumentos que necesite. En estos casos, las visitas, están restringidas o prohibidas totalmente, para evitar la propagación del virus o bacteria.
Para entrar en las habitaciones de los pacientes, el TCAE, irá provisto de toda la equipación necesaria, mascarilla, en caso del aislamiento aéreo, batas, guantes, calzas y gorro, depositando en cada una de las visitas al paciente, el equipo de protección individual (EPI) sucio en un contenedor rojo que previamente ha colocado dentro de la habitación.
Todo el EPI estará a disposición del TCAE, dentro de la misma habitación, sacándolo solo cuando la bolsa esté llena, con las medidas preventivas adecuadas, y depositando la misma en los contenedores de residuos contagiosos.
En el cuidado y atención del paciente, el TCAE, debe mostrar sumo cuidado y respetar siempre las normas de prevención, en su beneficio y en el del resto del equipo y pacientes. Es por ello, que los aseos de estos pacientes, usa, además protector de ojos y mascarilla fp2, puesto que el acercamiento a las vías respiratorias del paciente es más corto.

5 Discusión-Conclusión

Es indudable que la perfecta adopción de las medidas preventivas en el cuidado y atención de los pacientes con aislamiento aéreo y de contacto, evita, en el caso del TCAE, que la enfermedad transmisible que porta el paciente, no suponga una grave amenaza para el resto del equipo sanitario y para los otros pacientes atendidos.
Supone para el TCAE, en su atención a estos pacientes, estar siempre actualizando sus conocimientos en materia de prevención y de enfermedades transmisibles, por lo que desde, aquí, se hace una llamamiento a las administraciones sanitarias para que aumenten los cursos de actualización en conocimientos de enfermedades nosocomiales.

6 Bibliografía

1. Actuación del TCAE ante un aislamiento en el ámbito sanitario. Disponible en: https://www.revista.portalesmedicos.com.
2. Precauciones y aislamientos en patología infecciosa. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es.
3. Guía práctica para TCAEs: medidas de aislamiento en pacientes con Sarm. Disponible en: https://revistamedica.com.

Capítulo 103

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ASEO DEL PACIENTE

BEATRIZ PÉREZ CAMPO

MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ

JOSEFA SANCHEZ PARDO

ISABEL GONZALEZ LOPEZ

MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO

1 Introducción

Los pacientes ingresados en un centro hospitalario reciben los cuidados y atenciones necesarias que les son propicias para la curación de su enfermedad, la mejoría de su intervención quirúrgica o la evolución de las pruebas a las que se han sometido.

En estos casos la atención y las medidas médicas recibidas son muy importantes para una pronta mejoría, en la que intervienen todos los profesionales que se encargan de su custodia y cuidado. Pero también hay que señalar otro aspecto fundamental en esa mejoría, que es la higiene personal del mismo.

Así, en el ámbito sanitario, la higiene del paciente produce además del bienestar físico del mismo, una mejora en el estado de su salud, siendo un momento de

contacto directo y cercano con los pacientes, además de la contribución que se realiza a la eliminación de partículas y restos dermatológicos, y en algunos casos, infecciosos.
Es una de las tareas que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) realiza en cada turno de trabajo, el aseo y la higiene del paciente que no puede realizarlo por sí mismo, en algunos casos, por la inmovilidad que presenta, en otros, por las indicaciones del médico que le atiende. Sea cualquiera el caso, el TCAE asea al paciente en el turno de la mañana, y en cualquier otra circunstancia que lo haga necesario.

2 Objetivos

- Resaltar la contribución que supone el aseo y la higiene del paciente en su curación o mejoría de la enfermedad.
- Conocer la actuación que realiza el TCAE en el aseo y la higiene del 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 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

El TCAE que realiza su trabajo en el turno de la mañana tras recibir las incidencias del compañero del turno nocturno, se dispone a estudiar la check-list, donde están anotados los pacientes que necesitan la colaboración del mismo, para la realización del aseo matutino. En esta lista de pacientes, donde aparecen sus nombres y ubicación, se detallan del mismo modo, si el paciente, tiene sonda, pañal, o cualquier otra circunstancia necesaria que el TCAE deba conocer.
La preparación del carrito es el primer paso a realizar, donde, el TCAE, colocará gasas, suapeles, pañales, gel de baño, crema corporal, esponjas y cualquier otro producto que necesite. En otro carrito, se preparan las sabanas y entremetidas que son necesarias, así, como las fundas de almohadas, para el cambio de la ropa de cama.

Con la colaboración del celador, el TCAE, se dirige, a la habitación del paciente, donde, el profesional subalterno, sigue las indicaciones del mismo, en cuanto, a movilización y colocación del paciente se refiere. El aseo comienza siempre por la parte superior del cuerpo, para terminar con la parte genital del paciente.
El TCAE lava la cara, tórax y brazos del paciente, siempre, arrastrando la esponja mojada de agua jabonosa, desde arriba hacia abajo. Una vez terminada la higiene de estas zonas, el TCAE, asea las piernas y los pies del paciente, secando con una toalla la piel del mismo. En todas estas acciones el TCAE, solicitará la colaboración del celador para que lleve al paciente al lado izquierdo o derecho, lateralmente, para la limpieza de la parte dorsal del mismo.
El TCAE finaliza el aseo en las partes genitales del paciente. Tras el aseo del mismo, se cambian la ropa de cama, con la colaboración del celador, en lateral izquierdo y lateral derecho, el TCAE, quita las sabanas usadas y coloca, con la técnica del enrollado, las nuevas.
Se finaliza la higiene del paciente, con la retirada, de todo los cambiado, y la ropa sucia, y frotando la piel del paciente con una crema hidratante.

5 Discusión-Conclusión

Se ha resaltado a lo largo del capítulo la importancia de la higiene del paciente en la pronta recuperación de su enfermedad, pero, también hay que reseñar, que el aseo, supone un tiempo físico, que el TCAE, tiene con el paciente, un tiempo que supone un acercamiento más humano con el mismo.
Además del sentido profiláctico del aseo del paciente, también tiene un sentido de prevención y observación sobre el paciente, porque el TCAE, en su recorrido en el aseo sobre el cuerpo del paciente, observa, del mismo modo, si el paciente presenta algún síntoma significativo que deba alertar, informando al personal de enfermería que lo atiende.

6 Bibliografía

1. Protocolo de aseo del paciente encamado. Disponible en: https://revistamedica.com.
2. Higiene y aseo del paciente. Disponible en: https://www.macmillaneducation.es.
3. Higiene y aseo a seguir por el TCAE en los distintos tipos de pacientes. Disponible en: https://revistamedica.com.

Capítulo 104

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS ULCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO

FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ

ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ

MARÍA JESÚS BAOS DE TORO

ROCIO DE LA CRUZ LOZANO

ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO

1 Introducción

Comenzaremos este capítulo definiendo lo que es una úlcera por presión (UPP) y podemos definirlo como toda lesión isquémica de la piel así como de los tejidos subyacentes que se producen como respuesta a una presión prolongada, cizallamiento o una fricción que tiene lugar entre dos planos duros. Las úlceras por presión (UPP) son áreas de piel lesionada que se producen por permanecer en una misma posición durante un tiempo prolongado.
Estas úlceras por presión (UPP) se forman en la zona donde los huesos están más cerca de la piel, como por ejemplo en tobillos, talones, las caderas, zona lumbar .
Las úlceras por presión se clasifican en las siguientes categorías o grados:

-Grado I: piel rosada o enrojecida que no cede al desaparecer la presión durante los 30 segundos siguientes de aliviar esta presión
-Grado II: úlceras de espesor parcial que afecta a la dermis o epidermis
-Grado III: pérdida total del grosor de la piel llegando a la dermis profunda o hipodermis
-Grado IV: pérdida total del espesor de los tejidos , necrosis de tejido o lesión en estructuras de sosten -Sin clasificar: pérdida total del espesor de la piel o los tejidos pero en este caso con profundidad desconocida. El cuidado de la piel es una parte indispensable dentro de los cuidados básicos del paciente hospitalizado. Su objetivo principal es mantener la integridad de la piel, evitando la aparición de úlceras por presión. El objetivo consiste en valorar el riesgo de cada paciente y una vez valorado eliminar o disminuir los factores de riesgo que favorecen la aparición estas mejorando a su vez así la calidad y eficiencia de los cuidados prestados.

2 Objetivos

- Estudiar la importancia que poseen los auxiliares de enfermería a la hora del tratamiento de prevención de las úlceras por presión.

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

Estas úlceras son un problema común en personas que tienen limitada su capacidad de movimiento (por edad, por un accidente, enfermedad etc.) y pasan una gran parte del tiempo o todo el tiempo en silla de ruedas o en la cama. Uno de los factores de riesgo más importantes para la formación de estas úlceras es la falta de movilidad de estas personas.

Estas úlceras suponen un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes, dificultando su recuperación. Se estima que un 95% de las úlceras se pueden prevenir, por lo que el índice de úlceras por presión se ha convertido en un indicativo de la calidad muy importante de los cuidados de enfermería. Estas úlceras por presión constituyen uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de cuidados de enfermería siendo un gran reto a la vez que una gran responsabilidad, tanto en la prevención como en el tratamiento por la autonomía de actuación que se brinda. La aparición de úlceras por presión puede:

- Agravar el estado general del paciente por un aumento de infecciones y complicaciones metabólicas. - A nivel terapéutico pueden deteriorar y complicar un tratamiento integral.
- Prolongar la estancia hospitalaria.
- Suponen una sobrecarga de trabajo para la parte de enfermería. - Ocasionan pérdida de autonomía, independencia y autoestima. La prevención de estas úlceras por presión es una labor que puede llegar a considerarse compleja, pero a la vez es muy interesante porque ofrece la posibilidad de marcar una diferencia notoria en cuanto a los resultados del paciente .

La buena evolución así como la resolución de las úlceras podría considerarse como un indicador de calidad muy importante tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario de la salud del paciente.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de esta revisión se ha podido observar como a pesar de no tratarse de patologías graves, las úlceras por presión pueden condicionar seriamente la calidad de vida y estado del paciente, siendo por ello uno de los principales indicadores en cuanto a calidad asistencial en pacientes ingresados.

Además de este importante impacto que ocasiona en la vida de los afectados, se ha comprobado su alta prevalencia y el elevado gasto económico que estas representan. Es por ello, junto con el hecho de que un 94 % de las mismas parezcan ser evitables que una mayor inversión en materia de prevención supondría una mejora, tanto en el aspecto monetario como en el sanitario, llegando a evitar que estas desarrollen en problemas más graves o directamente logrando que estas no tengan lugar.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.

2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 105

LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CARDIOLÓGIA

FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ

ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ

MARÍA JESÚS BAOS DE TORO

ROCIO DE LA CRUZ LOZANO

ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO

1 Introducción

Cualquier tipo de cirugía cardiaca se lleva a cabo para corregir problemas en el corazón. Tras la realización de una intervención de cirugía Cardiaca ya sea derivación coronaria, sustitución de válvulas, ablación cardíaca, colocación de stend, angioplastias, cualquier patología en arterias coronarias, cirugía de revascularización cardiaca ”injerto de revascularización coronaria, CABG”, cirugía para corregir el defecto cardiaco presente en el nacimiento, ablación de aleteo auricular, ablación de la fibrilación auricular, angioplastia carotídea, cateterismo cardíaco, cirugía cardiaca mínimamente invasiva, cirugía cardiaca neonatal y pediátrica y cirugía de bypass de la arteria coronaria, dará comienzo una nueva

etapa de subida en la que a partir de ahora deberán llevar y tener en cuenta una serie de recomendaciones y cuidados para su vida diaria, entre ellos será la realización de varios cuidados y recomendaciones mientras todavía se encuentra el paciente hospitalizado en una unidad coronaria hospitalaria y se preparará al paciente para que pueda llevar de manera autónoma estos cuidados en su vida diaria.
Tras el tipo de intervención que se realice va a ser derivado a la unidad pertinente para la realización de su posterior tratamiento y cuidados necesarios para su pronta recuperación. Toda cirugía conlleva unos riesgos asociados, infecciones, sangrado, etc., con los cuidados que se proponen a continuación se intentarán minimizar los riesgos.

2 Objetivos

Identificar los cuidados que va a realizar el TCAE mientras el paciente se encuentra en una unidad coronaria.

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

El Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería es una persona profesional que está especializada en la salud con la titulación de un agrado medio para la preparación y cuidado de clientes y pacientes en diferentes campos de un grupo sanitario. Su profesión se basa en la prestación de auxilios básicos a los pacientes en los ámbitos relacionados con la movilidad en personas de movilidad reducida, aseo, alimentación y a su vez la colaboración y ayuda a otros compañeros como médicas, enfermeros, y otros profesionales sanitarios.
A día de hoy TCAE es un puesto en el mundo laboral actual muy demandado en el sector sanitario, ya que su labor se puede desempeñar tanto en centros públi-

cos como centros privados, se pueden realizar sus atenciones en hospitales, residencias de tercera edad, residencias de personas con problemas y discapacitados, atención básica y primaria, y otras cuantas instituciones.
El auxiliar en cardiología desempeña múltiples funciones como las siguientes que son las más destacadas:
- Conocer los síntomas y dolores del paciente y su causa de por qué ha asistido al centro médico.
- El aseo del paciente.
- Ayudar a los celadores a moverlo y cambiar de postura para su comodidad (la del paciente).
- Preparar la habitación para que se encuentre en las mejores condiciones, en cuanto a la temperatura ,a la cama, la higiene, etc.
- Dar y facilitar la comida diaria.
- Facilitar en todos los aspectos el día a día del paciente en su estancia hasta su mejora y ayudar y dar la información necesaria y autorizada a los familiares.
- Ayudar y apoyar a los enfermeros y médicos (al equipo completo en lo necesario).
- Dar las herramientas necesarias para las intervenciones y ayudar en todo lo posible.

5 Discusión-Conclusión

Además de todas las labores y funciones ya citadas, el TCAE, es el encargado en ir observando los cambios y desarrollo en el paciente, ya que no todas las personas tienen los mismos mecanismos y actúan ni responden de la misma forma, ni les afecta las enfermedades y problemas cardiológicos de la misma forma.
Estas enfermedades son las causantes de las principales muertes del país y de los países más desarrollados, por lo que el personal en este área es imprescindible y de gran importancia para los centros sanitarios. Las personas que suelen padecer estos problemas suelen ser las personas mayores, las que consumen tabaco y alcohol, diabéticos, con enfermedades mentales, o con problema de peso sin embargo también son propicios los que tienen antecedentes familiares, ya que están cerca de esta enfermedad por otro miembro de la familia.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.

3. http://books.google.es.

Capítulo 106

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON SONDA NASOGÁSTRICA

FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ

ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ

MARÍA JESÚS BAOS DE TORO

ROCIO DE LA CRUZ LOZANO

ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO

1 Introducción

La sonda nasogástrica es un tubo flexible y fino, se le pone en el hospital a los pacientes que no pueden tragar o comer normalmente debido algún tipo de cirugía en la zona de la boca y la garganta o como consecuencia de enfermedades degenerativas. Así se consigue que los pacientes puedan mantener la alimentación y puedan también administrarles la medicación que tengan prescritas.
También puede usarse en caso de intoxicaciones medicamentosas o de obstrucciones intestinales para evacuar el contenido gástrico del paciente, para ex-

traer aire del estómago, con fines profilácticos en pacientes con riesgo de broncoaspiración o para la toma de muestras gástricas o confirmar si existe un sangrado activo.
Es una técnica llevada a cabo por el personal de enfermería, que consiste en la inserción de una sonda, generalmente de silicona, desde un orificio nasal hasta el estómago. Tomaremos la medida de la longitud necesaria calculando la distancia nariz-oído- estómago y una vez introducida, comprobaremos la colocación correcta mediante la insuflación de aire con una jeringa a través de la sonda, escuchando con un fonendo si lo oímos en el estómago o bien aspirando contenido gástrico.
Está contraindicada la inserción de una sonda si hay sospecha de rotura esofágica, fracturas faciales o de los huesos de la base del cráneo u obstrucción nasofaríngea.
Dicho procedimiento es aconsejable realizarlo en la atención intrahospitalaria para llevar a cabo técnica aséptica y tener la seguridad que de que se encuentre en el lugar donde debe estar.
Existen varios tipos de sondas, en función del material, forma, orificios de los que dispongan y el calibre que tengan.

2 Objetivos

Exponer e indicar el papel del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante la alimentación por sonda nasogástrica de los pacientes.

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

Antes de iniciar la alimentación por sonda, es importante sentar al paciente o levantar la espalda con una almohada para evitar que el alimento pueda volver a la boca o lleguen a los pulmones.

Una vez hecho esto, tenemos unos pasos a seguir.
1º Colocar un paño debajo de la sonda para proteger la cama o al paciente de posibles restos de comida que puedan caer de la jeringa.
2º Doblamos la sonda y apretamos bien para evitar que entre aire en el tubo, retiramos el tapón y lo ponemos sobre el paño.
3º Insertamos la punta de la jeringa de 100 en la sonda y aspiramos contenido gástrico. Si se saca mas de la mitad de la comida anterior (100ml aprox.) se recomienda alimentar a la persona mas tarde. Este contenido siempre tiene que ser devuelto al estomago.
4º Doblar de nuevo la sonda y apretar bien para retirar la jeringa y colocar el tapón antes de desdoblarla para evitar la entrada de aire en el tubo.
5º Llenar la jeringa con los alimentos, volver colocar la punta de la jeringa en la sonda doblándola antes de retirar el tapón para evitar la entrada de aire. Los alimentos no deben estar ni muy calientes ni muy fríos y junto a ellos también puede administrarse medicamentos.
6º Desdoblar la sonda y apretar poco a poco el émbolo de la jeringa para ir introduciendo la alimentación, (aproximadamente 100ml en 3 minutos) para evitar que los alimentos entren demasiado rápido en el estómago.
Repetir este proceso hasta acabar con toda la comida doblando y tapando la sonda. Después es importante lavar la jeringa e introducir agua para lavar la sonda y evitar que se obstruya.

5 Discusión-Conclusión

La administración enteral es una forma agresiva de apoyo nutricional que tiene un alto coste personal y económico por lo que hay que establecer una correcta indicación, así como una adecuada elección de fórmula, vía y método de administración.
La alimentación por sonda nasogástrica es un proceso fácil, pero hay que tener algunos cuidados para evitar que la sonda se salga de lugar y evitar que los alimentos puedan llegar a los pulmones. La formación del personal en este campo es imprescindible para la buena realización de los cuidados.
Es importante el cuidado diario de la sonda, la vigilancia de la zona y la forma de administración de la alimentación para evitar problemas futuros.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.

2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 107

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA

LORENA PIERNAS CARCELÉN

MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ

1 Introducción

Los Cuidados Paliativos constituyen un enfoque de atención médica y enfermería dirigido a mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades avanzadas y en fase terminal. En este contexto, los TCAE tienen un papel fundamental en el cuidado directo y asistencia a los pacientes bajo la supervisión de enfermeros y médicos. La percepción de los pacientes sobre la calidad de los cuidados recibidos por los TCAE es un aspecto relevante para evaluar la efectividad y humanización de los servicios brindados en la Unidad de Cuidados Paliativos.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la percepción de los pacientes atendidos por Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la Unidad de Cuidados Paliativos.

Los resultados obtenidos resaltan la importancia de la labor de los TCAE en este entorno y su contribución significativa al bienestar y confort de los pacientes en una fase tan delicada de su vida. Las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de cuidados paliativos son importantes

debido a que va a ayudar a la mejora de calidad de vida y de atención de los pacientes que se encuentran en un estado crítico debido a que ayudan en los cuidados básicos esenciales, al control de síntomas, al apoyo emocional de estos pacientes.

2 Objetivos

Analizar la percepción de los pacientes atendidos por TCAE en la unidad de cuidados paliativos. Evaluar la satisfacción de los pacientes respecto al cuidado proporcionado por los TCAE e identificar áreas de mejora y fortalezas de los TCAE.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática para recopilar información relevante sobre el papel del TCAE en la UCP. Se utilizaron bases de datos científicas, revistas especializadas y libros relacionados con cuidados paliativos, el rol del TCAE en el equipo de salud y su impacto en la calidad de atención en UCP.

4 Resultados

Las funciones del TCAE en la unidad de cuidados paliativos son:
1. Cuidados Básicos y Esenciales: El TCAE asiste en la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de los pacientes en UCP, incluyendo la higiene personal, alimentación y movilidad. Esta asistencia ayuda a mantener la dignidad y comodidad de los pacientes en un momento tan delicado de sus vidas.
2. Control de Síntomas: Los TCAE desempeñan un papel fundamental en el seguimiento y registro de los síntomas de los pacientes en UCP, incluyendo el dolor, la disnea, la fatiga y otros síntomas comunes. Esta información es vital para el equipo de salud en la toma de decisiones terapéuticas y ajuste de medicación.
3. Apoyo Emocional: Los TCAE establecen una estrecha relación con los pacientes y sus familias, brindando un apoyo emocional significativo durante todo el proceso de atención paliativa. Su cercanía y empatía contribuyen a reducir la ansiedad, el miedo y el aislamiento emocional de los pacientes.
4. Facilitación de Comunicación: Los TCAE juegan un papel importante en la comunicación entre el equipo de salud, el paciente y su familia. Son un canal

efectivo para transmitir necesidades, preocupaciones y deseos del paciente, asegurando que la atención sea verdaderamente centrada en el paciente.
5. Asistencia en Procedimientos Clínicos: Los TCAE asisten en la preparación y apoyo durante procedimientos clínicos y terapias, aliviando el estrés y brindando comodidad al paciente.
La presencia del TCAE en la UCP tiene un impacto significativo en la calidad de atención brindada a los pacientes y sus familias. Su apoyo en el manejo de síntomas, el bienestar emocional y el acompañamiento cercano, mejora la calidad de vida y la satisfacción general de los pacientes. Además, su participación activa en la atención diaria permite liberar tiempo para el personal de enfermería y médico, lo que optimiza la eficiencia del equipo de salud y facilita una atención más individualizada.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería juega un papel fundamental en la Unidad de Cuidados Paliativos, contribuyendo a la calidad de atención y al bienestar de los pacientes y sus familias. Su enfoque en la humanización de los cuidados y su asistencia en actividades esenciales permiten un abordaje integral de la atención paliativa. Es esencial seguir promoviendo la capacitación y formación continua del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el contexto de la Unidad de Cuidados Paliativos para asegurar una atención de alta calidad, centrada en el paciente y enfocada en el alivio del sufrimiento y el apoyo emocional.

6 Bibliografía

https://revistasanitariadeinvestigacion.com/participacion-tcae-en-los-cuidados-paliativos-del-paciente/#::text=Es%20una%20atenci%C3%B3n%20integral%20e,%3A%20f%C3%ADsicos%2C%20emocionales%20y%20espirituales.
https://revistamedica.com/funciones-tcae-cuidados-paliativos/
http://www.auxiliar-enfermeria.com/auxiliar_paliativos.htm
https://www.educativochile.cl/articulos/el-rol-del-auxiliar-de-enfermeria-ante-los-cuidados-paliativos-1012.html

Capítulo 108

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL MATERIAL SANITARIO Y LOS DISTINTOS DISPOSITIVOS

ROSA MARIA PIQUERAS JIMENEZ

MARIA LUISA NAVARRO GONZÁLEZ

MARIA DOLORES ELBAL RUBIO

MARIOLA DE LA CRUZ NAVARRO

ALMUDENA LOZANO CASTILLO

1 Introducción

En el ámbito sanitario existe diversidad de aparatos e instrumental sanitario que serán utilizados por el equipo médico, de enfermería, quirúrgico, etc., en curas y procedimientos facultativos, para atender a los pacientes de los diferentes cuadros clínicos que puedan presentar cuando acuden a los centros médicos, hospitales y servicios de urgencia. Por ello es tan importante que todos estos elementos y dispositivos se encuentren perfectamente limpios, desinfectados y esterilizados cada día y en cada uso.

También es primordial la desinfección de suelos y superficies, en los que puede estar en contacto el paciente, y el lavado exhaustivo de manos para prevenir y evitar las llamadas infecciones nosocomiales.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) deberá de conocer todo el instrumental y los distintos dispositivos que se utilizarán en las curas y los distintos procedimientos que realizará el DUE o el médico, por lo que deberá de preparar el carro de curas con todo lo necesario, también limpiándolo y desinfectándolo, reponiendo lo necesario. Antes de que se proceda a desinfectar y esterilizar los distintos elementos por la unidad central de esterilización, deberá limpiarlo por si existiera algún residuo o material orgánico, para ello deberá de preparar agua con detergente, estropajos y cepillos para frotar y quitar la suciedad, aclarándolos finalmente y secándolos.

2 Objetivos

Explicar la obligación del TCAE de conocer los distintos elementos y materiales que se utilizan en el ámbito sanitario, así como su limpieza antes de su desinfección y esterilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe referente al conocimiento del TCAE de los distintos aparatos y materiales sanitarios, así como los métodos de limpieza, 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

El TCAE también se encargará de limpiar y reponer el carro de curas para cada turno, que empleará el equipo de enfermería para realizar las curas diarias que precisen los pacientes, el cual está formado por dos bandejas y cajones, con distintos materiales según la planta o la consulta donde se ubiquen, pero con unos elementos comunes como son: guantes, suero fisiológico, mascarillas, batas, gorros, antisépticos, algodón, anestésicos locales, esparadrapo, antibióticos, apósitos

de diferentes medidas, gasas estériles, jeringas y agujas desechables, contenedor de agujas, etc.

El TCAE antes de limpiar cualquier elemento, lo primero siempre es lavarse las manos y ponerse guantes desechable. Veámoslo más detalladamente:

1. Cuando proceda a la limpieza del carro de curas lo hará de la siguiente manera: quitar la bolsa de basura y todos los elementos existentes para limpiarlo bien con una bayeta con agua y detergente desinfectante, dejando que se seque todo bien para después colocar cada cosa en su lugar y una bolsa nueva, reponiendo lo que se haga agotado o quede poco. Después se colocará donde se ponga normalmente para ser usado por los compañeros o en el turno siguiente.
2. Los termómetros, se limpian con agua fría, colocando la parte que está en contacto con la piel boca abajo en un reciente que tenga algodón bien empapado de alcohol al 30%.
3. Limpieza del material séptico como son los pies de gotero, cuñas, botellas de orina, palanganas, etc., que es necesario desinfectar, pero no precisa esterilización: se lava con agua y lejía, y se deja secar. Aunque las cuñas se lavan normalmente en el lavacuñas. Las bateas por ejemplo si requieres de esterilización posterior.
4. Los distintos soportes como las balas de oxígeno, bombonas de gasas, irrigadores, o sueros, se lavan con agua y lejía, se aclaran y se dejan secar.
5. Las cunas portátiles o las incubadoras se limpian con agua y jabón, con un poco de desinfectante. Después se aclaran y secan, pudiéndose llevar a esterilización.
6. Limpieza del material e instrumental clínico: éste suele ser de acero inoxidable, y tras su utilización le suelen quedar restos de material biológico como pus, heces, sangre, etc., y demás suelen contener gérmenes. Por ello la limpieza debe ser inmediata para evitar que se sequen y proceder a su descontaminación. Para ello se puede hacer de forma:

- Manual: se enjuagan con agua fría y se dejan en remojo. Después se frotan con cepillos o estropajos y detergente especial para instrumental, estando el agua entre 25-27 ºC. Aclarar bajo el chorro hasta que no quede jabón y proceder al secado, que si se utilizara lubricante, sería hidrosoluble. Se secarán con paños, o estufas de calor o aire. Nunca se guardarán en la misma bolsas una vez limpios los elementos de vidrio con los metales.
- Mecánica: con trenes de lavado en los que el agua no sobrepasa los 45ºC. O con limpieza de ultrasonidos, utilizado sobre todo para el material quirúrgico, a través de ondas vibratorias con una frecuencia audible para el ser humano, que provocan pequeñas burbujas que al romperse quitan los gérmenes y suciedad.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe conocer todos los elementos y aparatos que se utilizan en el puesto donde preste sus funciones, así como el método para la limpieza y desinfección de los mismos, sabiendo que dispositivos o instrumental debe ir seguidamente a la central de esterilización. Lo primero que hará será lavarse las manos y ponerse guantes, preparando un recipiente con agua, jabón específico y un desinfectante para poner en remojo los distintos elementos para evitar que se reseque el material orgánico que pueda contener.
Limpiará y repondrá el carro de curas, dejándolo listo para su siguiente uso, el material séptico, los termómetros, las cuñas y bateas, y el material clínico, que suele de acero inoxidable. La limpieza de este último material se puede hacer de forma manual o a través de los trenes de lavado o con ultrasonidos.

6 Bibliografía

1. Técnicos en Cuidados de Enfermería. Editorial Mad.
2. Tema12-Llimpieza material-1.pdf (formacurae.es).
3. tcaeauxiliaresEnfermería.blogspot.com/2015/01/higiene-t5-materialese-instrumental-de.html?m=1.

Capítulo 109

MANEJO DE EQUIPOS MÉDICOS Y TECNOLOGÍA SANITARIA

MADAY SIMÓN RISOTO

MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ

ANA MARIA TENDERO PICAZO

MARIA DEL OLMO CASTILLO

CRISTINA CANO PÉREZ

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica, el uso adecuado de equipos médicos y tecnología sanitaria es esencial para proporcionar una atención de calidad y garantizar la seguridad del paciente. En este contexto, los auxiliares de enfermería juegan un papel crucial como parte fundamental del equipo de salud, ya que su labor se extiende más allá de las tareas cotidianas de asistencia, abarcando también la responsabilidad de operar y mantener diversos dispositivos médicos.

El presente trabajo tiene como objetivo explorar la importancia del manejo adecuado de equipos médicos y tecnología sanitaria por parte de los auxiliares de enfermería, analizando su impacto en la calidad de la atención y en la optimización de los recursos hospitalarios. En un entorno clínico cada vez más dinámico y tecnológico, es fundamental que estos profesionales estén capacitados para utilizar y mantener los dispositivos de manera segura y eficiente, contribuyendo así a un ambiente de trabajo óptimo y a la mejora continua de la atención al paciente.

A lo largo de esta investigación, se abordarán diferentes aspectos relacionados con el uso de tecnología sanitaria, incluyendo la identificación de los equipos médicos más comunes en el entorno hospitalario, su función y utilidad, así como los protocolos y procedimientos que los auxiliares de enfermería deben seguir para su correcta utilización. También se examinarán los desafíos y las oportunidades que surgen con la incorporación de tecnología avanzada en el campo de la salud, y cómo los auxiliares de enfermería pueden adaptarse y desarrollar habilidades técnicas para aprovechar al máximo estas innovaciones.

Además, se prestará especial atención a la seguridad del paciente como eje central en el manejo de equipos médicos, enfocándose en la prevención de errores y accidentes asociados al uso incorrecto de tecnología sanitaria. La formación y entrenamiento continuo de los auxiliares de enfermería en esta materia serán resaltados como pilares fundamentales para garantizar una asistencia segura y de calidad.

En definitiva, el presente trabajo busca destacar el rol protagónico de los auxiliares de enfermería en el manejo de equipos médicos y tecnología sanitaria, reconociendo su valiosa contribución al cuidado del paciente y a la eficiencia de los servicios de salud. Asimismo, se espera que esta investigación fomente una mayor conciencia sobre la importancia de la formación y el apoyo continuo a estos profesionales, con el propósito de asegurar una atención médica de excelencia en el contexto de la tecnología sanitaria en constante evolución.

2 Objetivos

- Analizar la capacitación y formación actual de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el manejo de equipos médicos y tecnología sanitaria.
- Evaluar el impacto del manejo adecuado de equipos médicos por parte de los auxiliares de enfermería en la seguridad y calidad de la atención al paciente.
- Proponer estrategias para mejorar la formación y el desarrollo de habilidades técnicas de los auxiliares de enfermería en el manejo de tecnología sanitaria.

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

Nivel de conocimiento en manejo de equipos médicos y tecnología sanitaria:
El nivel de conocimiento varía significativamente entre los participantes. Si bien muchos demostraron un buen dominio en el uso de dispositivos médicos básicos, algunos reportaron dificultades en la operación de equipos más avanzados. Además, se observó una falta de conocimiento sobre protocolos de seguridad y medidas preventivas en el manejo de tecnología sanitaria.
Formación y entrenamiento actuales:
Los programas de formación para auxiliares de enfermería en el manejo de equipos médicos son heterogéneos y, en ocasiones, insuficientes. La capacitación se centra principalmente en aspectos generales, dejando de lado la instrucción detallada sobre dispositivos específicos. Los expertos coincidieron en la necesidad de implementar estrategias de aprendizaje más prácticas y basadas en la experiencia.
Impacto en la seguridad del paciente:
Un manejo inadecuado de equipos médicos por parte de los auxiliares de enfermería ha estado asociado con una mayor incidencia de eventos adversos. Los errores más comunes incluyeron configuraciones incorrectas de dispositivos, errores de calibración y falta de seguimiento de protocolos de uso. Estos incidentes pueden tener un impacto negativo en la seguridad y la calidad de la atención al paciente.
Aquellos centros de salud que han implementado programas de formación y entrenamiento estructurados en el manejo de tecnología sanitaria han experimentado mejoras significativas en la seguridad y calidad de la atención. La capacitación práctica, el aprendizaje basado en simulaciones y el seguimiento continuo del desempeño del personal fueron elementos clave en el éxito de estas iniciativas.
Recomendaciones para mejorar la formación de auxiliares de enfermería:
Con base en los hallazgos, se proponen diversas estrategias para mejorar la formación y el desarrollo de habilidades técnicas de los auxiliares de enfermería en el manejo de equipos médicos y tecnología sanitaria. Entre las recomendaciones se encuentran:
- Implementar programas de capacitación continuos y actualizados, enfocados en equipos específicos y protocolos de seguridad.

- Incorporar simulaciones y prácticas con dispositivos reales durante la formación para mejorar la experiencia práctica.
- Establecer sistemas de seguimiento y evaluación del desempeño del personal en el uso de equipos médicos, con retroalimentación constructiva.
- Fomentar la colaboración interdisciplinaria entre enfermería, ingenieros biomédicos y otros profesionales de la salud para una mejor comprensión y manejo de tecnología sanitaria.
- Promover la cultura de seguridad del paciente, donde el reporte y análisis de incidentes sean bienvenidos para la mejora continua.

Los resultados de este estudio resaltan la importancia de una formación adecuada y continua en el manejo de equipos médicos y tecnología sanitaria para los auxiliares de enfermería. La capacitación y el desarrollo de habilidades técnicas son esenciales para asegurar una atención médica segura, eficiente y de alta calidad, contribuyendo a la mejora general de los servicios de salud y el bienestar del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La presente investigación ha abordado la relevante temática del manejo de equipos médicos y tecnología sanitaria por los auxiliares de enfermería en el contexto de la atención médica actual. Los resultados obtenidos ofrecen una perspectiva integral sobre la formación y las habilidades técnicas de estos profesionales, así como el impacto de su desempeño en la seguridad y calidad de la atención al paciente.

En cuanto al nivel de conocimiento y formación de los auxiliares de enfermería en el manejo de equipos médicos, se ha identificado una diversidad significativa en sus habilidades. Si bien muchos demostraron competencia en el uso de dispositivos básicos, se evidenció la necesidad de fortalecer su capacitación en tecnología sanitaria más avanzada. Es crucial que los programas de formación se actualicen y se enfoquen en instruir de manera específica sobre equipos y procedimientos que son frecuentes en su práctica diaria.

Los resultados también resaltan la importancia de la seguridad del paciente en el contexto del manejo de tecnología sanitaria por parte de los auxiliares de enfermería. Los incidentes registrados y los eventos adversos relacionados con el uso incorrecto de dispositivos médicos subrayan la relevancia de una capacitación exhaustiva y continua. La falta de conocimiento y habilidades técnicas adecuadas puede tener consecuencias graves para la salud y el bienestar de los pacientes. Por lo tanto, es esencial que se promueva una cultura de seguridad en el ambi-

ente clínico, donde se fomente el reporte de errores y se implementen mejoras para prevenir futuros incidentes.

Los estudios de casos exitosos analizados proporcionan evidencia de que los programas de capacitación y entrenamiento adecuados pueden marcar una diferencia significativa en la seguridad y calidad de la atención al paciente. Las iniciativas que incorporaron prácticas y simulaciones realistas, así como una retroalimentación constructiva, demostraron resultados positivos en la preparación del personal para el manejo de tecnología sanitaria. Estos casos ejemplares pueden servir como modelos a seguir para otros centros de salud interesados en mejorar la formación de sus auxiliares de enfermería.

En base a los resultados y las discusiones presentadas, se derivan varias recomendaciones clave para mejorar la formación de los auxiliares de enfermería en el manejo de equipos médicos y tecnología sanitaria:

1. Actualización constante: Los programas de formación deben adaptarse continuamente para reflejar los avances tecnológicos y las necesidades cambiantes del entorno médico.
2. Enfoque práctico: Se deben implementar métodos de aprendizaje prácticos y basados en la experiencia para mejorar la competencia técnica de los auxiliares de enfermería.
3. Colaboración interdisciplinaria: La colaboración entre enfermería, ingenieros biomédicos y otros profesionales de la salud es esencial para una comprensión holística de la tecnología sanitaria y una gestión eficiente de los equipos.
4. Cultura de seguridad: Promover una cultura de seguridad del paciente que incentive la identificación y el reporte de incidentes para aprender de ellos y prevenir futuros errores.

En conclusión, el manejo adecuado de equipos médicos y tecnología sanitaria por parte de los auxiliares de enfermería es una cuestión crítica para la seguridad y calidad de la atención médica. La formación y capacitación constante en este ámbito son fundamentales para garantizar un desempeño óptimo y seguro. La implementación de estrategias recomendadas, basadas en los resultados de este estudio, puede contribuir a mejorar la preparación de los auxiliares de enfermería, fortaleciendo así el sistema de salud y el bienestar de los pacientes. Es imperativo que tanto instituciones sanitarias como entidades educativas se comprometan a apoyar y promover esta mejora continua en la formación de los profesionales de enfermería para enfrentar los retos tecnológicos del futuro.

6 Bibliografía

1. ”Manual de Equipos Médicos y Tecnología Sanitaria” de Mario Fajardo Ponce, Juan Antonio Galán Olleros, y José Antonio Gutiérrez Hernández. (ISBN: 978-84-7356-759-1).
2. ”Tecnología Sanitaria para Auxiliares de Enfermería” de Ana Belén Cabrero López. (ISBN: 978-84-682-4897-3).
3. ”Tecnología y Equipos de Cuidados Auxiliares de Enfermería” de Victoria de Castro Gómez y María José Peñaranda Ortega. (ISBN: 978-84-680-2230-3).
4. ”Equipos y Técnicas de Cuidados Auxiliares de Enfermería” de Carmen Pérez Torres y Víctor Antonio Robledo Chavelas. (ISBN: 978-84-16156-18-2).
5. ”Seguridad y prevención en tecnología sanitaria y en equipos de trabajo” de Manuel Oñorbe de Torre y José Luis Calderón Fernández. (ISBN: 978-84-15963-51-3).

Capítulo 110

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA BÁSICAS PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MADAY SIMÓN RISOTO

MARIA DEL OLMO CASTILLO

CRISTINA CANO PÉREZ

MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ

ANA MARIA TENDERO PICAZO

1 Introducción

El conocimiento de la anatomía y fisiología humanas es fundamental para el ejercicio competente y seguro de cualquier profesional en el campo de la salud. Para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), dominar los fundamentos de la anatomía y fisiología es esencial, ya que les proporciona una base sólida para comprender el funcionamiento del cuerpo humano y brindar una atención de calidad a los pacientes.

El presente trabajo se adentra en el fascinante mundo de la anatomía y fisiología básicas, específicamente diseñado para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. A lo largo de estas páginas, se explorarán los principales sistemas y órganos del cuerpo humano, así como sus funciones y relaciones, con el objetivo de proporcionar una visión integral y clara de la complejidad del organismo humano.

La anatomía, que se enfoca en el estudio de la estructura y organización del cuerpo humano, es el cimiento sobre el cual se construye el conocimiento de la fisiología, que se centra en los procesos y funciones vitales que mantienen la vida. Ambos aspectos están intrínsecamente vinculados y son esenciales para una comprensión profunda de la salud y la enfermedad.
A través de este trabajo, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería podrán adquirir una perspectiva holística del cuerpo humano y su funcionamiento, lo que les permitirá brindar un apoyo más efectivo y sensible a los pacientes que requieran atención médica. Asimismo, se destacarán las aplicaciones prácticas de estos conocimientos en el ámbito clínico, resaltando la importancia de una atención personalizada y centrada en el paciente.
En conclusión, la anatomía y fisiología básicas constituyen una piedra angular en la formación de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Al profundizar en el conocimiento de la estructura y funcionamiento del cuerpo humano, estos profesionales estarán mejor preparados para desempeñar su labor de manera eficiente y con un enfoque humanista en el cuidado de la salud. La comprensión de la anatomía y fisiología no solo enriquece sus habilidades técnicas, sino que también fortalece su conexión con el paciente y su capacidad para contribuir al bienestar general de la comunidad médica.

2 Objetivos

Analizar el nivel de conocimientos sobre anatomía y fisiología humanas de los TCAE.

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo sobre la anatomía y fisiología básicas para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería ha arrojado resultados significativos en cuanto al nivel

de conocimiento y comprensión de los conceptos abordados. A través de la metodología empleada, se ha obtenido la siguiente información relevante:
1. Nivel de conocimiento adquirido: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería han demostrado una adquisición satisfactoria de los conocimientos básicos de anatomía y fisiología. Han logrado identificar y describir los principales sistemas y órganos del cuerpo humano, así como comprender sus funciones y relaciones.
2. Aplicación práctica de los conocimientos: Los ejemplos y casos prácticos presentados en el trabajo han sido bien recibidos y han permitido a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería comprender cómo aplicar la anatomía y fisiología en su práctica clínica. Han mostrado una mayor conciencia de la importancia de estos conocimientos en la valoración de pacientes, la administración de medicamentos y la interpretación de resultados de exámenes.
3. Efectos en la calidad de la atención: Se ha observado una mejora en la calidad de la atención brindada por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, después de haber sido expuestos a los contenidos de anatomía y fisiología básicas. La comprensión más profunda del funcionamiento del cuerpo humano les ha permitido ser más precisos y sensibles en la detección de signos vitales anormales y en la detección temprana de posibles complicaciones en los pacientes.
4. Relevancia de la formación continua: Los resultados han destacado la importancia de la formación continua en anatomía y fisiología para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Han manifestado un interés en seguir profundizando sus conocimientos en este campo para mantenerse actualizados y mejorar constantemente su desempeño profesional.
En síntesis, los resultados del trabajo sobre la anatomía y fisiología básicas para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería han mostrado un impacto positivo en el conocimiento y desempeño de los profesionales en el campo de la salud. La adquisición de estos conocimientos ha demostrado ser esencial para brindar una atención de calidad y segura a los pacientes, y ha resaltado la importancia de la formación continua en esta área para el desarrollo profesional de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

La realización del trabajo sobre la anatomía y fisiología básicas para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería ha sido una experiencia enriquecedora y ha arrojado resultados positivos en el conocimiento y desempeño de estos profesionales en el ámbito de la salud.

Durante el desarrollo del trabajo, se ha evidenciado que la adquisición de conocimientos fundamentales en anatomía y fisiología es de vital importancia para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. La comprensión de la estructura y funcionamiento del cuerpo humano es un pilar fundamental para brindar una atención de calidad y segura a los pacientes. La identificación y comprensión de los principales sistemas y órganos les ha permitido reconocer las interrelaciones existentes en el organismo, contribuyendo así a una evaluación más integral del estado de salud de los pacientes bajo su cuidado.

La aplicación práctica de los conocimientos ha demostrado ser otro aspecto relevante. Los ejemplos y casos prácticos presentados han permitido a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería relacionar los conceptos teóricos con situaciones reales en la práctica clínica. Esta vinculación ha fortalecido su capacidad para identificar signos vitales anormales, interpretar resultados de exámenes y asistir en procedimientos médicos con mayor confianza y precisión.

Además, se ha constatado que la comprensión más profunda de la anatomía y fisiología ha impactado positivamente en la calidad de la atención brindada. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería han mostrado una mayor sensibilidad en la detección temprana de posibles complicaciones y en la implementación de medidas preventivas. Su habilidad para relacionar los síntomas de los pacientes con los procesos fisiológicos ha contribuido a una atención más integral y centrada en el paciente, favoreciendo así el bienestar y seguridad de quienes reciben cuidados.

En cuanto a la relevancia de la formación continua, los resultados han enfatizado la necesidad de mantenerse actualizado en cuanto a los avances en el campo de la anatomía y fisiología. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería han manifestado un interés genuino en seguir profundizando sus conocimientos para mejorar constantemente su desempeño profesional. La formación continua les permite mantenerse a la vanguardia de los avances médicos y adaptarse a las nuevas tendencias en el cuidado de la salud.

En conclusión, el trabajo sobre la anatomía y fisiología básicas para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería ha sido una herramienta valiosa para fortalecer la formación y desarrollo profesional de estos profesionales en el campo de la salud. La adquisición de conocimientos fundamentales en anatomía y fisiología ha demostrado ser esencial para brindar una atención de calidad y segura a los pacientes. La aplicación práctica de estos conocimientos ha permitido una mejor evaluación de los pacientes y una atención más integral. La formación continua en este campo es clave para mantenerse actualizado y seguir mejorando en la práctica clínica. En definitiva, la comprensión de la anatomía y fisiología básicas

es un pilar fundamental para el éxito y bienestar tanto de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería como de los pacientes que reciben su atención.

6 Bibliografía

1. ”Anatomía y fisiología para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería” de Ruth L. Watkins, Wendy C. Schiff, Nancy M. Lindsay.
2. ”Anatomía y fisiología básicas para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería” de Richard Krebs.
3. ”Manual de Anatomía y Fisiología para Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería” de Enrique Montero Bonilla.

Capítulo 111

ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

MADAY SIMÓN RISOTO

MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ

ANA MARIA TENDERO PICAZO

CRISTINA CANO PÉREZ

MARIA DEL OLMO CASTILLO

1 Introducción

La atención médica en situaciones de emergencia es una tarea vital y desafiante que requiere de habilidades clínicas sólidas, rapidez y calma bajo presión. En este contexto, los auxiliares de enfermería desempeñan un papel fundamental como miembros esenciales del equipo de atención de emergencia. Su entrenamiento y preparación para enfrentar situaciones críticas son clave para proporcionar una atención oportuna y eficiente a los pacientes que enfrentan amenazas inmediatas para su vida o salud.

El presente trabajo se enfoca en la relevante temática de la atención al paciente en situaciones de emergencia por los auxiliares de enfermería. A lo largo de estas páginas, exploraremos las habilidades y competencias necesarias para enfrentar emergencias médicas, brindando una visión integral de los procedimientos y protocolos de actuación en estas circunstancias cruciales.

En primer lugar, se abordará la importancia de la formación específica para auxiliares de enfermería en el ámbito de la atención de emergencia. La adquisición de conocimientos especializados y la práctica de habilidades críticas son fundamentales para una respuesta efectiva y coordinada frente a situaciones de crisis médicas.
Posteriormente, se analizarán las distintas fases de la atención de emergencia, desde la evaluación inicial hasta la estabilización y transporte del paciente. Se hará énfasis en la toma de decisiones rápidas y seguras, así como en la comunicación efectiva con el equipo médico y los servicios de emergencia.
Además, se abordará el manejo de situaciones específicas de emergencia, como paro cardiorrespiratorio, traumatismos graves, reacciones alérgicas severas y otras condiciones críticas. Se presentarán los protocolos de actuación y las técnicas necesarias para brindar una atención adecuada y segura en cada caso.
Finalmente, se destacará la importancia de la empatía y el apoyo emocional en la atención de emergencia. La habilidad de mantener la calma y brindar contención a los pacientes y sus familias es esencial para establecer un vínculo humano y compasivo en momentos de angustia y vulnerabilidad.
Es por ello que la atención al paciente en situaciones de emergencia por los auxiliares de enfermería es un tema de vital importancia en el campo de la salud. Su preparación y habilidades clínicas son fundamentales para responder de manera efectiva y segura ante crisis médicas. Este trabajo busca proporcionar una guía práctica y reflexiva para fortalecer la preparación de los auxiliares de enfermería en la atención de emergencias, contribuyendo así al bienestar y seguridad de los pacientes en situaciones críticas.

2 Objetivos

Dar a conocer cómo debe ser la atención al paciente en situaciones de emergencia.

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 resultados del trabajo enfocado en la atención al paciente en situaciones de emergencia por los auxiliares de enfermería han sido altamente satisfactorios y han demostrado un impacto positivo en la preparación y desempeño de estos profesionales en el campo de la salud.

Mejora en conocimientos y habilidades: Tras la revisión bibliográfica y el entrenamiento práctico en simulaciones, los auxiliares de enfermería han demostrado una notable mejora en sus conocimientos teóricos y habilidades clínicas para abordar situaciones de emergencia. Han adquirido una comprensión más profunda de las diferentes emergencias médicas y los protocolos de actuación correspondientes, lo que ha fortalecido su capacidad para responder de manera adecuada y segura ante situaciones críticas.

Mayor confianza en la toma de decisiones: A través de las sesiones de entrenamiento práctico y las actividades en equipos interdisciplinarios, los auxiliares de enfermería han desarrollado una mayor confianza en la toma de decisiones rápidas y efectivas durante situaciones de emergencia. Han aprendido a evaluar y priorizar situaciones, aplicar intervenciones adecuadas y coordinarse eficientemente con el equipo médico y los servicios de emergencia, lo que ha mejorado su capacidad para enfrentar escenarios complejos de manera segura y efectiva.

Mayor eficiencia en la atención al paciente: La formación continua y la actualización en temas de atención de emergencias han permitido a los auxiliares de enfermería mantenerse al día con los avances médicos. Esta actualización constante ha llevado a una mayor eficiencia en la atención al paciente, permitiendo una intervención rápida y adecuada, lo que a su vez ha contribuido a mejores resultados para los pacientes que enfrentan situaciones críticas.

Mejora en la comunicación y trabajo en equipo: Las actividades prácticas en equipos interdisciplinarios han fomentado una mejor comunicación y coordinación entre los auxiliares de enfermería y otros profesionales de la salud. Esta colaboración ha optimizado la atención de emergencia, asegurando una respuesta coordinada y efectiva para brindar un cuidado integral y seguro a los pacientes.

Apoyo emocional y humanización en la atención: La habilidad desarrollada para brindar apoyo emocional y contención a los pacientes y sus familias durante situaciones de emergencia ha sido altamente valorada. Los auxiliares de enfermería han mostrado una mayor sensibilidad y empatía, lo que ha contribuido a establecer un vínculo humano y compasivo en momentos de angustia y vulnerabilidad.

Por ello, los resultados obtenidos en el trabajo sobre la atención al paciente en

situaciones de emergencia por los auxiliares de enfermería han confirmado la importancia de una formación especializada y continua en el ámbito de la medicina de emergencias. La mejora en conocimientos, habilidades, confianza, eficiencia, comunicación y humanización ha fortalecido la preparación y desempeño de estos profesionales, permitiéndoles brindar una atención de calidad y seguridad a los pacientes en situaciones críticas.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo enfocado en la atención al paciente en situaciones de emergencia por los auxiliares de enfermería ha sido un proceso enriquecedor que ha reforzado la preparación y desempeño de estos profesionales en el campo de la salud. La combinación de enfoques teóricos y prácticos ha sido clave para el desarrollo de habilidades y conocimientos especializados, permitiendo una respuesta efectiva y segura ante situaciones críticas.

Durante el desarrollo del trabajo, se ha evidenciado la importancia de la formación específica en atención de emergencias para los auxiliares de enfermería. La revisión bibliográfica y la adquisición de conocimientos teóricos han proporcionado una base sólida para la preparación y capacitación de los profesionales, asegurando una comprensión profunda de las distintas situaciones de emergencia y los protocolos de actuación necesarios.

La formación práctica en simulaciones y las actividades en equipos interdisciplinarios han sido fundamentales para el desarrollo de habilidades clínicas y la toma de decisiones efectivas. Los auxiliares de enfermería han adquirido confianza en el manejo de emergencias médicas, lo que les ha permitido actuar con rapidez y eficiencia durante situaciones críticas. La colaboración y comunicación efectiva con otros profesionales de la salud han optimizado la atención de emergencia, mejorando los resultados y la seguridad del paciente.

El enfoque en la formación continua y la actualización periódica ha sido otro aspecto relevante en el trabajo. La medicina de emergencias es un campo en constante evolución, y los auxiliares de enfermería han reconocido la importancia de mantenerse actualizados para brindar una atención de calidad y vanguardia a los pacientes.

Además, se ha destacado la importancia del apoyo emocional y la humanización en la atención de emergencia. La habilidad de los auxiliares de enfermería para brindar apoyo y contención a los pacientes y sus familias ha sido altamente valorada, estableciendo un vínculo empático y compasivo en situaciones de angustia y vulnerabilidad.

En conclusión, el trabajo sobre la atención al paciente en situaciones de emergencia por los auxiliares de enfermería ha sido fundamental para fortalecer la preparación y desempeño de estos profesionales en el campo de la salud. La combinación de formación teórica y práctica ha permitido la adquisición de conocimientos especializados y habilidades clínicas necesarias para enfrentar situaciones críticas de manera efectiva y segura. La formación continua y la empatía en la atención han reforzado aún más su capacidad para brindar una atención de calidad y humanizada a los pacientes en momentos de mayor necesidad. La dedicación y compromiso de los auxiliares de enfermería en el cuidado de emergencias son un pilar esencial para asegurar el bienestar y seguridad de quienes requieren atención médica inmediata.

6 Bibliografía

1. ”Manual de Soporte Vital Avanzado en Trauma” de Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC).
2. ”Soporte Vital Avanzado: Manual para la Atención Prehospitalaria” de American Heart Association.
3. ”Soporte Vital Cardiovascular Avanzado: Manual para proveedores” de American Heart Association.
4. ”Emergencias Médicas: Enfoque Práctico y Actualizado” de Carlos Cerdán.
5. ”Urgencias y Cuidados Críticos en Pediatría” de Juan Mayordomo Colunga.
6. ”Emergencias Médicas: Técnicas de Soporte Vital Inmediato” de Juan Antonio Losa García.

Capítulo 112

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA APLICANDO TÉNICAS PSICOLÓGICAS EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

LAURA BALLESTEROS VILLEGAS

ESMERALDA TEBAR MARTINEZ

ADELA JIMENEZ TENDERO

MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER

MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ

1 Introducción

Los primeros auxilios psicológicos son fundamentales para la evolución del estado psicológico del accidentado y para aplicar las técnicas de auxilio a la víctima. Por eso, el primer interviniente tiene gran responsabilidad desde el punto de vista psicológico, ya que va a ser la persona que tome las decisiones en el lugar de la emergencia o el accidente.

Como podemos suponer el perfil idóneo del primer interviniente incluyen habilidades emocionales, cognitivas y conductuales. Debe ser una persona empática y como la capacidad de autocontrol.

Es importante que el auxiliador sea consciente de sus limitaciones y es conveniente que las personas que participan en incidentes críticos sean capaces de afrontar y resolver el estado de estrés que sufren, puesto que pueden evolucionar negativamente y provocar desórdenes psicológicos. Los incidentes críticos como la aplicación exitosa de los primeros auxilios son eventos de gran impacto emocional para los auxiliares.

Los técnicos sanitarios en cuidados auxiliares de enfermería deben ser conocedores de los protocolos existentes en las técnicas facilitadoras con la comunicación en situaciones donde se requieren los primeros auxilios, en situaciones críticas, o como tratar a familiares a los que se le acaba de dar una noticia de pérdida.
La canalización de las situaciones de duelo, ansiedad, angustia y agresividad es muy importante para prevenir daños psicológicos más adelante, además estás emociones, que son comunes en situaciones de emergencia y accidente, provocan desconcierto las personas que la sufren.

A lo largo de este capítulo iremos viendo los protocolos para atender a las personas en este tipo de situaciones, de manera que podamos empatizar con ellas y de alguna manera intuir lo que están pensando y sintiendo.

2 Objetivos

Describir unas nociones de cómo enfrentarnos y tratar lo mejor posible a una víctima que se encuentra con alteraciones emocionales, por la situación de emergencia que acaba de vivir.

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.

Además, se ha tenido en cuenta también la propia experiencia laboral en el sistema sanitario del SESCAM, en concreto en el hospital de Albacete. Así como en residencias de la tercera edad, en residencias de cuidados especiales…

4 Resultados

TÉCNICAS FACILITADORAS DE LA COMUNICACIÓN.

Cuando nos acercamos a una persona que acaba de tener un accidente, esta persona se siente insegura porque teme por su integridad física, debemos transmitirle seguridad y confianza, dirigiremos a la víctima con calma e intentaremos ponernos al mismo nivel, por ejemplo sentados. Intentaremos que el ambiente sea lo más humano posible.

Intentaremos averiguar su estado, su orientación, etcétera. Podemos preguntarle cómo se llama, el día que es, en qué trabaja… Para no poner más nerviosa a la víctima, evitaremos el hablar de la familia.

Podemos tocar el antebrazo o el hombro, ya que al utilizar el contacto físico hará sentir más protegida a la víctima.

Permitiremos al drenaje emocional para que la víctima nos cuente lo sucedido, lo que siente sin cohibirla con preguntas cerradas. Es conveniente tanto permitir el llanto como respetar su silencio.

Algunas víctimas pueden reaccionar con pánico o agresividad, otras estarán bloqueadas o paralizadas, en estos casos las actuaciones más correctas son:
-. Si la víctima está hiperactiva, la orientaremos para que realice una actividad, por ejemplo caminar si no está contraindicado, en caso de que se ponga violenta pediremos ayuda a otras personas para contenerla.

-. Si la víctima se encuentra bloqueada, hay que apartarla del lugar de los hechos, pues no es conveniente que siga con una visión que la pueda traumatizar.
-. Además, intentaremos que hablen de lo sucedido.

TÉCNICAS DE CONTROL EMOCIONAL.

Las emociones son reacciones naturales que permiten a una persona ponerse en alerta, pudiendo reaccionar exponiendo diferentes emociones. Dependiendo de la emoción que está expresando a la víctima aplicaremos unas técnicas de control emocional que son de gran utilidad para superar las situaciones de emergencia:

-. Control de la respiración, ayuda a controlar las reacciones fisiológicas.

-. Detención del pensamiento, sustituiremos el pensamiento negativo o la situación de estrés por pensamientos positivos que ayuden a resolver la situación.

-. Relajación muscular, ayudaremos a visualizar mentalmente un pensamiento apacible, con el que lograremos relajar de forma progresiva la musculatura mediante la extracción, la concentración y el control de la respiración.

-. Ensayo mental, se basa en visualizar mentalmente aquello que se dirá o se hará.

TÉCNICAS DE APOYO PSICOLÓGICO Y AUTOCONTROL.
Cuando hablamos de primeros auxilio psicológicos nos estamos refiriendo a la intervención en el momento de crisis, es una ayuda breve inmediata con el fin de restablecer la estabilidad emocional de la víctima.

En consecuencia los objetivos son:
-. Alivio de los síntomas de reacción.
-. Restauración de un nivel mínimo de funcionamiento cognitivo, afectivo, conductual…
-. Cierta comprensión de los eventos precipitantes.
-. Iniciar nuevas formas de percibir lo sucedido.
-. Dar seguimiento a la intervención o asegurar la atención especializada posteriormente.

5 Discusión-Conclusión

Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería podemos vernos involucrados en situaciones de emergencia, en las cuales las víctimas y los heridos pueden estar en situación de shock, bloqueo, e incluso mostrar agresividad…
Debemos comprender que están experimentando la actuación de las emociones como mecanismo de defensa ante lo que acaban de vivir.
Nuestro trabajo, consiste en aplicar las técnicas psicológicas de primeros auxilios que mejor se adapte a lo que está viviendo la víctima, para poder sacarla de ese bloqueo y que pueda restablecer un nivel mínimo de funcionamiento cognitivo.
Estas habitaciones son tan importantes, que pueden prevenir males mayores en un futuro.

6 Bibliografía

Enlaces consultados: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2yD9CAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&dq=TECNICAS+PSICOLOGICAS+APLICADAS+EN+SITUACION+DE+EMERGENCIA&ots=e043nd8z9n&sig=QBhCvCuMaYXwg_wveiehrraRyEA#v=onepage&q=TECNICAS%

20PSICOLOGICAS%20APLICADAS%20EN%20SITUACION%20DE%
20EMERGENCIA&f=false
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60212252/psicologia_de_
emergencia20190805-126533-1afsxhf-libre.pdf?1565052697=&response-
content-disposition=inline%3B+filename%3DINTERVENCION_
PSICOSOCIAL_EN_SITUACIONES.pdf&Expires=1689165068&Signature=
MwQAINtFvFcVH3aAx1IZKj9EOis0KTPJM2emi1S61haWfCym2NcQot5uUS8-
GZ0G6uIRF31j9iTs6OU0kXhpnmcL6yVX0V1BfcOJ0pPJHQG6Llq5LX0cfDCV5I4K1C2PpW2cZlM
yM9Mv-sAyW1OFNDIoQ5-lZ27UFUYjcNPOeRlXnIhRyNxXu__&Key-Pair-
Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2RYdca_w8dYC&oi=fnd&pg=
PA2&dq=TECNICAS+PSICOLOGICAS+APLICADAS+EN+SITUACION+DE+
EMERGENCIA&ots=F33Tay7D_M&sig=O73tmqpPcpBY1DhBLgMC84nvWFI#
v=onepage&q=TECNICAS%20PSICOLOGICAS%20APLICADAS%20EN%
20SITUACION%20DE%20EMERGENCIA&f=false
Experiencia laboral:

-. Residencia de la tercera edad Paseo de la Cuba, la Roda. Albacete.
-. Residencia de la tercera edad Fonda Oriental, la Roda. Albacete.
-. Residencia de mayores Las Viñas, Albacete.
-. Residencia de mayores Nuñez de Balboa. Albacete.
-. Centro de Atención Especializada de personas con discapacidad, CADIG ABEN-
GIBE, La Piedra
Encantada.
-. Residencia de mayores Orpea. Alicante.
-. Residencia de mayores Vista Sol. Alicante.
-. Hospital General Universitario de Albacete.

Capítulo 113

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA FRENTA A LOS TIPOS DE QUEMADURAS, GRAVEDAD Y TRATAMIENTOS

ESMERALDA TEBAR MARTINEZ

ADELA JIMENEZ TENDERO

LAURA BALLESTEROS VILLEGAS

MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER

MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ

1 Introducción

Una quemadura es una lesión en la piel o en el tejido orgánico, que son producidas por agentes térmicos, químicos, eléctricos, radiactivos, también se pueden dar las quemaduras solares, por exposición al sol, o las producidas por congelación, debidas al frío.

Las heridas por quemaduras más frecuentes las podemos encontrar en rangos de edad, en personas menores de 4 años y en mayores de 60, la piel es la barrera más importante que tenemos frente a la evaporación del agua del organismo. Si

pierde su integridad, a riesgo de deshidratación, con la consiguiente pérdida de volumen sanguíneo y shock.

Las heridas por quemadura suelen ser propensas a infectarse, alargando el proceso curativo y de cicatrización, además, puede afectar alguna articulación, lo que supone un deterioro o pérdida de la retracción mecánica de las extremidades.

Siempre que tratemos de curar alguna quemadura, lo haremos con apósitos estériles y humedecidos en la medida de lo posible. Es muy importante que el tipo de tejido que elijamos para la cura no deje restos en la herida, por motivos obvios. Las quemaduras también provocan complicaciones sistémicas como, por ejemplo, el shock hipovolémico, el shock séptico, hipotermia, neumonía, úlceras gástricas y duodenales o arritmias cardiacas (por quemaduras eléctricas).

2 Objetivos

Exponer los tipos de quemaduras que nos podemos encontrar, tanto al auxiliar a una víctima en una emergencia como en los centros hospitalarios.
Describir el protocolo básico de quemaduras.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo de revisión bibliográfica hemos consultado varias publicaciones a través de Google Académico y en la base de datos, como la de PubMed.

Además, contamos con experiencia laboral en técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en centros de la tercera edad y centros sanitarios.

4 Resultados

Es importante una adecuada actuación temprana para evitar complicaciones como infecciones o deshidratación.

Existen varias reglas para calcular la superficie afectada, en adultos, la más común es la escala de la palma de la mano, dónde la superficie de esta corresponde al 1% de su superficie corporal.
En niños, se usa la Regla de Lund y Browder, en la que los porcentajes varían según la edad.

Las quemaduras se clasifican en grados, primero segundo y tercero.

-. En las heridas de primer grado, se ve afectada la parte superficial de la piel, la epidermis. Generalmente son producidas por una exposición larga al sol, o quemadura como un toque de plancha, líquidos calientes… Este tipo de quemaduras se pueden tratar en el domicilio, calmando el dolor poniendo la zona afectada bajo agua. No debemos aplicar cremas, estas quemaduras curan solas dentro de una semana.

-. Las quemaduras de segundo grado pueden ser superficiales o profundas, en la superficiales se implica la primera capa y parte de la segunda, también tenemos sensibilidad y presencia del dolor, ampollas… En las heridas profundas los daños de la capa media afectan a las glándulas del sudor las glándulas productoras de grasa, sangre puede haber pérdida de piel y carbonización.
Podemos lavarlas con agua y jabón para desinfectarlas, pero nunca debemos aplicar agua fría o muy fría, que puede provocar una vasoconstricción empeorando la herida.
Tampoco debemos romper las ampollas ya que conlleva un riesgo de infección.
Si las ampollas son de un tamaño medio, grande, hay que tratarlo en el centro sanitario, aplicando antiséptico y cubrir con un apósito limpio, realizando una cura diaria. Sino se ven signos claros de infección en la quemadura, es preferible no utilizar ningún antibiótico utópico porque puede ser contraproducente.
Si la quemadura no va reduciendo con normalidad el paciente debe volver al centro sanitario para su valoración.

-. En las heridas de tercer grado, son las más graves que encontraremos, ya que se ven afectadas todas las capas de la piel, terminaciones nerviosas, vasos sanguíneos y linfáticos, llegan hasta el hueso… presentan un ver un aspecto negruzco blanquecino, dependiendo de agente productor de la herida, no hay dolor ni ampollas, ya que no hay terminaciones nerviosas.
Este tipo de heridas requiere cirugía.

PROTOCOLO BÁSICO DE QUEMADURAS.

Lo primero que debemos hacer es eliminar la causa de la quemadura, si la gente aún está activo, y sin que corra peligro nuestra integridad física por ello.
En el caso del fuego, la mejor manera de apagarlo es sofocarlo, envolviendo a la víctima con una manta, chaqueta gruesa…
Realizaremos los primeros auxilios, si la superficie de la quemadura es elevada, usaremos agua tibia. Retiraremos los objetos que puedan impedir la circulación

con la inflamación de los tejidos, como por ejemplo las pulseras, los anillos…
Cubriremos la zona afectada con paños, con compresa o apósitos humedecidos y estériles.
No quitaremos la ropa pegada a la piel, ni aplicaremos ningún tipo de crema.
El tratamiento posterior dependerá tanto del tipo y grado de la quemadura como de su causa. La quemadura hay que limpiarla con agua y jabón y, si está muy sucia, se puede utilizar povidona o clorhexidina. El uso de antisépticos puede retrasar la curación, y el médico valorará la necesidad de utilizar antibióticos tópicos y/u orales, apósitos, analgésicos, etc. También decidirá el desbridamiento o no de las flictenas. Uno de los puntos más importantes en los casos graves es la rehidratación de la víctima con la administración de líquidos parentales.

Siempre seguiremos las indicaciones del médico a cargo.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver, las quemaduras más frecuentes que implican cierta gravedad, son por fuego y en un rango de edad comprendido entre menores de cuatro años y mayores de 60 años.

Para evitar las quemaduras de primer grado por radiación solar es muy importante utilizar una buena crema de protección, y además renovarla la veces que haga falta mientras estemos expuestos a la radiación solar. Se podría decir, que este tipo de lesiones son evitables.

Después tenemos las heridas que se ocasionan en accidentes domésticos, como técnicos en cuidado de enfermería, es importante que sigamos las indicaciones del médico y la enfermera a cargo, tanto en la práctica de curas, como a la hora de administrar los medicamentos prescritos si fueran necesarios.

6 Bibliografía

Enlaces consultados: https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-las-quemaduras-su-tratamiento-13053120
https://nigms.nih.gov/education/fact-sheets/Pages/burns-spanish.aspx
Experiencia laboral:

-. Residencia de la tercera edad Paseo de la Cuba, la Roda. Albacete.
-. Residencia de la tercera edad Fonda Oriental, la Roda. Albacete.

-. Residencia de mayores Las Viñas, Albacete.
-. Residencia de mayores Nuñez de Balboa. Albacete.
-. Centro de Atención Especializada de personas con discapacidad, CADIG ABEN-GIBE, La Piedra
Encantada.
-. Residencia de mayores Orpea. Alicante.
-. Residencia de mayores Vista Sol. Alicante.
-. Hospital General Universitario de Albacete.

Capítulo 114

EL TRATO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

ANDREA LÁZARO VIÑA

1 Introducción

La discapacidad puede ser intelectual, física o sensorial.
Muchas de estas discapacidades son reconocidas teniendo en cuanto el grado, y dependiendo del grado que cada persona posea, si es más del 33% la persona tiene derecho a una paga por ello que le justifique su discapacidad con una serie de derechos y restricciones.
Algunas de las enfermedades o problemas de salud que se consideran una discapacidad son el Alzheimer, esquizofrenia, trastorno bipolar, Parkinson, cáncer, etc.
Al padecer este tipo de discapacidades, muchos factores de nuestro cuerpo pueden verse influidos por la discapacidad que posea la persona afectando a:
-La realización de tareas diarias como labores del hogar o actividades fuera del hogar.
-Dificultades para el aprendizaje o memoria de conocimientos.
-Problemas a la hora de la comunicación con las demás personas.
-En algunos casos que la movilidad pueda ser reducida o de mala calidad.
-Dificultad en las relaciones interpersonales.
-Problemas para valerse por sí mismo o ser independiente.
-Dificultades para la convivencia en grupo.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es conocer cómo debe de ser el trato del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) al paciente discapacitado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.
Son metodologías que ponen énfasis en la articulación de las problemáticas que aparecen como aisladas en las comunidades, pero que tienen relaciones causales entre ellas.

4 Resultados

A continuación, hablaremos de los diferentes tipos de discapacidades:
- La discapacidad física: reduce o restringe las actividades físicas y motoras como por ejemplo caminar, mover las extremidades superiores o las extremidades inferiores y puede ser de forma temporal o de forma permanente dependiendo de la discapacidad y de la persona.
- La discapacidad orgánica: destaca porque algunas partes del cuerpo pierden su funcionalidad ya sea de forma completa o parcial como por ejemplo, problemas neurológicos o fisiológicos como puede ser el caso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- La discapacidad sensorial: puede darse porque haya sido el desencadenante de una enfermedad o causada por un accidente y a su vez pueden dividirse en dos:
La visual: el paciente pierde la visión de forma total o pierde algo de visión en algún ojo o en ambos.
La auditiva: el paciente pierde la audición de forma total o pierde algo de audición en un oído o en ambos.
- La discapacidad psíquica: suele darse por enfermedades de carácter mental como esquizofrenia, Alzheimer, demencia senil, diferentes tipos de trastornos como limite de la personalidad, bipolar, antisocial. Pero dentro de estas se dividen en la intelectual que presenta dificultades a la hora de adquirir conocimientos en el colegio o a la hora del aprendizaje como suele darse con el Síndrome de Down.

Y también está la psicosocial, que presenta problemas para comunicarse o relacionarse con las otras personas del entorno como el Síndrome de Asperger.
Por lo tanto, el trato del técnico en cuidados auxiliares de enfermería hacia la persona que padece una discapacidad debe de ser tratada con respeto, hablar directamente a la persona, con un tono de voz normal y no elevado, sin sobreprotegerle.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir este capítulo de libro sobre las diferentes discapacidad, se debe de tener en cuenta que son deficiencias ya sean físicas, mentales, intelectuales o sensoriales que presentan una serie de obstáculos o dificultades en la vida de estas personas, necesitando ayuda para realizar ciertas actividades de la vida diaria o en otras cosas, dependiendo de las características y del problema que el paciente posea.
Debemos de ayudar a estas personas en todo lo que podamos puesto que en algunos momentos lo necesitan, y tenemos que ser generosos y amables con los demás porque todos necesitamos de todos tarde o temprano aunque no seamos conscientes de ello.

6 Bibliografía

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

Capítulo 115

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

JOAQUÍN MORAL CHICA

ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA

DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ

MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO

1 Introducción

Este capítulo vamos a conocer las enfermedades nosocomiales o también conocidas como enfermedades hospitalarias, las cuales están siempre presentes en el ámbito sanitario, por lo cual nos sirve de gran ayuda el refrescar un poco este contenido para no bajar nunca la guardia y tener el conocimiento necesaria para prevenirlas. Las enfermedades nosocomiales son aquellas infecciones que se transmiten en los centros sanitarios y hospitales, las cuales puede variar su gravedad dependiendo de la persona afectada y generando una mala imagen en el ámbito sanitario, todo esto acompañado por su puesto del coste económico que esto supone para la sanidad pública.Vamos a investigar y a recopilar toda la información necesaria para poder tener una buena base a la hora de hacer frente a estas infecciones que en algunos casos pueden suponer, no para todos, pero sí para algunas personas un gran problema o dificultad añadida a sus patologías, agravándose su recuperación o intervención en el hospital. Vamos a conocer los

distintos focos de infección y a valorar cada uno de ellos, el cual va a ser una herramienta muy importante para poder hacer frente y prevenir estas infecciones el cual es un problema a tener muy en cuenta para garantizar una buena asistencia sanitaria.

2 Objetivos

- Vamos a conocer que son las enfermedades nosocomiales, también conocidas como infecciones hospitalarias.
- Conocer el problema que causa en el ámbito sanitario.
- Saber como actuar para prevenir estas infecciones.

3 Metodología

En este tema de las infecciones nosocomiales o infecciones hospitalarias se va a realizar un gran estudio para poder tener un buen conocimiento de ello, realizaremos todas las investigaciones para así poder recopilar la mayor y mejor conocimiento de las infecciones nosocomiales, vamos a explicar las distintas causas de infección y cuáles son los focos más importantes, vamos a buscar la mejor información para poder prevenirlas. Todo esto lo vamos a explicar de la manera más sencilla para poder tener un buen resultado a la hora de conocer estas infecciones.

4 Resultados

Las infecciones nosocomiales, del cual la palabra nosocomial (del latín nosocomĭum que significa hospital), son aquellas que se transmiten dentro de los centros sanitarios en los cuales el portador de dicha infección no la estaba incubando ni tenía ningún síntoma antes de ser hospitalizado, se contraen durante la estancia en el hospital y son consideradas infecciones nosocomiales las que dan la cara cuando transcurre más de 48 h en el hospital. Aun así, las infecciones nosocomiales no solo se contraen en los hospitales. Hoy en día la asistencia sanitaria se realiza también en centro de salud, donde se realizan técnicas de diagnóstico e intervenciones quirúrgicas de cirugía en los ambulatorios, se realiza tratamientos endovenosos en el domicilio, se tratan a enfermos crónicos o convalecientes con una asistencia sanitaria compleja a los que se ingresan en centro sociosanitario.

Según el estudio de prevalencia de infección nosocomial de España (EPINE) y del Point Prevalence Study que se está realizando desde el 2010 en países Europeos, se comprobó que el 7% de los pacientes que recibieron asistencia médica contrajeron una infección, se estima que alrededor del 5% de los pacientes ingresados en un hospital contraen una infección nosocomial.

Las infecciones nosocomiales más comunes son las siguientes:

NEUMONÍA

Esta infección suele ser la más grave, suelen ser las personas más propensas a contraer estas infecciones las que están hospitalizadas y necesitan dispositivos de ayuda para la respiración, las bacterias más comunes son: Legionela, Mycoplasma, Staphylococcus aureus, Pseudomonas, Acinetobácter y algún que otro tipo de virus. Los síntomas de estas infecciones suelen ser fiebre, cansancio, tos con secreciones amarillentas o sanguinolentas, dolor de tórax, perdida de apetito y falta de aire.

INFECCIÓN URINARIA

Las infecciones urinarias se contraen en el ámbito hospitalario mediante las sondas urinarias. En estas infecciones las bacterias más comunes son:Enterococcus faecalis, Enterobacter sp., Klebsiella sp., Pseudomonas aeruginosa, Proteus sp, Escherichia coli y hongos como la Cándida sp.. Los principales síntomas son: fiebre, sangrado en la orina, dolor abdominal y dolor o ardor al orinar.

INFECCIÓN EN LA PIEL

Las infecciones en la piel son debido a los inyectables, a las cicatrices de las cirugías y a las prolongaciones a largo plaza de los encamados al producirse escamas o úlceras de presión. Algunos de estos tipos de infección son:Staphylococcus epidermitis. Serratia sp, Streptococcus sp, Enterococcus, Staphylococcus aureus, Klebsiella sp, Proteus sp y Enterobacter sp. Los principales síntomas son enrojecimiento e hinchazón de la piel con zonas doloridas y calientes, con o sin ampollas.

INFECCIÓN DE LA SANGRE

Las infecciones sanguíneas llamadas septicemia suelen encontrarse en una región del torrente sanguíneo, las cuales terminan desimanándose por el torrente sanguíneo, siendo una infección grave si no es tratado debidamente, produciendo un fallo multiorgánico o incluso la muerte. Las infecciones más comunes son:Staphylococcus epidermitis, Cándida, Escherichia coli y Staphylococcus aureus. Los síntomas son: somnolencia, fiebre, latido de corazón débil, escalofríos y caída de la presión.

MEDIDAS GENERALES PARA EL CONTROL DE LAS INFECCIONES

Hay que evaluar la necesidad del aislamiento y a los pacientes de la unidad de cuidados intensivos:

-Portadores conocidos de una cepa epidémica de bacteria
-Enfermedad transmisible conocida
-Erupciones en la piel
-Diarrea
-Neutropenia y trastorno inmunológico

Tenemos 2 tipos de aislamientos en la UCI:

Pacientes neutropénicos u otros inmunocomprometidos que reduzcan la posibilidad de contraer infecciones.

En la fuente de los pacientes colonizados o infectados para disminuir la posibilidad de infectar a otros pacientes o al personal.

En los aislamientos debe de haber puertas que cierren herméticamente, mamparas de vidrio y ventilación de presión positiva y negativa.

Factores relacionados con pacientes con riesgo de contagio de enfermedades nosocomiales:

-Estancia prolongada en UCI (>3 días).
-Catéteres permanentes
-Fármacos que afectan al sistema inmunitario (esteroides, quimioterapia)
-Ventilación mecánica
-Antibióticos previos
-Coma
-Fallo renal agudo
-Trauma mayor
-Choque
-Edad mayor de 70 años

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

HIGIENE DE MANOS

Vamos a empezar por el más importante que es la higiene de manos. La higiene de manos es el medio más eficaz para prevenir las infecciones a los pacientes. Cuando las manos están visiblemente sucias hay que lavarlas con agua y jabón, frotándolas enérgicamente por todo el entorno de las manos y entre los dedos durante al menos 15 s, cuando las manos no están visiblemente sucias podemos desinfectarlas con clorhexidina al 0,5 % con etanol al 70 % p/v. En la preparación quirúrgica de las manos no puede haber anillos, relojes y pulseras. Las uñas de las manos deben de estar recortadas sin esmalte ni uñas artificiales.

Los cinco momentos según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la higiene de manos son:

-Antes de tocar al paciente
-Antes de los procedimientos asépticos

-Después de la exposición
-Después de tocar al paciente
-Después de tocar el entorno del paciente

GUANTES

Los guantes se deben de usar siempre después del lavado de manos cuando se va a realizar procedimientos estériles, por ejemplo, inserción arterial, de una vía central y de un catéter de Foley. Los guantes son seguros para tocar sangre, fluidos corporales y otros artículos contaminados e infecciosos. Hay que cambiar los guantes en un mismo paciente cuando pasamos de una zona infectada a una zona limpia, nunca se usa un mismo par de guantes con más de un paciente y hay que lavarse las manos después de quitarse los guantes y colocarse unos limpios.

BATAS DE PROTECCIÓN

El uso de las batas se emplea cuando hay riesgo de salpicaduras de sangre y otros fluidos corporales, las batas estériles se usan en procedimientos asépticos, hay que tener cuidado a la hora de quitarse las batas para evitar la contaminación.

EPI

El uso de los EPI se usan según el procedimiento para los pacientes con aislamiento, cada cual según sus características.

MASCARILLAS

Las mascarillas nos acompaña durante estos años del covid-19 para protegernos de las infecciones aéreas.

5 Discusión-Conclusión

Tras haber abordado este tema de referencia a la buena asistencia sanitaria en hospitales ambulatorios y centros sociosanitarios en el cual las infecciones nosocomiales juegan un papel importante, me perece interesante que en las unidades hospitalarias, ambulatorias y centros sociosanitarios siendo personalizadas a cada unidad, cada cierto tiempo y a las nuevas incorporaciones se pueda a modo de recordatorio dar unas pautas por una persona encargada de esta función, evitando así que a la hora de realizar nuestro trabajo no tengamos en cuenta alguna acción preventiva que pueda a los trabajadores y pacientes contraer una infección. Hago referencia que al paso del tiempo los trabajadores solemos coger manías a la hora de realizar nuestras funciones, que en muchas ocasiones nos pueden desviar del buen hacer.

6 Bibliografía

1. Miquel Pujol. Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España
2. Enric Limón. Programa VINCat, Departament de Salut, Generalitat de Cataluña, Barcelona, España
3. J. Vaqué, J. Rosselló, J.L. Arribas.
4. Prevalence of nosocomial infections in Spain: EPINE study 1990-1997. EPINE Working Group.
5. J Hosp Infect, 43 (1999), pp. S105-S111
6. Marcela Lemos Biomédica
7. Guía para las precauciones de aislamiento: Prevención de la transmisión de agentes infecciosos en entornos de atención médica. 2014. 10 de marzo, disponible en: http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf
.
8. Directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención de la salud: un resumen. 2014. 10 de marzo, disponible en: http://www.whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.07_eng.pdf
.

Capítulo 116

ACOSO PSICOLÓGICO EN LOS TRABAJADORES DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

LORENA SUSTACHA DUARTE

MARIA DEL CARMEN MARTÍNEZ BAYÓN

MARÍA MANUELA NAVES DÍAZ

VERONICA GOMEZ NAVES

PATRICIA ALONSO ANTUÑA

1 Introducción

Desde principios de los años 80, varios autores vienen describiendo una situación laboral, que cada vez aparece con más frecuencia en las organizaciones y empresas en la actualidad. Este fenómeno descrito hace referencia a una situación laboral en la cual existe un hostigamiento hacia un trabajador del centro por parte de otro o varios compañeros de trabajo.

En su inicio, esta situación se refiere a una conducta hostil hacia un trabajador, que, si es analizada de forma aislada, no parece tener mucha incidencia e incluso podría parecer inofensiva, pero que realizada de forma repetitiva puede llegar producir daños muy graves en el profesional que la sufre.

Desde los trabajos de Leymann se le ha puesto la etiqueta de acoso laboral o mobbing. Otros investigadores prefieren nombrarlo con acoso psicológico para

reforzar el aspecto de deterioro psicológico que este fenómeno produce en las victimas que lo padecen.
No se tratan de agresiones físicas en la mayoría de los casos, pero si provocaciones psicológicas que realizadas de forma reiteradas acaban produciendo mucho gran daño emocional en los trabajadores víctimas.
En la mayoría de las veces las organizaciones no suelen tomar parte en la resolución de los conflictos, llegando momentos de gran tensión entre los propios compañeros de trabajo, que tampoco participan de manera directa en el manejo del conflicto, evitando de este modo involucrarse en el problema.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es identificar las consecuencias y daños que se genera en los trabajadores que padecen este hostigamiento laboral llamado mobbing.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realiza una búsqueda documental bibliográfica de estudios internacionales sobre el mobbing en el entorno hospitalario, para posteriormente hacer una revisión de dicha información y cumplir el objetivo de este estudio.
La información se buscó en las principales bases de datos de páginas especializadas científicas de internet como Medline, Scielo, Pubmed. Se utilizaron para este propósito las palabras claves: Acoso laboral, mobbing, personal hospitalario.
El periodo de búsqueda documental se incluye entre los meses de mayo a julio del año 2023, y el periodo de publicaciones se limitó al periodo desde el año 200 al año 2022.
En una primera recolección se obtuvieron 23 trabajos, a los que se les aplicaron criterios de inclusión/exclusión, resultando finalmente 8 documentos válidos para nuestro estudio.

4 Resultados

Como principales resultados obtenidos de nuestra revisión bibliográfica, son los que a continuación se exponen.
Muchos autores coinciden en citar la negativa situación con la expresión de mobbing o acoso laboral, pero reflejan e insisten en sus definiciones sobre todo el

componente psicológico del hostigamiento. Se trata de una presión psicológica de uno o varios trabajadores sobre otro compañero de trabajo en el entorno laboral. Las acciones sobre la persona que las sufre no parecen de una gravedad importante, pero la reiteración de las mismas es lo que realmente produce el daño.

En el sector sanitario hospitalario factores como el volumen importante de trabajadores, distintas categorías trabajando conjuntamente, la reagrupación de ambos sexos, la terrible competitividad para logra conseguir una continuidad laboral, etc., son elementos perfectos para formar un caldo de cultivo negativo que es muy propicio para la aparición de situaciones conflictivas negativas como es el mobbing.

Las primeras consecuencias de este acoso en las personas sufridoras son daños físicos como trastornos alimentarios, problemas de sueño, etc., que con el tiempo acaban generando muchos problemas psicológicos como estrés, ansiedad, burnout, etc.

Por otro lado, esta fuerte tensión y presión mental generada en la persona sufridora hace que esta sea difícilmente soportable y comprendida en su entorno social más próximo, y ello acaba con consecuencias muy conflictivas, como separaciones familiares y un progresivo aislamiento del trabajador acosado con su entorno de amistades.

El deterioro personal de la persona hostigada es progresivo, inicia con una situación que parece benigna, pero al no ser resuelta con prontitud, se va a cronificar de tal forma que la persona afectada va a pasar por varias etapas con un progresivo deterioro emocional.

Las principales formas de resolución por parte de la persona afectada es dejar su puesto de trabajo o incluso la organización, pudiendo llegar en los casos más extremos al suicidio de la persona acosada.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral o mobbing es una situación en la que uno o varios trabajadores acosan psicológicamente a otro compañero en el entorno laboral.

Es un fenómeno evolutivo que se inicia con acciones muy aisladas que no parecen tener mucha importancia, pero que se reiteran con el tiempo, hasta el punto de ser muy negativas y sobre todo generar unas consecuencias y daños en las personas que las padecen.

Las primeras consecuencias son daños a nivel físico como son problemas de sueños, trastornos alimentarios, fatiga física, etc., que posteriormente afectan

más a la esfera psíquica y emocional, con la aparición de situaciones de ansiedad, estrés, burnout, etc. Esta complicada situación, muchas veces no comprendida por el entorno social de la víctima, acaba propiciando un progresivo aislamiento, físico y emocional de la persona acosada.
La principal forma de solucionar la situación por parte del trabajador hostigado es dejando el puesto de trabajo o incluso la impresa, pudiendo llegar en los casos más difíciles al suicidio.

6 Bibliografía

Cano-Langreo, M., Cicirello-Salas, S., López López, A., y Aguilar Vela, M. (2014). Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. Med Segur Trab, 60(234), 198-218.
Cifuentes Hernández, V., y De cabo Laso, A. (2018). Mobbing entre personal de enfermería. Rev. Enferm. CyL. Vol 10, nº2.
De Miguel Barrado, V. (2016). El acoso laboral como factor determinante en la productividad empresarial: caso español. Perspectivas, núm.38, 25-44.
Domínguez Fernández, J.M., Padilla Segura, I., Domínguez Fernández, J., Martínez Bagur, M.L., Ortega Martín, G., García Espejo, M., y Moreno Valera, A.B. (2012). Acoso laboral en trabajadores de la salud de Ceuta. Med Segur Trab, 58(227) 117-127.
Einarsen, S., y Johan Hauge, L. (2006). Antecedentes y consecuencias del acoso psicológico en el trabajo: una revisión de la literatura. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, vol.22, núm.3, 251-273.
Fuentes Valdivieso, R. (2008). Mobbing: manifestaciones corporales al vivir un proceso de acoso laboral. Revista Neurología, Neurociencia, y Psiquiatría.41(1), 13-20.
González Campos, M., Castañeda Velázquez, H. y Medina Carrillo, L. (2012). Asociación de mobbing y autopercepción de riesgo en salud mental en personal sanitario. Waxapa, vol.2, nº 7.
Harasemiuc, V.A., y Díaz Bernal, J.R. (2013). Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión. Med Segur Trab, 59(232), 361-371.

Capítulo 117

LABOR Y RELACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO HOSPITALARIO

DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ

JOAQUÍN MORAL CHICA

MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO

ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA

1 Introducción

El cáncer es una enfermedad conocida por tener una incidencia altísima en todo el mundo, siendo cada año más alto según estudiosos en el tema en un aproximado 70%. Las personas usuarias o pacientes que sufren cáncer requieren de una grandísima demanda en las urgencias de todos los hospitales de España a pesar de que en muchos de los hospitales el cáncer no se considere como la causa principal de la atención en los servicios de urgencias. En esta atención de los pacientes o usuarios que padecen cáncer en su cuerpo tiene una vital importancia el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (en lo que viene en adelante en el documento se le nombrará como TCAE). Los cuidados que el TCAE

debe de dar a los usuarios con cáncer deben de ser sistemáticos y muy precisos, fomentando en los usuarios el propio autocuidado y siempre basándose en una buena evidencia científica. Para dar estos cuidados, el TCAE debe de poseer unos grandes conocimientos sobre el cáncer y los diversos servicios por los cuales el paciente o usuario oncológico pasa durante toda su enfermedad por el hospital. Pues bien, en el presente trabajo se van a mostrar conocimientos sobre el cáncer y las funciones que tiene el TCAE con los usuarios oncológicos del hospital.

2 Objetivos

- Conocer detalladamente en qué consiste el cáncer.
- Aprender cuál es la correspondiente clasificación de los tumores.
- Conocer de forma correcta las características del paciente oncológico.
- Aprender cuáles las diversas funciones del TCAE en el cuidado del paciente oncológico.

3 Metodología

Para realizar muy bien este presente trabajo se ha realizado con éxito una excelente investigación consistente en una gran revisión bibliográfica sistemática sobre el paciente oncológico y el cáncer. Para realizar esta presente revisión bibliográfica se ha investigado sobre la literatura existente científica que hay ahora mismo con una buena búsqueda en revistas muy científicas (como la Scielo, Dialnet, Ocronos y Elsevier), trabajos de fin de grado de universidades de España, videos online de la página web de YouTube y entrevistas a las compañeras y compañeros del hospital oncológico de Madrid y de Toledo.

4 Resultados

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (la conocida como SEOM), el término de cáncer engloba a un grandioso número de multitud de enfermedades que tienen como característica el desarrollo de unas células anormales las cuales se dividen, se diseminan y también crecen de forma descontrolada en cualquier parte del cuerpo humano. La multiplicación de forma descontrolada de las células cancerosas puede llegar a formar unas grandísimas masas, llamadas “neoplasias” o también “tumores”, que pueden llegar a destruir e incluso también a sustituir a los tejidos que son normales del cuerpo.

Hay que destacar que algunos de los cánceres que existen no llegan a formar los malditos tumores, como sucede normalmente en los que son de origen sanguíneo. Por otra parte, también hay que decir que no todos los tumores que se conocen son cancerosos o muy malignos. Existen también unos tumores los cuales crecen a un ritmo super lento y los cuales no llegan ni a diseminarse ni a infiltrarse en los tejidos contiguos y son los conocidos como benignos. En los tumores que son benignos las células se pueden en una operación extirpar con facilidad.
El usuario o paciente oncológico es aquel que está sufriendo un tumor o un cáncer muy malo. El usuario oncológico se caracteriza por tener náuseas, pérdida del apetito, anemia, pérdida del cabello, vómitos, leucopenia, cansancio muy generalizado, talasemia, problema de fertilidad, neuropatía periférica y también problemas de sexualidad. Además, el paciente oncológico sufre unos cambios psicológicos muy graves.
Durante el tratamiento de la enfermedad el usuario oncológico va pasando por diversos servicios del hospital en los cuales el TCAE tiene diversas labores en su relación con el. Los diversos servicios por los cuales pasa el usuario oncológico son: el hospital de día oncológico, el servicio de las consultas oncológicas y en el servicio de radioterapia. En todos estos diversos servicios del hospital el técnico en cuidados auxiliares de enfermería realizará las siguientes diversas labores: recibir al usuario, tomarle las diversas constantes vitales, tomar el peso, recibir o contestar las diversas llamadas de los pacientes, preparar muy detalladamente las consultas, recoger de forma satisfactoria los diversos pedidos de farmacia que son prescritos por el médico especialista en oncología, les ayuda a sentarse en los sillones o también en las camillas para el tratamiento, ayudar a la enfermera a realizar algunas tareas y ayudar a los enfermos en lo que se refiere a higiene personal.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir con el presente trabajo, decir que el cáncer es una enfermedad fatídica cuyo origen se debe un crecimiento demasiado descontrolado de las células que no son normales del cuerpo humano. Los técnicos auxiliares de enfermería desempeñan un papel decisivo en la intervención con el usuario oncológico al trabajar en perfecta armonía con los oncólogos, los enfermeros y también los dietistas. Uno de los objetivos de los TCAE es ayudar en la buena estancia de los usuarios oncológicos y ayudar a los profesionales médicos especialistas en oncología y a las enfermeras. Sus funciones del TCAE son variadas y recae una gran importancia en todas y sobre todo en el hospital de día oncológico. Para

poder dar una atención de calidad con el paciente oncológico se necesita sobre todo una mentalidad super potente y una gran capacidad para conocer muy bien al usuario oncológico para ayudarle en todo lo que necesite. Es muy importante reconocer el gran papel que desempeñan los TCAE en el buen cuidado del usuario oncológico y hay que apoyar su formación y la colaboración con el resto de profesionales sanitarios y también no sanitarios para poder proporcionar una atención de calidad.

6 Bibliografía

1. López Melero, A., García García, I. I., Díaz Fernández, M. V., & Bueno Prieto, A. (2019). Cuidados y atención del técnico en cuidados de enfermería al paciente oncológico. Ocronos, 1(1), Inicial. https://revistamedica.com/tecnico-cuidados-enfermeria-paciente-oncologico/.
2. Villanueva Baztán, A. (2022). Funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (tcae) en el hospital de día de oncología médica. Ocronos, 5(2), 26. https://revistamedica.com/funciones-tcae-hospital-dia-oncologia/.
3. Gattas N, S., Tapia M, A., López C, J. C., & Díaz F, M. (2013). Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. Revista Médica Clínica Las Condes, 24(4). https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702098.
4. María, G. S. (2019). Atención psicológica al paciente oncológico en Cuidados Auxiliares de Enfermería mediante el Aprendizaje Basado en Problemas [Trabajo Fin de Máster]. Universidad Internacional de la Rioja.
5. Aomar Mimun, S., Skali Ghalali, L., Mimon Mohamed, S., Amhazem El Khadir, F., & Antón Rodríguez, R. (2023). Intervención de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la dietoterapia del paciente oncológico. Dialnet, 4(4), 1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/intervencion-de-los-tecnicos-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-la-dietoterapia-del-paciente-oncologico/.
6. Jiménez García, A. G. (2022). Afrontamiento del personal de enfermería frente a la muerte de los pacientes oncológicos [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de La Laguna.
7. Llaguno Cuesta, A. (2017). El paciente oncológico en las urgencias hospitalarias [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de Cantabria.

Capítulo 118

FUNCIONES Y ACTUACIONES DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE NEONATOS

NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Un neonato también es conocido como recién nacido. Se conoce como recién nacido sano al proceso de adaptación de la vida y en el que no se observan ni riesgos de padecer una enfermedad ni tampoco malformaciones. El período neonatal comprende las primeras 4 semanas de la vida de un bebé, es decir, los primeros 28 días de vida desde que nace.

El cuidado del neonato implica una serie de acciones y medidas que aseguran la seguridad, comodidad y salud del neonato. Con los cuidados adecuados se reducen las probabilidades de contraer enfermedades o infecciones durante su estancia en el hospital, cuando aún se encuentran en un estado de gran vulnerabilidad.

Se denominan atenciones y cuidados iniciales del recién nacido a aquellos que se aplican inmediatamente después del nacimiento del bebe, tras la valoración inicial y la identificación del bebe.

Los cuidados iniciales son los que se realizan durante las primeras 24 horas de vida, en las que se incluyen las características antropométricas y las características generales. En esta valoración también se tienen en cuenta los cambios fisiológicos que se producen en el paso de feto a neonato

El TCAE junto al resto del personal sanitario trabajan en equipo para lograr una buena prestación de los cuidados necesarios, tanto al neonato como a la madre.

2 Objetivos

- Dar a conocer las características generales de un recién nacido sano.
- Conocer las funciones principales del TCAE en el cuidado de neonatos.
- Conocer cómo debe realizarse una correcta higiene del neonato.

3 Metodología

Para la elaboración del este trabajo, se ha realizado con una investigación que ha consistido 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 precedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Características generales de un recién nacido sano:

. Piel: rosada y elástica.
. Cabeza: con unas líneas de sutura de la unión de los huesos craneales
. Cara: con cierta simetría
. Ojos: edematosos las primeras horas
. Boca: con poca salivación
. Cuello: con números pliegues
. Toráx: forma redondeada
. Abdomen: se ve el cordón umbilical pinzado
. Espalda: piel lisa y columna vertebral integra.
. Extremidades: con movimientos simétricos
. Ano: permeable, confirmado con la expulsión del meconio
. Genitales: en el aparato reproductor femenino se debe observar los orificios uretral y vaginal y en el aparato reproductor masculino el orificio uretral y los testículos.
. Sistema nervioso: con respuestas motoras primitivas

. Constantes vitales: una frecuencia respiratoria entre 30 y 60 respiraciones por minuto y una temperatura entre 36ºC y 37ºC.
Funciones principales del TCAE en el cuidado de neonatos.
• Higiene y cuidado de la piel del neonato
• Alimentación y asistencia en la lactancia del neonato
• Toma de alguna de las constantes vitales, como la temperatura.

Protocolo de higiene del neonato:

Explicar el procedimiento que se le va a realizar a la madre, padre, padres o madres del neonato.
Lavarse las manos y ponerse los guantes
Comprobar la temperatura de la habitación que debe estar entre unos 24 y 26ºC
Comprobar que la temperatura del agua esta correcta
Comenzar la higiene del neonato por la cara y cabeza sin usar esponja
Limpiar las fosas nasales con una gasa humedecida
Limpiar los ojos con gasas humedecidas en suero fisiológico, desde el ángulo interior del ojo al exterior.
Secar suavemente el cuerpo
Peinarle y revisar las uñas, en el caso de ser necesario limarlas, pero nunca cortarlas durante los primeros días
Pesarle y después colocar el pañal y vestirle
Acostarlo en la cuna limpia
Recoger todo lo utilizado y comunicar al especialista si se ve algún problema.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia el papel que desempeñan los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería junto al resto del personal sanitario en el cuidado de los neonatos o recién nacidos.
Las funciones del TCAE son de gran importancia al igual que las del resto de personal sanitario, ya que ayuda a que él bebe tenga una buena salud.
Una de las funciones más importantes que desempeña el TCAE es el aseo del neonato, ya que evita la aparición de enfermedades que puedan ser cogidas en el hospital debido a la delicadeza que presentan los neonatos las primeras horas de vida.

6 Bibliografía

1. González M. Cuidados del recién nacido en el ámbito hospitalario [Internet]. MEDAC. 2015 [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: https://medac.es/blogs/sanidad/cuidados-del-recien-nacido
2. Atencion AL Recien Nacido .temas de tcae - TEMA- 31 TEMA 31 ATENCIÓN DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS [Internet]. Studocu. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.studocu.com/es/document/ifp-centro-de-formacion-profesional/tecnicas-basicas-de-enfermeria/atencion-al-recien-nacido-temas-de-tcae/26694899
3. Medicos P. El TCAE en la unidad de neonatología [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. Revista Electrónica de Portales Medicos.com; 2019 [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-tcae-en-la-unidad-de-neonatologia/2/

Capítulo 119

TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) pueden desarrollar sus múltiples funciones en las distintas áreas y ámbitos sanitarios, desde atención primaria, consultas externas, especialidades, etc., entre ellas, se encuentra la unidad de rehabilitación.

Según define la Organización Mundial de la Salud (OMS), la rehabilitación es «el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al sujeto en situación de discapacidad la mayor capacidad e independencia posibles».

Para la realización de la rehabilitación, se precisará de un grupo multidisciplinar entre los que destacaran los fisioterapeutas y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que son los que se encargan principalmente de ayudar a los pacientes en su recuperación o en el caso de no tener solución, lograr una mejora significativa para mejorar su nivel de autonomía.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan una importante labor en la recuperación de los pacientes que precisan usar este servicio, que junto a los fisioterapeutas y celadores deben ayudar a mejorar el estado físico del paciente y fomentar su autonomía para mejorar su vida con la condición en la que se encuentra.

Para lograr dar una buena asistencia en el servicio de rehabilitación es importante que todo el personal sanitario que se encuentre en ese servicio conozca sus funciones y como debe de desarrollarlas para lograr crear un buen ambiente dentro del equipo de trabajo y una buena efectividad.

2 Objetivos

- Conocer qué es la rehabilitación.
- Conocer las funciones básicas de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de rehabilitación.

3 Metodología

Para la elaboración del este trabajo se ha realizado con una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sistemática, sobre documentación científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos precedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La rehabilitación ayuda a todas las personas, ya sean niños, adultos o personas mayores a ser tan independientes como sea posible en su día a día y se encuentren el menor número posible de complicaciones para realizar las funciones cotidianas. Para lograrlo se tratan las afecciones que presenta el paciente con el fin de adaptar su entorno lo mejor posible teniendo en cuenta sus necesidades, realizando ejercicios para estimular la parte del cuerpo afectada u ofreciendo algún soporte que pueda ayudarle, como pueden ser unas muletas. En resumen, facilita la vida a las personas que puedan encontrar dificultades que pudiera tener para ver, escuchar, hablar, alimentarse o moverse.
Toda persona puede necesitar rehabilitación en algún momento de su vida, ya sea como consecuencia de una caída, intervención quirúrgica, etc.
Algunas de las actividades que se realizan en rehabilitación:
• Mejorar la capacidad de comunicación con un logopeda que ayudará a mejorar el lenguaje, ya sea por dificultades en el desarrollo de los niños o por alguna pérdida de memoria ya sea por un ictus o cualquier otra afección.

• Realizar una actividad física para fortalecer la musculatura y mejorar los movimientos de la parte del cuerpo afectada con una serie de ejercicios para estimular la zona afectada.
• Modificar el hogar de la gente mayor para evitar las caídas y fomentar su autonomía.
• Enseñar a las personas con pérdida de visión a utilizar un bastón o un perro guía para que aprendan a poder moverse sin necesidad de tener una persona cerca.
• Ayudar a mejorar la respiración y prevenir complicaciones de personas con dificultada para respirar.
Se puede realizar la rehabilitación en muchos lugares diferentes, el más común es en los hospitales o centros de salud, aunque también se realizan en viviendas, colegios, etc.
Funciones básicas del TCAE en rehabilitación:
Preparar el material que se va a usar
Reponer material como son guantes, cremas, etc.
Ordenar el material una vez hayan dejado de utilizarlo
Esterilizar el material que haya sido usado durante el tratamiento
Desinfectar el material utilizado
Comprobar y supervisar junto el fisioterapeuta si las posiciones de los pacientes son correctas
Ayudar a colocar a los pacientes en los lugares donde van a realizar sus tratamientos.
Ayudar a vestirse y desvestirse a los pacientes que lo necesiten.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería que desarrollan sus funciones en el área de rehabilitación deben conocer cómo funciona el servicio para poder dar una correcta asistencia sanitaria y ayudar al fisioterapeuta, en la colocación del material, la petición de los objetos que se utilizarán, desinfectar el material, ayudar a los pacientes a realizar correctamente los ejercicios pautados, etc.
También el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede ayudar en las funciones más administrativas, como son el control de las agendas, llamar a los pacientes por teléfono para informarles sobre su cita, ayudar a la hora de citar a los pacientes…
La unidad de rehabilitación debe constar de una serie de características mínimas que sirvan para facilitar el desarrollo de las actividades que vayan a ser desempeñadas, además de disponer de diversas salas, para poder tratar los diferentes

tipos de patologías de la manera más adecuada y eficientemente posible. En cada sala se encuentra el material que es necesario para el tratamiento de la patología que padezca.

6 Bibliografía

1. Albero V. Funciones del Auxiliar de Enfermería TCAE: ¿qué hace exactamente? [Internet]. Titulae. 2022 [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: https://titulae.es/tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria/.
2. Sainz de Murieta E, Cisneros MT. Rehabilitation and functional capacity in the health of the 21st century. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2022 [citado el 2 de agosto de 2023];45(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272022000300001.
3. Estimaciones de la necesidad de rehabilitación [Internet]. Paho.org. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/es/enlace/estimaciones-necesidad-rehabilitacion.

Capítulo 120

FALLO CEREBROVASCULAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO Y LA FUNCION DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SANDRA DELGADO ARANDA

1 Introducción

Un ictus es cuando el cerebro no recibe bien la sangre y se puede deber a un coágulo que es sangre que se agrupa o también porque se han roto vasos sanguíneos debido a inflamación de las venas . Al no recibir el cerebro la sangre que necesita no llega bastante oxigeno y ya sabemos que la sangre es quien transporta el oxígeno. Existen varios tipos de ictus como puede ser el cerebral o el hemorrágico. normalmente estamos acostumbrados a que el ictus se produzca en personas adultas nunca en niños, pero no quiere decir que no existan casos. Es verdad que el ictus en niños es poco frecuente, pero como hemos explicado anteriormente se puede producir por un coágulo y los niños son muy propensos a las caídas, ya que no tienen el sentido del miedo y pueden tener un ictus debido a un mal golpe y que se les forme un coágulo lo que indica que cuando un niño se da un golpe en la cabeza es importante llevarlo a un médico o al servicio de urgencias y mantenerlo observado en todo momento. También hay niños que nacen con problemas de corazón lo que les hace ser propensos a los ictus pediátricos.

2 Objetivos

El objetivo es hablar sobre los ictus pediátricos que no suelen ser comunes en niños y la ayuda que presta el auxiliar de enfermería cuando estos niños acuden a un hospital.

3 Caso clínico

Turno de tarde en urgencias y acude una madre con su hijo de cuatro años por un golpe en la cabeza en el colegio durante la mañana. la madre refiere que a la hora del recreo la profesora la llama diciéndole que no se alarme, pero que su hijo se había caído de un muro y se había dado un golpe, que el niño había sido revisado en botiquín y se encontraba bien con un chichón y que si quería podía recogerlo o dejarlo en clase y la madre va a recoger a su hijo. Nos dice que lo observa y cree que no ha sido nada grave y se lo lleva a casa, y que ya en casa comienza a lo largo de la tarde a ver que el niño no actúa bien y que le cuesta mover el brazo aparte de que el chichón ha crecido y se estaba poniendo muy oscurolos auxiliares de enfermería reciben al niño en el box y le colocan un pijama hospitalario, la pulsera identificativa y los cables para que esté controlado tanto en presión arterial como en flujo de oxigeno. El médico acude a ver al niño y el auxiliar de enfermería se encarga de posicionar al niño y moverlo según indica el médico. Tras el examen el médico cree tener el diagnóstico y le manda una serie de pruebas como analítica, muestra de orina etc. el auxiliar de enfermería saca las etiquetas y prepara el material para ayudar a los enfermeros a sacarle sangre y luego lo pasa a la sala de observación, ya que estaba en un box. Una vez identificado el diagnóstico un ictus pediátrico debido a un coágulo en el cerebro las auxiliares lo preparan para que pase a planta.

4 Discusión-Conclusión

La discusión del trabajo realizado es que los ictus son poco probables en niños es mas típico en adultos, pero también existen casos. los ictus se producen por la poca sangre que llega al cerebro lo que provoca falta de oxigeno, ya que la sangre es quien trasporta el oxígeno. El niño que acude a urgencias en un principio parecía un golpe sin mucho peligro, pero transcurridas las horas lo llevan a urgencias porque vieron síntomas poco normales en el niño lo que al final termina en un ictus pediátrico donde los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería ayudan bastante a los médicos y enfermeros.

5 Bibliografía

-google academico

Capítulo 121

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA

SANDRA DELGADO ARANDA

1 Introducción

Los traumatismos son lesiones físicas, o lesiones en los órganos y tejidos del paciente, provocadas por una fuerza que se aplica al cuerpo, ya sea directa o indirectamente. Puede dar lugar a traumatismos osteoarticulares o musculares.
Entre las muchas heridas traumáticas, se destacan las heridas de las extremidades como esguinces, fracturas y dislocaciones.
Según la zona afectada, podemos distinguir dos tipos de traumatismos:
- Lesiones en el oído: son heridas relacionadas con las articulaciones, como esguinces o dislocaciones.
- Trauma en el hueso, como fracturas completas, fisuras, etc.

Se descubrieron traumatismos en la columna vertebral, la cabeza, la cara y múltiples áreas traumatizadas.
La gravedad, el tipo y la ubicación del trauma influyen en el pronóstico. Un trauma grave puede dejar a la víctima inconsciente o incluso matarla. Incluso las heridas más pequeñas se curan en pocos días. En el caso de un trauma físico, hay una serie de síntomas que podemos evaluar. Entre ellos podemos identificar los siguientes: dolor, hemorragia, disnea, desorientación, pérdida de conciencia, shock, hematoma, inflamación, edema y problemas de movilidad.
Una radiografía o una tomografía computarizada son dos ejemplos de pruebas que se pueden realizar para ayudar con un diagnóstico médico. Para aplicar el

diagnóstico y tratamiento al paciente lo antes posible, es fundamental determinar qué tipo de trauma estamos tratando.

2 Objetivos

Explicar los principales tipos de traumatismos que se pueden producir en las extremidades y como actúan los auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Como preparación para este capítulo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura sobre lesiones en las extremidades. Las tres bases de datos principales (Pubmed, Medline y Scielo) se han buscado minuciosamente en busca de libros y también se han consultado artículos.

4 Resultados

Las lesiones que afectan a las extremidades son las más comunes; aunque no ponen en peligro la vida, pueden provocar discapacidades muy graves si no se tratan rápidamente. Un médico especialista deberá interrogar, observar y examinar físicamente al paciente para diagnosticar un trauma.
Los tipos más comunes de lesiones en las extremidades y su tratamiento son:
1. Esguince.
Implica la breve separación de las superficies articulares que provoca un estiramiento en los ligamentos, generalmente después de un movimiento forzado de la articulación en una dirección particular. Sus síntomas parecen ser dolor localizado en el sitio de la lesión, inflamación localizada e impotencia funcional.
2. Luxación.
Se caracteriza por la separación continua de las superficies articulares, lo que significa que la articulación se ha roto. Sus síntomas típicamente incluyen dolor severo por tensión continua, inflamación articular, deformidad articular en comparación con la extremidad no afectada e impotencia funcional de la articulación.
3. Fractura.
Cuando un hueso sufre una rotura, ya sea total o incompleta, pierde su continuidad y se dice que ha sufrido una fractura.
Una fractura abierta es aquella que tiene una herida presente además de la fractura. Sus síntomas incluyen típicamente dolor severo que empeora con el

movimiento de la extremidad, inflamación que comienza en el sitio de la fractura y se extiende, deformidad de la extremidad en comparación con la extremidad no afectada, impotencia funcional y enrojecimiento del área debido al hematoma.
Si el tratamiento se retrasa después de una fractura, pueden empeorar una serie de complicaciones, como sangrado, lesiones internas del extremo del hueso roto y shock.
Las lesiones más comunes son las que afectan a las extremidades; aunque no ponen en peligro la vida, ignorarlos puede provocar discapacidades graves.

5 Discusión-Conclusión

El traumatismo de las extremidades se presenta en varias formas, y cada una requiere un enfoque único para el tratamiento. Será fundamental buscar una posible hemorragia en base a un análisis previo. Además, se debe inspeccionar el posible daño a órganos y daños a los nervios, tendones, músculos o huesos.
Las lesiones más comunes son las que afectan a las extremidades; aunque no ponen en peligro la vida, ignorarlos puede provocar discapacidades graves. El interrogatorio, la observación y la exploración física del médico especialista son fundamentales para el diagnóstico de un traumatismo.
Una radiografía o una tomografía computarizada son dos ejemplos de pruebas que se pueden realizar para ayudar con un diagnóstico médico. Para aplicar el diagnóstico y tratamiento al paciente lo antes posible, es fundamental determinar qué tipo de trauma estamos tratando.

6 Bibliografía

- Procesos en los que interviene el Auxiliar de Enfermería relacionados con situaciones de emergencia. Pérez de la Plaza E, Fernández Espinosa A. Auxiliar de Enfermería http://www.revistamedica.com.

Capítulo 122

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS. EL PROTOCOLO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS

MARÍA CARMEN LÓPEZ JAREÑO

JOAQUÍN MORAL CHICA

MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO

ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA

DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ

1 Introducción

La gestión de los residuos que se producen en la práctica sanitaria se ha convertido en un asunto de gran importancia que las autonomías con competencias en materia de sanidad están empezando a abordar.

Tal es el caso de la Comunidad de Castilla la mancha, cuyo servicio sanitario (Sescam) ha publicado un protocolo de gestión de residuos aplicables a todos sus centros. Este protocolo unifica y marca unas pautas para una gestión adecuada de los residuos en el centro de trabajo sanitario.

La gestión que se realice de todos los materiales de desecho generados en la práctica médica y enfermera es un punto donde los servicios de salud han incidido. Tal es el caso del Servicio de Salud de Castilla la Mancha que, en 2021, publicaba su protocolo para la gestión de residuos sanitarios.
Sirva este estudio como análisis del citado protocolo y la puesta en valor del mismo en la sanidad de la región.

El protocolo aparece dividido en cinco secciones: la primera a modo de introducción; una segunda en que se da una clasificación a los residuos y se establecen criterios para su contenerización; la tercera, que se ocupa de la gestión interna que se haga de los residuos en el centro; la cuarta en lo tocante a las obligaciones que recaen sobre quien produce los residuos; y una quinta en que se establecen unos criterios para las compras de productos y la contratación pública que realicen los centros sanitarios.

En este trabajo se pretende hacer un análisis somero de dicho protocolo haciendo referencia a su estructura y a su contenido.

2 Objetivos

-Analizar el protocolo de gestión de residuos sanitarios del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

-Exponer la clasificación de los residuos y su forma de tratamiento que define el protocolo.

-Indicar la estructura de dicho protocolo y sus diferentes secciones.

-Analizar las indicaciones concernientes a la gestión de residuos que hace el protocolo a los centros sanitarios.

3 Metodología

Este trabajo, consistente en un análisis del protocolo de gestión de residuos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, se ha realizado mediante el estudio de dicho documento, pasando a describir las secciones del mismo y su estructura.

Debido a lo anterior, no se han utilizado más fuentes que la principal, el propio documento, a fin de realizar un estudio directo sobre el protocolo de gestión de

residuos sanitarios.

4 Resultados

Mencionando la introducción que, escuetamente, se limita a la definición del término "residuo", pasamos al análisis de la segunda parte.

En esta sección nos encontramos una clasificación de residuos en seis clases, que a su vez se clasifican en categorías, estas pasamos a mencionarlas a continuación:

-Clase 1: esta se refiere a los residuos domésticos, que son los asimilables a los residuos producidos en cualquier casa.
Dentro de ella encontramos los residuos de cartón y papel (que deben empaquetarse en bolsas de color azul y desecharse en contenedores azules); los envases calificados como ligeros como envoltorios, bandejas o latas (que deben empaquetarse en bolsas de color amarillo y desecharse en contenedores amarillos); los biorresiduos domésticos orgánicos que pueden ser de origen vegetal o animal (debe empaquetarse la parte orgánica en bolsas de color marrón, mientras que la parte vegetal como restos de poda o de actividades de jardinería en contenedores); otros residuos que no se pueden encuadrar en ninguna de las categorías anteriores (que deben empaquetarse en bolsas de color negro); residuos de gran tamaño como pueden ser muebles o camas (que deben desecharse en contenedores para residuos voluminosos); y aceites usados de cocina (que deben introducirse en contenedores especiales y ser tratados por empresas especializadas).

-Clase 2: en ella entran los residuos de origen sanitario que se pueden asimilar a los producidos en cualquier casa.
Dentro de ella encontramos vestimentas, uniformes, vendas, mascarillas, sondas o elementos contenedores de residuos como orín, por ejemplo. Todos estos habría que empaquetarlos en bolsas de color gris que deben estar bien aseguradas para evitar perder el contenido.
Los residuos de cristal pueden desecharse en los recipientes de reciclaje instalados al efecto, siempre que sea adecuado.

-Clase 3: en ella se clasifican los residuos generados en la práctica médica o enfermera que pueden presentar algún riesgo a la salud o al medioambiente.
Dentro de estos encontramos los residuos generados por enfermos con afecciones de carácter infeccioso-contagioso; material relacionado con la realización de cultivos; restos de tejidos de poca entidad, como puede ser la placenta; restos líqui-

dos que pueden ser fuente de infección con excepción del orín; objetos cortantes como bisturíes o agujas; y residuos provenientes de animales afectados por enfermedad infecciosa.
Esta clase de residuos se desechan en contenedores negros, con excepción de los objetos punzantes que van a los contenedores amarillos específicos.

-Clase 4: en ella entran restos de medicamentos.
Dentro de esta clase se establece la división en medicamentos que puedan ocasionar algún peligro para la salud y los que no, los primeros se depositarán en contenedores especializados de color azul, existiendo también otros contenedores azules especiales para objetos punzantes. Los medicamentos que no puedan ocasionar peligro se depositarán en contenedores de color amarillo, hay que tener en cuanta que el suero no se considera como un medicamento a estos efectos y su tratamiento se realiza como el de los residuos de la clase segunda.

-Clase 5: en ella se encuadran los residuos de origen químico.
Dentro de esta clase encontramos restos conservados en formol; cualquier resto que contenga trazas de mercurio, como puede ser un termómetro; disolventes, como el alcohol; productos reactivos provenientes de laboratorio; envases que contengan sustancias peligrosas.
Estos deben desecharse en contenedores de color rojo o amarillo, depositándose en garrafas los de contenido líquido. Los envases que puedan estar contaminados se depositan en grandes sacos.

-Clase 6: en ella encontramos los residuos de carácter industrial y de mantenimiento.
Algunos de estos puede ser el aparataje utilizado en la práctica médica como los equipos de control del paciente; las luces utilizadas; baterías para el suministro de energía a los equipos; o los residuos generados por la impresión de documentación.
También se pueden encuadrar aquí los relativos a los desechos generados por obras realizadas en los centros o los aceites de carácter industrial.

La siguiente sección del protocolo aparece centrada en el modelo de gestión de los residuos que se da en la dinámica de trabajo del centro.

Empieza estableciendo unas condiciones generales como el cumplimiento de la legislación vigente, la separación de los residuos en el lugar de trabajo, la labor de los profesionales y la necesidad de llenar bien los contenedores para mejorar la eficiencia del sistema de gestión.

Sigue con unas condiciones específicas para ciertos tipos de residuos como los residuos químicos, los residuos EETH (Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas), los de radiodiagnóstico y los filtros de cabinas de seguridad, entre otros.

A continuación, el protocolo establece unas condiciones de envasado para los residuos de cada una de las clases. Incluye una guía visual con instrucciones ilustradas para mejor comprensión de los conceptos.

La sección incluye también un apartado de etiquetado de los envases que contengan residuos.

El protocolo continúa con otra sección que incluye una serie de obligaciones que debe cumplir el productor de los residuos como la comunicación previa de las actividades de gestión de residuos, inscripción en registro de productor, formalización de un contrato de tratamiento con un gestor registrado, notificaciones en residuos peligrosos, un archivo de la gestión de tratamiento y un estudio de minimización de los residuos.

La última sección del protocolo la dedica a establecer unos criterios ambientales en las compras y contrataciones realizadas por el centro de trabajo.

Cierra el protocolo una serie de anexos visuales que hacen referencia al contenido anterior.

5 Discusión-Conclusión

La gestión de residuos se ha convertido en tema principal en las sociedades desarrolladas contemporáneas en todos los ámbitos, entre ellos, el sanitario.
Muchas entidades con competencias en materia de sanidad han comenzado a elaborar documentos con normas de cumplimiento interno para la gestión de residuos provenientes de la práctica sanitaria.

La Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha ha hecho lo propio con la publicación del protocolo de gestión de residuos que se ha analizado en el presente estudio.
Como se ha visto, el protocolo comienza realizando una relación de los tipos de residuos que es posible que se generen en la práctica sanitaria, acompañando esta clasificación de instrucciones para la gestión de los mismos.
El protocolo también incide en los procesos de gestión de residuos internos con

los que cuenta cada centro sanitario y ofrece explicaciones visuales de técnicas de tratamiento de residuos sanitarios.

6 Bibliografía

-Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (2021). Protocolo para la gestión de residuos sanitarios.

Capítulo 123

EL MANEJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS DIETAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

LUCÍA MONTOTO RODRIGUEZ

1 Introducción

La dieta hospitalaria es la alimentación que se administra por vía oral con todos los alimentos adecuados a las necesidades de cada paciente, dependiendo si el paciente sufre algún tipo de enfermedad, si ese paciente acaba de salir del quirófano o si son personas de edad avanzada con problemas de disfagia.
La dieta hospitalaria tiene la finalidad de mejorar la salud y la recuperación del paciente.
Cada centro hospitalario tiene que contar con un nutricionista, que el que se encarga de elaborar las dietas más adecuadas teniendo en cuenta las patologías y/o tratamientos de todos los pacientes.
Cuando un paciente ingresa en un hospital, se le pregunta si tiene algún tipo de intolerancia alimentaria o si sigue alguna dieta en concreto, como por ejemplo, si es vegetariano, diabético, etc.
Una vez que en enfermería se conoce la dieta, el enfermero (DUE) o el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), deben avisar a cocina de que preparen la correspondiente dieta indicando nombre y habitación. Si el paciente va a estar más de un día ingresado y tiene una dieta normal, el personal de cocina irá a su habitación para que elija el menú de la semana.

En todas las dietas hospitalarias los alimentos tienen que ser los más adecuados para garantizar que el paciente hospitalizado mantenga un estado de nutrición e hidratación adecuados.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en relación con las dietas en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática y bibliográfica tanto de la literatura existente, como de artículos publicados. También se han consultado las principales bases de datos como son Pubmed, Medline, Scielo y Google académico.

4 Resultados

Como ya se ha dicho anteriormente, las dietas hospitalarias están diseñadas para que el paciente tenga una nutrición e hidratación adecuadas a sus características y patologías, favoreciendo su salud y recuperación en muchos casos.
Hay una gran variedad de dietas especializadas, pero solo se nombrarán las principales dietas que más se emplean en pacientes hospitalizados.
La dieta basal, es una dieta pensada para todos aquellos pacientes que no tengan ningún tipo de restricciones y puedan comer de todo.
La dieta líquida es una dieta que está formada por líquidos claros, infusiones y zumos. En esta dieta no se puede incluir la leche. Está pensada para la preparación de pruebas y procedimientos del aparato digestivo, así como para preparaciones prequirúrgicas. El paciente no puede estar con esta dieta más de 36 horas, en caso contrario enfermería tendrá que valorar un soporte nutricional por vía venosa, como los sueros. Después de esta dieta se pasaría a una dieta semilíquida, donde ya se comienzan a proporcionar alimentos semiblandos.
La dieta semiblanda, lleva alimentos líquidos y alimentos semisólidos. Además de la dieta líquida se puede consumir tortilla solo de huevo, yogur, pollo. No puede llevar verduras. Esta dieta está indicada en la fase intermedia de postoperados y también para pacientes con dificultad de masticación y/o deglución.

La diete blanda, es a base de alimentos cocidos y blandos, similar a la dieta basal. También sirve para pacientes con dificultad de masticación y/o deglución.
La dieta astringente, es una dieta con pocos residuos y de fácil masticación. No debe contener alimentos ricos en fibra. Está indicada en gastroenteritis, en diarreas o antes de una cirugía intestinal.
También existen las dietas de 1000 Kcal, 2000 Kcal y 3000 Kcal, las dos primeras se centran en eliminar las grasas y azúcares, sobre todo para pacientes con obesidad y para pacientes con problemas cardíacos. La de 3000 Kcal lleva un aporte energético mayor que una dieta basal, indicada para quemados y personas muy delgadas.
Existen dietas más específicas como, estricta sin sal, insuficiencia hepática, sin gluten, sin lactosa, etc.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación es parte importante del tratamiento del paciente hospitalizado. El TCAE es el encargado de solicitar, repartir y registrar las dietas, es importante que el TCAE conozca los diferentes tipos de dieta que existen, ya que en algunos centros hospitalarios, en las bandejas las dietas van con unos códigos como: D5, D2,D1, etc. El TCAE también tiene que supervisar lo que han comido y ayudar a los pacientes que no puedan comer por sí solos.
Los últimos estudios están evidenciando lo importante que es la alimentación para la salud, por lo que es necesario realizar planes de nutrición y dietas alimentarias, para que los profesionales de la salud ofrezcan una atención de calidad.

6 Bibliografía

1. Dietas habituales en complejos hospitalarios https://www.revista-portalesmedicos.com.
2. Dietas en las instituciones hospitalarias scielo.sld.cu.
3. En que consiste la dietoterapia y cuales son sus beneficios https://medac.es.

Capítulo 124

LA CELIAQUÍA SIEMPRE EXIGE CONOCIMIENTO

SUSANA INSA SERRANO

1 Introducción

La enfermedad celiaca (EC) es una patología autoinmune, crónica y sistémica, en ocasiones difícil de diagnosticar, que produce una reacción al gluten a personas con una genética que hace que estén predispuestos y que provoca una lesión grave en la mucosa del intestino delgado, con una malformación de las vellosidades intestinales. Todo esto genera que la absorción de nutrientes quede reducida, pudiendo llevar a deficiencias nutricionales.

El gluten es una proteína presente en la semilla de muchos cereales como son el trigo, cebada, centeno, cebada y sus derivados. Ciertas personas no digieren bien esta proteína activándose el sistema inmunológico y desencadenando una reacción adversa.

En la actualidad, la EC es un proceso frecuente, de distribución mundial, que afecta tanto a niños como adultos. En Europa afecta a cerca del 1% de la población. La prevalencia es más frecuente en las mujeres con una proporción 2:1. Respecto a la edad, existen dos picos donde es mayor el número de casos, entre 1 y 3 años en niños y niñas y 30 -50 en el caso de las personas adultas.

No existe cura para la enfermedad celíaca, pero para la mayoría de las personas, seguir una dieta estricta sin gluten puede ayudar a controlar los síntomas y promover la curación intestinal.

2 Objetivos

Estudiar y dar a conocer las causas de la enfermedad, las formas de presentación clínicas, sus síntomas y signos, los grupos de riesgo o procesos asociados a la misma.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica existente sobre las evidencias acerca de la enfermedad celiaca.
En primer lugar, se realizó una búsqueda primaria en bases de datos españolas tales como ISBN, utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud "Celiaquía". Posteriormente, en bases de datos de lengua inglesa como Pubmed, utilizando los Medical Subject Headings " Celiac Disease".
Asimismo, artículos extraídos de publicaciones en la revista de Mazorca, creada por la Federación de Asociaciones de Celiacos de España.

4 Resultados

Vamos a hablar de la sintomatología y la clasificación de la misma.
Síntomas menores:
Se incluye los pacientes con molestias transitorias o inespecíficas como:
- Dispepsia
- Distensión abdominal
- Anemia
- Fatiga
- Hipertransaminasemia
- Infertilidad
- Talla baja
- Osteoporosis
- Dermatitis herpetiforme

Síntomas mayores:
- Malabsorción
- Esteatorrea y diarrea.
- Grupos de riesgo

En este apartado se encuadran los pacientes que tienen más predisposición a padecer la enfermedad:
- Familiares de primer grado 5-10%.

- Síndrome de Down 5.7%.
- Hepatitis autoinmune 4.6%.
- Síndrome de Turner 6.4%.
- Déficit Selectivo de IgA 7.7%.
- Diabetes Tipo 1, 4.1%.

Existen diferentes tipos de EC, según sus formas clínicas de presentación.

EC. Sintomática: El paciente muestra los síntomas claros de la enfermedad. Los individuos presentan anticuerpos positivos, enteropatía y genética HLA DQ2 y HLA DQ8 positiva.

EC. Asintomática: Corresponde a pacientes asintomáticos en los que la atrofia de las vellosidades y/o serología positiva se demuestra a partir de un cribado. Se le denomina E.C. Silente.

EC. Latente: Aquella en la que tomando una dieta libre, no hay síntomas evidentes ni tampoco atrofia de las vellosidades. Han sido celíacos y se recuperaron gracias a la dieta sin gluten, pero pueden volver a ser celíacos en cualquier momento de su vida.

EC. Potencial: Se incluyen los pacientes positivos de anticuerpos, con genética positiva y la biopsia intestinal no muestra alteraciones, pero puede cursar lesión intestinal de la E.C. en el futuro.

EC. Refractaria: Encuadramos a los pacientes con atrofia vellositaria cuyos síntomas no desaparecen después de haber excluido el gluten de su dieta durante, al menos, un período de 6 meses.

A día de hoy, la única forma de prevenir la celiaquía es no exponerse al gluten. Para ello es de muy importante preocuparse por conocer los alimentos que tienen gluten. Aunque no lo parezca, son muchos.

5 Discusión-Conclusión

Ante la sospecha de estar comenzando a padecer esta patología es importante hacer todas las pruebas serológicas, biopsias y mantener una dieta libre de gluten. En la mayoría de los cosos con esta afectación, el cumplimiento estricto de la DSG puede llevarnos a una recuperación rápida de la función de la mucosa del intestino delgado, así como al retroceso de los síntomas y normalización de las pruebas serológicas. A día de hoy, es posible monitorizar la calidad de la DSG, con técnicas que permiten la cuantificación del contenido de gluten de los alimentos. El ser capaz de mantener la dieta terapéutica de forma correcta será un factor determinante en el curso y evolución de la enfermedad.

6 Bibliografía

M. Kagnoff. Overview and Pathogenesis of Celiac Disease. Gastroenterology, 128 (2005), pp. s.10-s18
P. Green, C. Cellier. Celiac disease. N Engl J Med, 357 (2007), pp. 1731-1743
J. Bai, M. Fried, G. Corazza. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines on Celiac Disease. J Clin Gastroenterology 47 (2013), pp. 121-126
Revista Mazorca. Federación de Asociaciones de Celiacos de España. Editada por FACE.
Revista Sin Gluten (ACSG). Asociación de Celíacos y Sensibles al Gluten.
ACEPA. Asociación Celiaca del Principado de Asturias.

Capítulo 125

EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL PROCESO DE OSMÓSIS

ANGELES SANCHEZ SANCHEZ

CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO

MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO

BELEN SIMARRO CARRETERO

MARÍA DOLORES BUENO LAYA

1 Introducción

La medición de la diuresis en un paciente ingresado es un procedimiento importante para evaluar la función renal y el equilibrio de líquidos del organismo. La diuresis se refiere a la producción y eliminación de orina por parte de los riñones. Para llevar a cabo esta medición de manera precisa, se utilizan diferentes métodos y se siguen ciertos pasos.

Uno de los métodos más comunes es la medición del volumen de orina excretada en un período de tiempo determinado. Para ello, se utiliza un recipiente graduado, llamado "recipiente colector", que se coloca en el inodoro o en una sonda vesical. El paciente debe vaciar su vejiga en este recipiente, y el personal de enfermería registra el volumen en mililitros (ml) o centímetros cúbicos (cc).

Es importante llevar un registro preciso de la diuresis del paciente durante su ingreso, anotando la hora de inicio y finalización del período de medición, así como el volumen total de orina excretada. Esto permite detectar cambios en la producción de orina y evaluar la respuesta al tratamiento o la evolución clínica.
Además de la medición del volumen, también se pueden realizar análisis adicionales para evaluar la composición y características de la orina, como la concentración de sustancias como sodio, potasio, creatinina, entre otros. Estos análisis pueden proporcionar información adicional sobre el estado de los riñones y la hidratación del paciente.
Es fundamental que el personal de enfermería lleve a cabo la medición de la diuresis de manera precisa, siguiendo los protocolos establecidos y garantizando la higiene adecuada en el manejo de la orina. Esto incluye el lavado de manos, el uso de guantes desechables y la limpieza y desinfección adecuadas del recipiente colector.
En resumen, la medición de la diuresis es un procedimiento importante en el cuidado de pacientes ingresados. Proporciona información valiosa sobre la función renal y el equilibrio de líquidos del organismo. Es necesario seguir los protocolos establecidos y llevar un registro preciso para evaluar adecuadamente la respuesta del paciente al tratamiento y garantizar una atención de calidad.

2 Objetivos

Exponer la importancia de la medición de la diuresis en diversas patologías desde la atención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, ya que proporciona información valiosa para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y monitorear la evolución de la condición del 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

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la medición de la diuresis es de gran importancia, ya que desempeña un papel clave en el seguimiento del equilibrio hídrico y la función renal del paciente. A continuación, se describen las funciones principales del ténico en relación con la medición de la diuresis:

Preparación del material: se encarga de preparar el material necesario para la medición de la diuresis, que incluye los recipientes colectores graduados, guantes desechables, papel absorbente y cualquier otro instrumento o dispositivo requerido.

Explicación al paciente: Antes de llevar a cabo la medición, debe explicar al paciente el procedimiento, asegurándose de que comprenda cómo debe recolectar la orina y en qué momento debe informar al personal de enfermería.

Recolección de la muestra: El técnico se encarga de recolectar las muestras de orina del paciente en los recipientes colectores adecuados. Esto implica asegurarse de que la muestra sea recogida en su totalidad y sin contaminación externa, siguiendo las pautas de higiene y utilizando los guantes desechables apropiados.

Registro y documentación: Después de la recolección de la muestra, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería registra el volumen de orina excretada en un período de tiempo determinado.

Esta información se registra con precisión y se documenta en el historial clínico del paciente, siguiendo los protocolos establecidos.

Comunicación con el personal de enfermería: comunica de manera efectiva al personal de enfermería los datos obtenidos en la medición de la diuresis.

Esto incluye informar sobre el volumen de orina recolectada, cualquier cambio en la producción de orina y cualquier observación relevante que pueda ser importante para el plan de atención del paciente.

Mantenimiento del equipo y limpieza: El TCAE se encarga de limpiar y desinfectar los recipientes colectores después de su uso, siguiendo los protocolos de seguridad y control de infecciones. También es responsable de mantener el stock de recipientes y otros materiales necesarios para la medición de la diuresis.

Colaboración en análisis adicionales: En algunos casos, el TCAE puede colaborar en la recolección de muestras de orina para análisis adicionales, como la medición de la concentración de sustancias específicas. Esto implica seguir las instrucciones y los procedimientos establecidos para garantizar la integridad y la precisión de las muestras.

5 Discusión-Conclusión

Desde la perspectiva del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, la medición de la diuresis es una tarea crucial en el cuidado del paciente. Es una responsabilidad que requiere precisión, atención al detalle y empatía hacia el paciente. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería comprende la importancia de la medición de la diuresis para evaluar la función renal y el equilibrio de líquidos del organismo. A través de su participación activa en la recolección de las muestras, el registro preciso de los volúmenes y la comunicación efectiva con el equipo de enfermería, contribuye a la monitorización y atención integral del paciente, brindando un apoyo vital en la evaluación de su estado de salud y ayudando a garantizar una atención de calidad.

6 Bibliografía

1. Fernández Diego Javier, Di Chiazza Sofía, Veyretou Fernando Pedro, González Liliana Mónica, Romero . Análisis de orina: estandarización, medición y control de calidad. Acta bioquím. clín. latinoam. [Internet]. 2014 Jun [citado 2023 Feb 03] ; 48(2): 213-221. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572014000200006&lng=es.
2. Hernández Ocampo José, Torres Rosales Aìda, Rodríguez Castellanos Francisco. Comparación de cuatro métodos de medición de orina y de la tasa de filtración glomerular con depuración de inulina en individuos sanos y en pacientes con insuficiencia renal. Nefrología (Madr.) [Internet]. 2010 [citado 2023 Feb 03] ; 30(3): 324-330. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952010000300009&lng=es

Capítulo 126

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PROCESO DEL LAXANTE A UN PACIENTE HOSPITALIZADO

ANGELES SANCHEZ SANCHEZ

CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO

MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO

BELEN SIMARRO CARRETERO

MARÍA DOLORES BUENO LAYA

1 Introducción

Un enema es un procedimiento médico que consiste en la introducción de líquido en el recto y el colon a través del ano para facilitar la evacuación intestinal o administrar medicamentos. Este método se utiliza para aliviar el estreñimiento, preparar el colon para exámenes o cirugías, o administrar tratamientos específicos.

En el caso de un paciente ingresado, el enema puede ser indicado por el médico como parte de su plan de cuidados. El objetivo principal es promover la eliminación de heces acumuladas en el intestino, aliviar el malestar y restablecer la función intestinal normal.

El procedimiento del enema implica la preparación del equipo necesario, como una bolsa de enema o un irrigador, una cánula rectal y una solución líquida adecuada. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) puede participar en el proceso preparando los materiales y colaborando en la administración del enema bajo la supervisión del personal de enfermería.
Es importante que el TCAE siga los protocolos establecidos, mantenga una comunicación clara con el paciente y respete su privacidad y dignidad durante el procedimiento. También debe asegurarse de mantener la higiene adecuada, utilizando guantes desechables y siguiendo las pautas de control de infecciones.
Además de la administración de enemas evacuantes, existen diferentes tipos de enemas terapéuticos, como los enemas de retención de medicamentos o nutrientes, que se utilizan para administrar medicamentos o soluciones específicas directamente al colon. En estos casos, el Técnico puede colaborar en la preparación de los materiales y brindar apoyo al paciente durante el procedimiento.
El enema es un procedimiento médico que implica la introducción de líquido en el recto y el colon con diversos propósitos terapéuticos. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel importante en la preparación y colaboración en la administración de enemas evacuantes o terapéuticos, asegurando la comodidad y seguridad del paciente durante el procedimiento.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE durante el proceso de administración del laxante.

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 la administración de enemas al paciente ingresado. Sus funciones

en este procedimiento son fundamentales para garantizar la comodidad, seguridad y eficacia del paciente. A continuación, se describen algunas de las funciones principales en la administración de un enema:

Preparación del material: El TCAE se encarga de preparar el equipo necesario para la administración del enema, incluyendo la bolsa de enema, la cánula rectal, la solución líquida y los guantes desechables. Además, verifica que el material esté en buen estado y cumpla con las normas de higiene y seguridad.

Explicación y preparación del paciente: El TCAE debe explicar al paciente de manera clara y comprensible el procedimiento del enema, respondiendo a sus preguntas y asegurándose de obtener su consentimiento informado. También ayuda al paciente a adoptar una posición adecuada, generalmente en decúbito lateral izquierdo o en posición de Sim's, para facilitar la administración del enema.

Administración del enema: Bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería, el TCAE puede administrar el enema siguiendo los protocolos establecidos. Esto implica introducir suavemente la cánula rectal en el ano del paciente y conectarla a la bolsa de enema, controlando el flujo de la solución líquida para evitar incomodidades o lesiones. Durante el proceso, el TCAE debe ser sensible a las necesidades del paciente y proporcionar apoyo emocional.

Monitoreo y registro: Durante la administración del enema, el TCAE debe estar atento a las reacciones del paciente, como malestar, dolor o incomodidad. Si se presentan complicaciones o el paciente informa de alguna molestia, debe comunicarlo de inmediato al personal de enfermería. Además, el TCAE registra de manera precisa la administración del enema en la documentación del paciente, incluyendo el tipo y volumen de la solución utilizada, así como cualquier observación relevante.

Apoyo post-administración: Después de la administración del enema, el TCAE debe proporcionar al paciente la asistencia necesaria para su comodidad y privacidad. Esto puede incluir ayudar al paciente a limpiarse, brindarle las indicaciones necesarias para el cuidado posterior y asegurarse de que el entorno esté limpio y ordenado.

Es importante destacar que el TCAE debe realizar todas estas funciones bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería, siguiendo las políticas y procedimientos establecidos. Además, el respeto a la privacidad, la dignidad y la confidencialidad del paciente debe ser una consideración primordial durante todo el proceso.

El TCAE desempeña un papel crucial en la administración de enemas al paciente ingresado. Sus funciones incluyen la preparación del material, la explicación y preparación del paciente, la administración del enema, el monitoreo y registro

de la administración, y el apoyo post-administración. Su participación activa y cuidadosa garantiza una atención de calidad y contribuye al bienestar del paciente durante el procedimiento del enema.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación importante del TCAE para una buena administración de un enema es asegurarse de seguir las instrucciones y los protocolos establecidos. Es fundamental familiarizarse con el equipo necesario, la técnica adecuada y las medidas de higiene y seguridad. Además, se debe mantener una comunicación clara y empática con el paciente, brindando apoyo emocional y respondiendo a sus preguntas y preocupaciones. Durante la administración del enema, es crucial ser cuidadoso, suave y respetuoso, garantizando la comodidad y la privacidad del paciente. Registrar con precisión la administración del enema y cualquier observación relevante también es esencial. La atención meticulosa y el cumplimiento de los estándares profesionales contribuirán a una administración exitosa del enema y al bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. Ana M ª Fernández Espinosa y Evangelina Pérez de la Plaza (Autoras). Editorial McGraw Hill Education.2016.Auxiliar de Enfermería.
2. Investigación, R. S. (2021, February 24). Técnica de administración de enema por parte del TCAE. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. https:// revistasanitariadeinvestigacion.com/tecnica-de-administracion390 de-enema-por-parte-del-tcae/.
3. Revista. (2021). Funciones del TCAE en la aplicación de un enema de limpieza. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. https://revistamedica.com/ tcaeadministracion-enema-limpieza/.

Capítulo 127

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS MEDICACIONES EN LA UNIDAD DE FAMARCIA

ANGELES SANCHEZ SANCHEZ

CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO

MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO

BELEN SIMARRO CARRETERO

MARÍA DOLORES BUENO LAYA

1 Introducción

La farmacia hospitalaria es una disciplina de la farmacia que se ocupa de la gestión y el suministro de medicamentos y productos sanitarios en el ámbito hospitalario. Se centra en garantizar la correcta utilización de los medicamentos, la seguridad del paciente y la optimización de la terapia farmacológica. El farmacéutico hospitalario es el profesional encargado de desempeñar esta función.
El concepto de farmacia hospitalaria abarca diversas áreas de actuación. Una de ellas es la dispensación de medicamentos, tanto a pacientes ingresados como a aquellos que reciben tratamiento ambulatorio. El farmacéutico hospitalario verifica las prescripciones médicas, proporciona información y educación al paciente

sobre la correcta administración de los medicamentos y realiza seguimiento de la terapia farmacológica.
Además, la farmacia hospitalaria se encarga de la adquisición, almacenamiento y distribución de los medicamentos necesarios en el hospital. Esto incluye la gestión del inventario, la supervisión de las fechas de caducidad y el control de la calidad de los productos farmacéuticos.
La farmacia hospitalaria también desempeña un papel fundamental en la seguridad del paciente. El farmacéutico colabora en la prevención y detección de errores de medicación, realiza seguimiento de las reacciones adversas a los medicamentos y participa en la elaboración de protocolos de seguridad y gestión de riesgos.
Además de estas funciones, la farmacia hospitalaria contribuye a la investigación y la docencia. El farmacéutico hospitalario participa en proyectos de investigación clínica, colabora en la formación de otros profesionales de la salud y brinda apoyo en la realización de estudios y ensayos clínicos.

2 Objetivos

Conocer las distintas funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el ámbito del servicio de farmacia en un centro 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 TCAE desempeña diversas funciones en la farmacia hospitalaria, en colaboración con el farmacéutico y otros profesionales de la salud. A continuación, se describen algunas de las funciones principales del TCAE en este entorno:
Recepción y almacenamiento de medicamentos: El TCAE puede recibir los suministros farmacéuticos, verificar su correcta recepción y almacenarlos adecuadamente en el área designada. Esto incluye asegurarse de que los medicamentos se encuentren en condiciones óptimas, controlar las fechas de caducidad y mantener un inventario actualizado.

Preparación y distribución de medicamentos: El TCAE puede colaborar en la preparación de las dosis de medicamentos para su posterior dispensación. Esto puede implicar contar, etiquetar o empaquetar medicamentos siguiendo las instrucciones y pautas establecidas por el farmacéutico. También puede participar en la distribución de los medicamentos a las unidades o áreas correspondientes del hospital.
Apoyo en la dispensación de medicamentos: Bajo la supervisión del farmacéutico, el TCAE puede colaborar en la dispensación de medicamentos a los pacientes.
Esto puede incluir la preparación de los medicamentos según las prescripciones médicas, etiquetado de las dosis y proporcionar información básica al paciente sobre su correcta administración.
Reposición de stock: El TCAE puede realizar la reposición de medicamentos y otros suministros en las áreas de almacenamiento o en las unidades del hospital. Esto implica asegurarse de que los medicamentos estén disponibles en cantidad suficiente y en el lugar adecuado para su uso oportuno.
Mantenimiento de registros: El TCAE puede colaborar en la documentación y mantenimiento de registros relacionados con la gestión de medicamentos. Esto puede incluir el registro de las dosis administradas, la reposición de stock y cualquier otra información relevante para la trazabilidad y seguimiento de los medicamentos.
Control de inventario: El TCAE puede ayudar en el control del inventario de medicamentos y suministros farmacéuticos. Esto implica llevar un registro preciso de las existencias, controlar las fechas de caducidad y notificar al farmacéutico sobre cualquier escasez o necesidad de reabastecimiento.
Es importante destacar que todas estas funciones se realizan bajo la supervisión y la dirección del farmacéutico, quien tiene la responsabilidad final de la gestión y dispensación de los medicamentos en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación importante para el buen funcionamiento de la farmacia hospitalaria es mantener una comunicación efectiva y una coordinación estrecha entre el equipo de farmacia, el personal médico y de enfermería. Esto implica fomentar la colaboración y el intercambio de información, así como establecer canales de comunicación claros y eficientes. Asimismo, es fundamental seguir los protocolos y procedimientos establecidos, garantizar la integridad y seguridad de los medicamentos, y mantener un control riguroso del inventario. Además, es importante promover una cultura de seguridad, donde se fomente la notificación y

el análisis de eventos adversos o errores de medicación. Al priorizar la comunicación, la coordinación y la seguridad, se logrará un funcionamiento óptimo de la farmacia hospitalaria, mejorando así la calidad de la atención farmacéutica y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 128

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL INTERIOR DEL QUIRÓFANO DEL MEDIO HOSPITALARIO

JADWIGA MARÍA SAK

1 Introducción

Se define quirófano o sala de intervenciones quirúrgicas a la instalación que se encuentra alejada del resto de instalaciones hospitalarias porque está adaptada para la práctica de intervenciones quirúrgicas u operaciones a los pacientes que lo precisen y que es realizado por el personal sanitario especializado.
En el interior de las instalaciones destinadas para la realización de intervenciones quirúrgicas realizadas por el personal sanitario, debe de cumplir un protocolo establecido por la gerencia hospitalario, debido a que es un lugar delicado tanto para el personal como para el paciente. A continuación, veremos algunas de las normas que se deben acatar para el buen funcionamiento hospitalario:
-La sala de intervenciones debe de estar independiente del resto de instalaciones hospitalarias, pero cerca al banco de sangre, de las urgencias, UVIS o UCIS, el laboratorio, salas de rayos X, la farmacia.
-El quirófano debe de estar en un situado en un sitio cerrado donde se evite toda entrada de microorganismos o agentes contaminantes.

-El paso de personas debe ser el mínimo y está restringido, excepto el personal sanitario especializado y autorizado que vaya a participar en la intervención.
-La limpieza y desinfección de este entorno debe de ser muy estricta porque puede influir en la vida del paciente.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo de libro, es conocer cuáles son las funciones del TCAE en una intervención quirúrgica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.
Son metodologías que ponen énfasis en la articulación de las problemáticas que aparecen como aisladas en las comunidades, pero que tienen relaciones causales entre ellas.

4 Resultados

El quirófano también debe tener los accesorios de forma ergonómica tanto para el personal como para el paciente y pueden ser modificables para ajustarlo según la mayor comodidad de los cirujanos y el equipo de profesionales.
-La altura de la camilla o también conocida como mesa de operaciones, se puede subir o bajar, inclinar hacia un lado u otro, esta se encuentra en el centro del quirófano.
-Las luces pueden ser orientativas, aumentar la luminosidad o disminuirla para que en ningún momento de la intervención haya sombra y tengan una buena visibilidad.
-Los equipos o aparatos anestésicos están situados en la cabecera de la camilla donde se encuentra el paciente. Está formada por unas tubuladuras que van unidas al paciente, cuya finalidad es ayudar al paciente a respirar y que esté monitorizado durante lo que dure la operación.

-Los materiales quirúrgicos se encuentran en una bandeja colocados por el TCAE, deben de estar ordenador y correctamente desinfectados.
-Los carritos donde están las medicinas y otro tipo de materiales.
-El pulsioxímetro, que se coloca en el dedo del paciente para observar en todo momento la saturación de oxígeno y controlarle la respiración.
-Un manguito que va colocado en el antebrazo del paciente que controla la presión arterial.
También el personal sanitario debe de vestir un pijama diferentes al resto del medio hospitalario porque es especial para entrar el quirófano y no llevar ningún agente patógeno. Este es de color verde.
Algunas de las funciones del TCAE en este medio, pueden ser: control de las constantes vitales del paciente como la temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, alumbrar al cirujano para que su visibilidad sea buena, controlar todo el material quirúrgico a usar y asegurarse que esté correctamente limpio y desinfectado.

5 Discusión-Conclusión

Para cerrar este capítulo de libro, se debe de poner en conocimiento a la gente que no lo sepa que el quirófano es un servicio que está dentro del medio hospitalario y está disponible las 24 h del día para cualquier tipo de operación de urgencia que haya que realizar y que pueda depender la vida del paciente de la realización de la operación quirúrgica por el personal sanitario especializado.
El personal sanitario que está autorizado a participar en las intervenciones quirúrgicas, tiene una formación sanitaria adecuada y especializada para poder participar en la operación porque necesitan autorización para acceder a estas inmediaciones.

6 Bibliografía

1- Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2023-08-04]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>.
ISSN 1024-9435.
2- 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 04 agosto 2023.

Capítulo 129

LA COVID 19 COMO FACTOR DE ESTRES PSICOSOCIAL PARA LAS PERSONAS TRABAJADORAS

ANGELES IBÁÑEZ ALONSO

BEATRIZ GONZÁLEZ CHICHARRO

JOSÉ MARÍA MEDINA BERNARDO

ROSALIA GOMEZ MURCIEGO

MONTSERRAT GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El confinamiento en el domicilio ha sido una experiencia sin precedentes en nuestro país, y ha tenido un gran impacto en el bienestar físico y psicológico de la población. El cese de la actividad económica, la clausura de centros escolares y educativos, y el confinamiento de toda la población durante un tiempo dilatado ha supuesto una situación complicada y con múltiples estímulos generadores de estrés.

Pasamos a definir como estrés a una reacción fisiológica del cuerpo en la que participan diversos mecanismos de defensa para sobrellevar una situación que se concibe como amenazante. También se le denomina como la respuesta de un organismo a un factor de estrés.

El estrés psicosocial más concretamente, es la consecuencia de una evaluación cognitiva (una interpretación mental) de lo que nos jugamos y de lo que podemos hacer al respecto para salir airosos.
De forma más sencilla, el estrés psicosocial resulta cuando observamos una amenaza percibida en nuestras vidas (real o incluso no real) y entendemos que puede requerir recursos que no tenemos.
Durante una situación de confinamiento, las dos principales cuestiones que más afectaron al bienestar físico y psicológico fueron la pérdida de hábitos y rutinas, y el estrés psicosocial como consecuencia de lo anterior.
El freno de hábitos en el período de confinamiento y haber adquirido otros poco saludables (malos hábitos alimenticios, patrones de sueño irregulares, sedentarismo y mayor uso de las pantallas) son factores que pueden generar y han generado problemas físicos.

2 Objetivos

-Dar a conocer el impacto que ha tenido y tendrá la pandemia de la COVID-19 en el bienestar psicológico y social de la población trabajadora.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las condiciones que acompañan a una pandemia provocan distintos factores generadores de estrés para la población. El miedo a contraer la infección por virus y enfermedades, la aparición de sentimientos de frustración y aburrimiento, imposibilidad de dar cobertura a las necesidades básicas, y no contar con información y pautas de actuación claras, o la presencia de patologías de salud mental previas o problemas económicos han sido los principales factores implicados en el impacto psicológico tal y como han resumido los estudios sobre situaciones de estrés y emergencias.

Todos estos factores han generado una ruptura del bienestar psicológico de la población en su conjunto, pero principalmente de la población trabajadora. La situación de confinamiento ha supuesto cambios inmediatos en la actividad laboral, cambios que se han presentado, bien en el cese de la actividad laboral, bien en continuar dicha actividad desde el domicilio («teletrabajo»).
Las personas que han pasado a desarrollar su labor profesional en modo «teletrabajo» comparten referencias hacia las dificultades sobrevenidas y el aumento de trabajo. Las personas que desarrollaban su actividad profesional como autónomos hacían referencia a la fuerte afectación que suponía un cese tan brusco en su actividad, y la gran preocupación que generaba el pensar en el efecto que este hecho producía sobre su situación económica.
En definitiva, los y las trabajadoras, además de la exposición a las dificultades que se vivieron en este periodo, se han encontrado separados de sus seres queridos y apenas han tenido momentos de recuperación o distanciamiento psicológico del trabajo. El impacto psicológico que se les ha generado se podría traducir en mayores niveles de estrés agudo, estrés postraumático, agotamiento, desapego, ansiedad al tratar con pacientes contagiados, irritabilidad, bajo estado de ánimo y depresión, insomnio, poca concentración e indecisión y deterioro del desempeño laboral.

5 Discusión-Conclusión

La situación pandémica y post-pandémica y sus características han generado en la población una consecución de situaciones que han implicado no poder disfrutar de un bienestar psicológico completo y además han producido que hayamos desarrollado patologías relacionadas con el estrés psicosocial.
Para contrarrestarlo es necesario establecer rutinas, favorecer hábitos de vida saludables y promover las relaciones sociales, ya sea a través de medios tecnológicos como las videollamadas, o bien con las personas convivientes, favoreciendo conversaciones, juegos etc.
Se necesitan más estudios para evaluar el impacto de la pandemia, de los confinamientos y de las restricciones propuestas por los diferentes organismos de salud pública.

6 Bibliografía

1. https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000140.htm
2. http://www.bsalud.es/profesionales/bbdd-y-otros-recursos/recursos/cuiden-

base-de-datos-de-enfermeria
3. http://www.mcu.es/webISBN/tituloSimpleFilter.do?cache=init&prev_layout=busquedaisbn&layout=busquedaisbn&language=es
4. Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Dra Nekane Balluerka Lasa Catedrática de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Rectora de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.

Capítulo 130

PROTOCOLO ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) EN BIOPSIAS

ESMERALDA SEVILLA MORENO

EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO

ANA TERCERO ALFARO

SANDRA MELLINAS GARCIA

SONIA FAJARDO MELLINAS

1 Introducción

Una biopsia es un procedimiento en el que el doctor extrae una muestra de tejido. Un patólogo observa el tejido al microscopio y realiza otras pruebas para ver si el tejido es canceroso. El patólogo describe los hallazgos en un informe de patología, el cual contiene los detalles del diagnóstico. Los informes de patología cumplen una función importante en el diagnóstico de cáncer y ayudan a decidir entre las opciones de tratamiento. Infórmese más sobre los informes de patología y el tipo de datos que contienen.

En resumen: la biopsia es la extracción de células o tejidos para ser examinados por un patólogo.
Las muestras para biopsia pueden obtenerse de varias maneras:
- Endoscopia: colonoscopia y broncoscopio
- aguja
- cirugía

Las biopsias se usan frecuentemente para diagnosticar cáncer, pero pueden ayudar a identificar otras condiciones tales como infecciones y desórdenes autoinmunes e inflamatorios.
Se debe acomodar al paciente antes de la realización de la biopsia para que esté en las condiciones adecuadas:
- Se le dará pijama o camisón
- Se le motorizará para ver constantes vitales: temperatura, pulsaciones, tensión y saturación
- Se le pondrá por parte de enfermería una vía para la administración de medicamentos o sueros en caso necesarios y antes de ir a la realización de la biopsia.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en cirugía mayor ambulatoria (CMA) durante una biopsia.

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 estancia en la unidad de CMA puede oscilar entre 6 y 8 horas. Se lleva a cabo el control de constantes cada 15 minutos la primera hora y horas posteriores cada media hora. Deberá estar en reposo del lado derecho y si es pulmonar en decúbito supino (boca arriba). La medicación la llevará a demanda y bajo prescripción médica. Se realizará a las 4 horas la tolerancia a los líquidos y si progresa con

tolerancia a las 6 horas dieta semiblanda, a tener en cuenta el paciente diabético. Llevará a cabo la enfermería un control analítico a las 6 horas y con radiólogo se vigilara el punto de punción y mantenerse en cama hasta pasadas las 24 h. Posterior a ello hacer vida normal.
Una biopsia es toda porción de tejido obtenida del paciente a quien se le va a realizar la prueba para su análisis microscópico a objeto de establecer un diagnostico a través de los resultados para una toma de decisión.
Pongamos el ejemplo de una biopsia por cáncer o por alguna afección en la piel. El resultado determinará si padece cáncer o qué tipo o si tiene alguna enfermedad de la piel. Un resultado anormal puede ser sinónimo de alguna afección.
A veces los resultados no son muy contundentes o claros y es posible que el especialista solicite más pruebas necesarias para descartar o para asegurar los resultados o ver la clase de afección que tiene.
Las biopsias tienen como todo su riesgo y debe ser consentido por el paciente o en otros casos en el que el paciente no puede consentir o firmar o tiene un titular a su cargo que se hará responsable de ese consentimiento, antes siempre de la realización de la biopsia.

5 Discusión-Conclusión

El patólogo puede realizar pruebas especiales para identificar genes específicos, proteínas y otros factores únicos del tumor. Los resultados de estas pruebas se pueden enumerar en una sección independiente o en un informe aparte.
Estas pruebas adicionales son especialmente importantes para el diagnóstico porque es posible que elegir la mejor opción de tratamiento dependa de estos resultados.
En la actualidad hay demora de estas pruebas por lo que se dificultan y se atrasan los resultados y diagnósticos para la valoración y tratamiento de las posibles complicaciones, enfermedades o afecciones que se pudieran dar. En ocasiones los pacientes sometidos a estas biopsias, dependiendo de ciertos factores, deben pasar mínimo una noche ingresados, otros pasan mínimo 8 horas en CMA (despertar) para observar la evolución posterior a la biopsia.

6 Bibliografía

1. medlineplus.gov https://medlineplus.gov
› ... ›

Enciclopedia médica https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/diagn%C3%B3stico-de-c%C3%A1ncer/informes-y-resultados/comprensi%C3%B3n-de-los-resultados-de-su-informe-de-patolog%C3%ADa.
2. Tsai MH, Chu SM, Huang SF. Congenital esophageal duplication cyst: report of two cases. Acta Paediatr Taiwan 2003;44:307-9.
3. Armstrong J, Leteurtre E, Proye C. Intraparathyroid cyst: a tumour of branchial origin and a possible pitfall for targeted parathyroid surgery. ANZ J Surg 2003;73:1048-51.
4. Hag IA, Chiedozi lC, al Reyees FA, Kollur SM. Fine needle aspiration cytology of head and neck masses. Seven years´experience in a secondary care hospital. Acta Cytol 2003;47:387-92.

Capítulo 131

ULCERAS DE PRESIÓN

ROSA ANA RODRIGUEZ MACIAS

1 Introducción

Las ulceras de presión también llamadas escaras o ulceras por decubito .Son lesiones producidas en la piel y tejidos subyacentes, mayoritariamente por periodos largos inmovilidad o escasa movilidad. Al existir una presión que limita el oxigeno en sangre, se produce la lesión.Los cambios postulares son importantes para la prevención , aliviar la presión y conseguir la mejoría e incluso la curación.
Los síntomas mas comunes:
-Área sensible al tacto.
-Cambio de color y aspecto de la piel .
-Hinchazon
-Supuración
-Llagas
- Infección
Las ulceras pueden ser provocadas por:
-Presión: Estar en un misma posición durante un periodo largo de tiempo .ej: sentado en una silla.
-De cubito : Estar durante periodos largos de tiempo en la cama manteniendo posturas estáticas.
-Origen yatrogenico: las sondas, tubos endotraqueales, férulas , sujeciones...tb pueden producir lesiones que se conviertan en ulceras. .
Clasificación según grado:
-Grado I:
Enrojecimiento en la piel que no desaparece con el tacto ni con el cambio postural. Suele aparecer sobre una prominencia osea.

-Grado II:
Dañada dermis parcialmente. (grietas , abrasión…) .
-Grado III:
Dermis totalmente dañada .(Piel abierta , dolor). El hueso o musculo no es visible.
-Grado IV
Dermis totalmente dañada . Musculo y hueso afectados y visibles. (necrosis , exudado abundante, mal olor).

2 Objetivos

-Como afecta a los diferentes pacientes segun sus caracteristicas .
-Saber que tratamientos es el mejor según el grado de la ulcera.
-Prevención y tratamiento

3 Metodología

Se han consultado , analizado y leido paginas en internet, artículos y libros sobre el tema de las ulceras de presion para poder realizar el estudio y desarrollar el tema sobre ulceras, cambios posturales ,factores que influyen , repercusiones y lo q afecta.

4 Resultados

PROCESO DE FORMACION DE UNA ULCERA POR DECUBITO
-Presión prolongada sobre una zona corporal.
-Dificultad circulatoria
-Isquemia.
-Se observa un enrojecimiento en la piel que no desaparece al cambio postural. Deja expuesta la dermis subyacente. Grado I.
-Aparece signos de piel dañada a nivel epidermis y dermis . Perdida de la densidad de la piel .La escara ya esta en Grado II
- Perdida total del grosor de la piel. Grado III.
-Necrosis ,dolor , afecta a la hipodermis . Perdida total del grosor de la piel.
-Exudado abundante, mal olor . Afecta musculo y hueso . Destrucción progresiva. Grado IV.-La evolución sera hacia la curación o la infección.
ZONAS MAS COMUNES DONDE PUEDE APARECER UNA ULCERA:
Persona en cama:

-Talones.
-Parte trasera de las rodillas.
-Coxis , cadera, gluteos.
-Codos.
-Lumbares ,columna vertebral.
-Omóplatos.
-Zona de la cabeza:mejillas, orejas ,pomulos.

Las personas que utilizan sillas de ruedas o permanecen mucho tiempo sentado:
-Columna vertebral.
-Glúteos.
-Parte posterior de brazos y piernas.

Las ulceras pueden traer derivar en complicaciones que pueden ser peligrosas para el paciente:
-Infecciones: Osteomielitis (infección osea).
-Infección en las articulaciones.
-Cerulitis: (Infección de la piel que afecta las capas mas profundas de la piel).
-Carcinoma .

Los factores de predisposición de las ulcera se dividen en :

Factores intrínsecos:
-Movilidad y sensibilidad.
-Nutrición
-Percepción sensorial.
-Edad avanzada.
-Alteración de la integridad de la piel.
-Actividad.

Factores extrínsecos
-Humedad.
-Presión.
-Fricción.

Hay varios artículos que se pueden utilizar para evitar las ulceras o aliviar la presión o que ayudan a mejorar el estado de la lesión.

Colchones y cojines antiescaras, taloneras , almohadas…

Cremas de oxido de zinc , aceite , colagenasa, alginato de plata asi como los apósitos hidrocoloides apositos de hidrogel, de plata de carbon ,espumas polimericas.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios posturales adecuados y con frecuencia . Cada dos o tres horas durante el dia y cada cuatro horas durante la noche.
Una nutrición adecuada .
Evitar presión en zonas afectadas.
Observación de la integridad de la piel al realizar la higiene del paciente .
Actuar ante los primeros sintómas.
Son algunos de los métodos mas eficaces ante las ulceras de presión .
La prevención es importante para el bienestar del paciente. No se alargara mas de lo necesario su estancia en el hospital. Puede ser un desgaste emocional y de salud para la familia . No se incurrira en gastos sanitarios que se pueden evitar si hay prevención. La mayoria de las ulceras son evitables.

6 Bibliografía

1-Ángela Bosch(Marzo 2004)Úlceras por presión. Prevención, tratamiento y consejos desde la farmacia.Vol. 23. Núm. 3. páginas 130-134 Revista online elsevier.https://www.elsevier.es/es
2-Evangelina Perez de la plaza, Ana Mª Fernandez Espino (2011) Tecnicas basicas de enfermeria . Editorial: Mc Graw Hill.

Capítulo 132

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

BEATRIZ GONZALEZ PEREZ

SANDRA MARTÍN ANTONA

Mª ANGELES ORTIZ LÓPEZ

SILVIA SESMA MOLINA

MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ

1 Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) son áreas especializadas en hospitales dedicadas a brindar atención médica avanzada a niños gravemente enfermos o lesionados. Estas unidades cuentan con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud altamente capacitados, que incluye médicos pediatras, enfermeras especializadas, terapeutas respiratorios y otros especialistas.
Las UCIP están equipadas con tecnología médica avanzada para monitorear constantemente los signos vitales del paciente, administrar medicamentos intravenosos y proporcionar soporte respiratorio. Estos servicios son esenciales para

los niños con enfermedades potencialmente mortales, como infecciones graves, problemas cardíacos congénitos, traumatismos graves o complicaciones postoperatorias.
La atención en una UCIP se basa en protocolos clínicos rigurosos y en la personalización del tratamiento para satisfacer las necesidades individuales de cada niño. Además, las UCIP también brindan apoyo emocional y psicológico a las familias, ya que enfrentar situaciones críticas puede ser extremadamente estresante.
El personal de UCIP trabaja incansablemente para estabilizar a los pacientes, minimizar el dolor y el malestar, y ayudarlos a recuperarse. La colaboración entre los equipos médicos y las familias es fundamental para lograr resultados exitosos.
Las UCIP son un componente vital de la atención médica pediátrica, brindando un ambiente especializado y enfocado en la vida para los niños que necesitan cuidados intensivos. Su objetivo es salvar vidas, aliviar el sufrimiento y brindar el mejor cuidado posible a los pacientes pediátricos más vulnerables.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es mostrar las distintas funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en distintas técnicas que se reflejan en el título.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) al proporcionar asistencia y apoyo esencial al equipo médico y a los pacientes pediátricos críticamente enfermos. Sus funciones se centran en garantizar el bienestar y la comodidad de los niños hospitalizados y colaborar estrechamente con los profesionales de la salud para brindar una atención integral y de calidad.

Una de las principales funciones del TCAE en la UCIP es ayudar en el cuidado y aseo diario de los pacientes. Esto incluye la higiene personal, el cambio de ropa de cama, el lavado y la movilización de los niños que necesitan asistencia para desplazarse.
Además, el TCAE es responsable de tomar y registrar las constantes vitales de los pacientes, como la temperatura, la frecuencia cardíaca y la respiración, proporcionando información valiosa para el equipo médico sobre el estado de salud del niño.
El TCAE también colabora en la administración de medicamentos bajo la supervisión de enfermeras o médicos, asegurándose de que se cumplan las pautas y dosis prescritas.
La observación constante de los pacientes es otra tarea importante del TCAE en la UCIP. Están atentos a cualquier cambio en el estado del niño y alertan al personal médico en caso de detectar signos de deterioro o complicaciones.
Asimismo, el TCAE ayuda en la preparación y apoyo durante los procedimientos médicos y quirúrgicos, asegurando que se dispongan adecuadamente los materiales y equipos necesarios.
El apoyo emocional a los pacientes y sus familias también es una función esencial del TCAE. Brindar un trato amable, escuchar y responder a sus inquietudes puede marcar una gran diferencia en la experiencia de hospitalización.
Adicionalmente, el TCAE mantiene la limpieza y el orden de la UCIP, contribuyendo a crear un entorno seguro y sanitario para los pacientes.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel vital en la UCIP, trabajando en estrecha colaboración con el equipo médico para proporcionar una atención integral y compasiva a los pacientes pediátricos críticamente enfermos y brindando apoyo tanto a ellos como a sus familias durante su estadía en la unidad.

5 Discusión-Conclusión

Para una buena gestión de la atención al niño en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, el auxiliar de enfermería debe seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, mantener una comunicación efectiva y colaborativa con el equipo médico y de enfermería para asegurar una atención coordinada. Es crucial estar atento a las necesidades del paciente, brindando un trato compasivo y empático. Cumplir con precisión los protocolos de higiene y seguridad, garantizando un ambiente limpio y libre de infecciones. Registrar y comunicar adecuadamente las constantes vitales y cambios en el estado del niño para una

monitorización efectiva. Apoyar a las familias en momentos difíciles y ofrecer información clara sobre el estado del paciente. La cooperación y el enfoque centrado en el bienestar del niño son fundamentales para una atención de calidad.

6 Bibliografía

Tejedor, R. M. I., Altamirano, A. M. O., Remón, A. D., Asendio, E. G., Martínez, D. A., & Ocaña, C. M. (2023). TCAE en cuidados intensivos (UCI). Revista Sanitaria de Investigación, 4(5), 78.

Capítulo 133

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA HOSPITALARIA

BEATRIZ GONZALEZ PEREZ

SANDRA MARTÍN ANTONA

Mª ANGELES ORTIZ LÓPEZ

SILVIA SESMA MOLINA

MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ

1 Introducción

La Unidad de Neonatología Hospitalaria es una área especializada en hospitales que brinda atención médica y cuidados intensivos a recién nacidos prematuros o con condiciones médicas complejas. Estos bebés pueden necesitar un nivel más alto de atención debido a su inmadurez fisiológica o problemas de salud al nacer. En la unidad, un equipo médico multidisciplinario que incluye neonatólogos, enfermeras neonatales, terapeutas respiratorios y otros especialistas trabaja en estrecha colaboración para brindar una atención integral. La tecnología médica avanzada se utiliza para monitorizar constantemente a los bebés, administrar medicamentos y proporcionar soporte respiratorio cuando sea necesario.

El cuidado en la Unidad de Neonatología Hospitalaria se centra en la estabilización del bebé, el mantenimiento de una temperatura corporal adecuada y la prevención de infecciones. Se brinda alimentación especializada, ya sea mediante la administración de fórmula o lactancia materna, con un seguimiento cuidadoso del crecimiento y desarrollo del bebé.
Además de los cuidados médicos, la unidad también ofrece apoyo emocional y educación a los padres para que participen activamente en el cuidado de sus hijos. El equipo trabaja para facilitar el apego y el vínculo entre los padres y los bebés, especialmente si estos necesitan permanecer en la unidad durante un período prolongado.
La Unidad de Neonatología Hospitalaria es esencial para brindar la mejor atención posible a los recién nacidos que requieren cuidados intensivos y es un lugar donde el equipo médico se esfuerza por promover la salud y el bienestar de los bebés y sus familias.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es mostrar las distintas funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en distintas técnicas que se reflejan en el título.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juega un papel crucial en la Unidad de Neonatología Hospitalaria al proporcionar apoyo y asistencia esencial en el cuidado de los recién nacidos prematuros o con condiciones médicas complejas. Sus funciones están enfocadas en garantizar el bienestar y la seguridad de los bebés y colaborar estrechamente con el equipo médico y de enfermería para brindar una atención integral y de calidad.

Una de las funciones principales del TCAE en la Unidad de Neonatología es ayudar en el cuidado y aseo diario de los bebés. Esto incluye cambiar pañales, lavar y mantener la higiene adecuada, y asegurar el confort de los recién nacidos en todo momento.
El TCAE también colabora en la toma de constantes vitales de los bebés, como la temperatura corporal, frecuencia cardíaca y respiratoria, brindando información importante para el equipo médico sobre el estado de salud de los recién nacidos. Además, el TCAE asiste en la administración de medicamentos, bajo la supervisión de enfermeras o médicos, asegurando que se sigan las indicaciones y dosis correctas.
La observación continua de los bebés es otra tarea vital del TCAE en la Unidad de Neonatología. Están atentos a cualquier cambio en el estado de los recién nacidos y alertan al personal médico si detectan signos de deterioro o complicaciones.
El TCAE también ayuda en la preparación y apoyo durante procedimientos médicos, como la colocación de sondas o la realización de pruebas diagnósticas, asegurando que se dispongan adecuadamente los materiales y equipos necesarios.
Adicionalmente, el TCAE brinda apoyo emocional a las familias, explicando los procedimientos, respondiendo preguntas y ofreciendo comprensión y compasión en momentos de incertidumbre.
La colaboración y comunicación efectiva con el equipo de enfermería y médico es esencial para una atención coordinada y de calidad en la Unidad de Neonatología. El TCAE también contribuye a mantener la limpieza y el orden en la unidad, garantizando un ambiente seguro y sanitario para los bebés.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel fundamental en la Unidad de Neonatología Hospitalaria al brindar apoyo esencial en el cuidado de los recién nacidos y al colaborar estrechamente con el equipo médico y de enfermería para asegurar una atención integral y segura. Su dedicación y profesionalismo contribuyen significativamente al bienestar y la recuperación de los bebés y sus familias en este entorno de cuidados especializados.

5 Discusión-Conclusión

Para el cuidado del neonato ingresado, el auxiliar de enfermería debe seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, garantizar un ambiente cálido y tranquilo para el bebé, con una iluminación suave y un nivel adecuado de ruido. Es esencial mantener una higiene meticulosa al manipular al neonato y seguir los protocolos de lavado de manos antes y después de cada contacto. Observar cuidadosamente los signos vitales del bebé y comunicar cualquier cambio al personal

de enfermería o médico. Asistir en la administración de medicamentos y en la alimentación según las indicaciones del equipo de salud. Brindar apoyo emocional a los padres y fomentar el contacto piel con piel para favorecer el vínculo. La atención compasiva y dedicada del auxiliar de enfermería es fundamental para el bienestar y recuperación del neonato durante su estancia hospitalaria.

6 Bibliografía

Tejedor, R. M. I., Altamirano, A. M. O., Remón, A. D., Asendio, E. G., Martínez, D. A., & Ocaña, C. M. (2023). TCAE en cuidados intensivos (UCI). Revista Sanitaria de Investigación, 4(5), 78.

Capítulo 134

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS DEL NIÑO

BEATRIZ GONZALEZ PEREZ

SANDRA MARTÍN ANTONA

Mª ANGELES ORTIZ LÓPEZ

SILVIA SESMA MOLINA

MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ

1 Introducción

Las urgencias pediátricas son situaciones médicas críticas que afectan a niños y bebés y requieren una atención médica inmediata. Estas urgencias pueden ser causadas por diversas razones, como accidentes, enfermedades graves, reacciones alérgicas, dificultades respiratorias o fiebre alta.

En los servicios de urgencias pediátricas, un equipo de profesionales especializados en pediatría, incluyendo médicos, enfermeras y técnicos, se encarga de evaluar y tratar rápidamente a los pacientes. La prioridad es estabilizar al niño, asegurar una vía aérea permeable y mantener una circulación adecuada.

Se realizan pruebas diagnósticas y se administran tratamientos según la condición del niño. La comunicación efectiva con los padres o cuidadores es esencial

para obtener información sobre la historia clínica y cualquier factor relevante para el diagnóstico y tratamiento.
En las urgencias pediátricas, se manejan situaciones como convulsiones, asma aguda, traumatismos, intoxicaciones, entre otras. Los profesionales deben ser rápidos y precisos en sus decisiones, ya que algunos casos pueden poner en riesgo la vida del niño.
Además de la atención médica, el equipo de urgencias pediátricas brinda apoyo emocional y asesoramiento a los padres durante momentos de estrés y ansiedad. Las urgencias pediátricas son situaciones médicas críticas que requieren una atención inmediata y especializada. Un enfoque multidisciplinario, rapidez en el diagnóstico y tratamiento, y una comunicación efectiva son fundamentales para asegurar el mejor resultado posible para los niños que necesitan atención de emergencia.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es mostrar las distintas funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en distintas técnicas que se reflejan en el título.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en las urgencias pediátricas al brindar apoyo y asistencia en la atención de niños y bebés que requieren atención médica inmediata. Sus funciones se centran en garantizar el bienestar y la seguridad de los pacientes pediátricos y colaborar estrechamente con el equipo médico para proporcionar una atención integral y de calidad.
Una de las funciones principales del TCAE en las urgencias pediátricas es ayudar en el traslado y recepción de los pacientes, manteniendo un ambiente cálido y

tranquilo para tranquilizar a los niños y a sus familias.
El TCAE colabora en la toma y registro de constantes vitales, como la temperatura, el pulso y la respiración, proporcionando información valiosa al equipo médico sobre el estado de salud del niño.
Además, el TCAE asiste en la preparación y apoyo durante procedimientos médicos y diagnósticos, como la administración de medicamentos, la realización de pruebas o la colocación de vías intravenosas.
El control y registro de los suministros médicos y equipos en la sala de urgencias es otra responsabilidad del TCAE para garantizar que estén disponibles y en buen estado.
El TCAE también colabora en la movilización y confort del paciente, asegurando una posición adecuada y brindando cuidados básicos de higiene y confort.
La observación constante de los pacientes es esencial, y el TCAE debe estar atento a cualquier cambio en el estado del niño y comunicarlo al personal de enfermería o médico de inmediato.
El apoyo emocional a los niños y a sus familias es otra función importante del TCAE en las urgencias pediátricas. Proporcionar comprensión y compasión puede ayudar a aliviar la ansiedad y el estrés asociados con las situaciones de emergencia.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel crucial en las urgencias pediátricas al brindar apoyo esencial en el cuidado de los niños y bebés y colaborar con el equipo médico para asegurar una atención integral y segura. Su dedicación y profesionalismo contribuyen significativamente al bienestar y la recuperación de los pacientes pediátricos durante situaciones críticas.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar una buena atención del niño en urgencias, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe priorizar el bienestar y la seguridad del paciente. Es fundamental mantener la calma y ser empático para tranquilizar al niño y a sus padres durante situaciones de emergencia. El TCAE debe estar atento a las necesidades del niño, brindar un trato amable y compasivo, y colaborar estrechamente con el equipo médico para proporcionar una atención integral y rápida. Además, debe seguir protocolos de higiene y seguridad, registrar con precisión las constantes vitales y observar cualquier cambio en el estado del niño. La dedicación y profesionalismo del TCAE son clave para asegurar una atención de calidad y el bienestar del paciente pediátrico en urgencias.

6 Bibliografía

Allué, G. M. L., Modrego, B. M., Berne, A. C., Cárdenas, A. P., Pulido, C. H., & Navarro, S. F. (2023). Funciones del TCAE en la unidad de cuidados intensivos. Revista Sanitaria de Investigación, 4(5), 198.

Capítulo 135

EL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD Y LA ASISTENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANA BELEN BARRERO DIAZ

1 Introducción

Se define como ansiedad a un estímulo o mecanismo que crea el cuerpo para defenderse ante una situación amenazante o peligrosa. Viene con un sentimiento desagradable y la persona está tensa todo el rato. Es una evidencia que nuestro cuerpo crea para avisarnos o advertirnos de una consecuencia que puede ser peligrosa o amenazante. También puede provocar situaciones de estrés ante ciertos problemas amenazantes o peligrosos para la persona. Las personas que sufren de ansiedad crónica pueden padecer signos y síntomas como fatiga, taquicardias, angustia, mareos malestar general.

El tipo de ansiedad es adaptativa o que no se define como patológica destaca porque es un tipo de ansiedad que consiste en una sensación o estado emocional de una persona habitualmente respecto a situaciones que se le presenten en su vida y les resulte altamente estresante. Cuando la persona experimenta más cuadras de ansiedad se dice que ya es una ansiedad patológica donde existe una gran variedad de signos y síntomas negativos en el paciente originándole graves problemas de salud en su vida. Para ello las personas que padecen este tipo de trastorno deben comentárselo a su psicólogo o psiquiatra para que los profesionales les impongan un tratamiento adecuado y le ayudan a mejorar.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo de libros conocer cómo debe actuar el técnico cuidados auxiliares de enfermería ante este tipo de trastorno.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo seleccionando artículos científicos con contenido relacionados con el tema de estudio.
Son metodologías que ponen énfasis en la articulación de las problemáticas que aparecen como aisladas las comunidades pero que tienen relaciones causales entre ellas.

4 Resultados

La ansiedad se suele definir como un estado emocional en el que se encuentra una persona cuando cree que está en peligro o que se enfrenta hacia cualquier tipo de amenaza. Es una respuesta que nuestro cuerpo mismo realiza para estar en alerta. Este tipo de ansiedad está relacionado con el temor, la ira, la tristeza o la felicidad.
Por ejemplo se puede decir que la ansiedad normal o habitual puede ser adaptativa que consiste en la respuesta de la persona a la situación peligrosa o amenazante pero de una manera adecuada mientras que la ansiedad crónica es cuando la situación o reacción de la persona no se adapta de manera adecuada a la respuesta por lo que vio en la sensación de desmotivación y desagradable con signos y síntomas.
A continuación vamos a ver algunos de los síntomas tanto físicos como psicológicos que pueden presentar este tipo de trastorno:
Algunos de los síntomas físicos puede ser sensación de sudor en exceso, boca seca, mareos, temblores, taquicardias, contracturas, dolor de cabeza, dificultad para respirar, náuseas o vómitos.
En cuanto a los signos psicológicos puede darse la preocupación un estrés o agobio alto, inquietud la persona se encuentra más susceptible o repugnante, bloqueo mental, dificultad para concentrarse…

Debemos de acudir a un psicólogo si sabemos que no estamos gozando de una buena salud mental para evitar llegar a situaciones de ansiedad patológica es decir desarrollar el trastorno de ansiedad generalizado.
Algunas de las funciones que puede desempeñar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería con estas personas pueden ser mantener conversaciones con ellos para que sientan lo más cómodos o seguros posibles, siendo amables y generosos, teniendo empatía con ellos, brindándole la ayuda y el apoyo necesario tanto por el personal sanitario como por sus familiares.

5 Discusión-Conclusión

Para terminar este trabajo de la ansiedad generalizada debemos de tener en cuenta que cuando experimentamos algunos de estos signos o síntomas vayamos a comentárselo a nuestro médico de cabecera para que pueda ayudarnos sin tener que llegar hasta el extremo de desarrollar un trastorno de ansiedad generalizado que luego pasará a ser una enfermedad crónica y nunca tendrá cura, nos durará para toda la vida y necesitaremos o dependeremos de la ingesta de medicamentos contra este tipo de trastorno mental que lo único que nos trae son consecuencias negativas como graves problemas de salud limitando algunas acciones en nuestras vidas diarias.

6 Bibliografía

1- La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2023-08-07]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>.
ISSN 1024-9435.
2- 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-

Capítulo 136

LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIOS

MARIA ROSA FAURA ROMERO

NOELIA TERUEL MONTAÑEZ

BÁRBARA CARRASCO ROJO

ÁFRICA ARCOS ESPEJO

MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA

1 Introducción

Los cuidados paliativos hospitalarios son una especialidad de la medicina que se enfoca en proporcionar atención integral a pacientes con enfermedades en fase terminal o avanzada, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y aliviar el sufrimiento. En este contexto, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juegan un papel fundamental como miembros clave del equipo de atención médica.

La importancia de los cuidados del TCAE en el área de cuidados paliativos hospitalarios y resaltar las responsabilidades y funciones específicas que desempeñan

en este entorno. Los cuidados paliativos requieren un enfoque compasivo y multidisciplinario, y el TCAE desempeña un papel crucial en proporcionar apoyo tanto a los pacientes como a sus familias durante este período delicado.
El TCAE puede llevar a cabo en el área de cuidados paliativos hospitalarios, abarcando desde el cuidado básico del paciente hasta el apoyo emocional y la colaboración con el equipo de salud. Además, se hará hincapié en la importancia de la formación continua y la empatía para brindar un cuidado de alta calidad y una atención integral en esta etapa final de la vida.
Es esencial reconocer el papel esencial que desempeñan los TCAE en el área de cuidados paliativos, ya que su dedicación y profesionalismo contribuyen significativamente a mejorar la experiencia de los pacientes y sus familias en momentos de vulnerabilidad y transición. A través de su trabajo diario, estos profesionales demuestran una vocación de servicio y compasión, ayudando a aliviar el sufrimiento y brindando consuelo en los momentos más difíciles.

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 cuidados y acompañamiento que se realizan por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el acompañamiento al final de la vida de los pacientes.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el final de la vida de los pacientes.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de mayo de 2023 y julio de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo, Google Académico. Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 13 artículos, seleccionados finalmente 10 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.
La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“end of life” OR “end of life accompaniment”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que trabajan en el área de cuidados paliativos hospitalarios desempeñan un papel esencial en el apoyo y la atención a pacientes con enfermedades terminales o en fase avanzada. Sus responsabilidades pueden variar según las regulaciones y políticas específicas de cada institución, pero en general, los cuidados del TCAE en el área de cuidados paliativos hospitalarios incluyen:

1. Acompañamiento y apoyo emocional: Brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias es crucial en cuidados paliativos. El TCAE puede estar presente para escuchar, consolar y brindar palabras de aliento a los pacientes y sus seres queridos.
2. Cuidado básico del paciente: Asistir en la higiene personal, alimentación, movilización y cambios posturales del paciente. También pueden ayudar en la administración de medicamentos orales bajo supervisión del personal de enfermería.
3. Vigilancia de signos vitales: Monitorizar constantemente los signos vitales del paciente y comunicar cualquier cambio al personal de enfermería o médico responsable.
4. Control de síntomas: Ayudar a aliviar los síntomas del paciente, como el dolor, la ansiedad y otros malestares, siguiendo las indicaciones y protocolos establecidos.
5. Asistencia en la movilidad: Ayudar a los pacientes a movilizarse y a cambiar de posición para prevenir úlceras por presión y mejorar la comodidad general.
6. Apoyo en la alimentación: Ayudar a los pacientes con dificultades para alimentarse, ajustando las comidas a sus necesidades y proporcionando asistencia según sea necesario.
7. Cuidado de la piel: Realizar cuidados básicos de la piel y mantenerla limpia y seca para prevenir complicaciones.
8. Mantenimiento del entorno: Mantener el entorno del paciente limpio y ordenado, asegurando un ambiente cómodo y tranquilo.
9. Comunicación y registro: Mantener una comunicación efectiva con el equipo de salud y registrar cualquier cambio significativo en la condición del paciente.
10. Trabajo en equipo: Colaborar con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud para brindar una atención integral y de calidad al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido observar, en la bibliografía revisada que, en conclusión, es esencial que el TCAE en el área de cuidados paliativos hospitalarios tenga empatía, sensibilidad y compasión, ya que está en contacto directo con pacientes y familias que enfrentan momentos difíciles. Además, es importante que sigan las indicaciones y protocolos establecidos por el equipo de salud para asegurar una atención adecuada y segura. La formación continua y la actualización sobre cuidados paliativos también son fundamentales para brindar el mejor apoyo posible a los pacientes en esta etapa de la vida. El trabajo en el área de cuidados paliativos hospitalarios requiere de un enfoque holístico hacia el paciente, considerando no solo sus necesidades físicas, sino también sus necesidades emocionales, sociales y espirituales. El TCAE desempeña un papel vital en este proceso, contribuyendo a proporcionar un ambiente de cuidado y compasión en el que los pacientes puedan encontrar consuelo y dignidad durante esta etapa de la vida

6 Bibliografía

1. Montilla de Mora P. La sepsis en el paciente en Cuidados Paliativos Decisiones sobre el tratamiento antimicrobiano. Eidon revista de la fundación de ciencias de la salud. 2015;44:15—24.
2. Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. Enfermería Universitaria. 2016;13:55—60,.
3. Zamora Munoz ˜ MJ, Priego Valladares M, van-der Hofstadt Román CJ. Malestar emocional de pacientes y familiares en la Unidad de Cuidados Paliativos de un hospital general: un estudio piloto. Medicina Paliativa. 2018;25:191—4
4. Expósito, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 7(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.
php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004
5. Figueiredo, J. R., Geraldo, S. F., Limeira, M. E., Lima, M. M., y Xavier, I. S. (2013). Importancia de la comunicación en los cuidados paliativos en oncología pediátrica: un enfoque en la Teoría Humanística de Enfermería. Revista Latinoamericana de Enfermagem, 21(3). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0780.pdf
6. Gálvez Lopera, C., y Naranjo Quintero, V. (2017). El dolor humano: una respuesta de las ciencias de la salud y una reflexión del dolor espiritual para la formación de los cuidadores paliativos. Escritos, 25(55), 419-436. DOI:

10.18566/escr.v25n55.a04
7. García, F., Manquián, E., y Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. Psicoperspectivas, 15(3), 101-111. Recuperado de https:// scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242016000300010&lng=es& tlng=es

Capítulo 137

LOS CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS SEGÚN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA ROSA FAURA ROMERO

MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA

ÁFRICA ARCOS ESPEJO

BÁRBARA CARRASCO ROJO

NOELIA TERUEL MONTAÑEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) representan un desafío significativo en el cuidado de pacientes encamados, especialmente aquellos con movilidad reducida o condiciones médicas que requieren periodos prolongados de inmovilización. Estas lesiones cutáneas, también conocidas como escaras, pueden tener un impacto devastador en la salud y la calidad de vida del paciente, aumentando el riesgo de infecciones y complicaciones.

En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un rol crucial en la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Su papel abarca tanto la implementación de cuidados preventivos como el apoyo en el tratamiento de estas lesiones, trabajando de la mano con el equipo de enfermería para brindar una atención integral y de alta calidad. Los cuidados preventivos y de tratamiento de las úlceras por presión (UPP) en pacientes encamados son una parte fundamental del trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Las úlceras por presión, también conocidas como escaras, son lesiones en la piel que se producen cuando una parte del cuerpo está sometida a presión constante durante un tiempo prolongado, generalmente en pacientes con movilidad reducida o que permanecen mucho tiempo en la misma posición y que son responsabilidad del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

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 cuidados que se realizan por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y la prevención de las ulceras por presión.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con la los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y las ulceras por presión.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión según las recomendaciones PRISMA. La revisión se realizó entre los meses de mayo de 2023 y julio de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo, Google Académico.
Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 16 artículos, seleccionados finalmente 12 artículos.
La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“pressure ulcers” OR upp) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

Los cuidados que el TCAE debe tener en cuenta tanto para prevenir como para tratar las úlceras por presión en pacientes encamados:
Cuidados preventivos:
• Cambios posturales frecuentes: El TCAE debe ayudar al paciente a cambiar de posición regularmente, al menos cada dos horas. Esto ayuda a aliviar la presión en áreas específicas y reduce el riesgo de desarrollar úlceras.
• Uso de almohadas y cojines: Colocar almohadas o cojines especiales en áreas de riesgo, como talones, codos, caderas y espalda, para reducir la presión y el roce.
• Mantener la piel limpia y seca: Realizar una higiene adecuada y mantener la piel del paciente limpia y seca para evitar la humedad, que puede contribuir al desarrollo de úlceras.
• Utilizar sábanas y ropa de cama suaves: Evitar el uso de sábanas o ropa de cama arrugada o áspera que pueda irritar la piel.
• Controlar la nutrición e hidratación: Asegurarse de que el paciente reciba una dieta equilibrada y suficiente hidratación, ya que una buena nutrición es esencial para la salud de la piel.
• Inspección diaria de la piel: El TCAE debe examinar la piel del paciente diariamente en busca de signos de enrojecimiento o áreas sensibles que puedan indicar el inicio de una úlcera por presión.
Cuidados de tratamiento:
• Comunicar al personal de enfermería: Si el TCAE observa signos de una úlcera por presión o cualquier cambio en la piel del paciente, debe informar de inmediato al personal de enfermería para que se pueda evaluar adecuadamente y tomar las medidas necesarias.
• Colaboración en el cambio de apósitos: En algunos casos, el TCAE puede ayudar en el cambio de apósitos en úlceras por presión ya existentes, siguiendo las indicaciones del personal de enfermería.
• Higiene de las úlceras: El TCAE puede asistir en la limpieza y el cuidado de las úlceras por presión, manteniéndolas limpias y libres de infecciones.
• Apoyo en la movilización: Ayudar al paciente a cambiar de posición regularmente, incluso si está encamado, para aliviar la presión sobre las úlceras existentes y prevenir nuevas lesiones.
• Seguimiento y registro: El TCAE debe mantener un registro preciso de los cambios observados en las úlceras por presión y comunicarlos al personal de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir tras el análisis de los datos analizados en nuestra revisión que es importante recordar que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería siempre debe trabajar en estrecha colaboración con el personal de enfermería y seguir las pautas y protocolos establecidos por el equipo de salud para garantizar una atención segura y efectiva. Los cuidados preventivos y de tratamiento de las úlceras por presión son fundamentales para garantizar el bienestar y la comodidad de los pacientes encamados, y el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel vital en este aspecto de la atención médica multidisciplinar que debe brindarle a este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

1. López-Casanova Pablo, Verdú-Soriano José, Berenguer-Pérez Miriam, Soldevilla-Agreda Javier. Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2018000200092&script=sci_arttext&tlng=pt

2. Ramírez Bonivento Eric, Guarquila Abril Estefanía, Latorre Segovia Susana, Arce Chariguaman Wellington, Chancay Domenech Leiver. Manejo integral de las úlceras por presión en pacientes institucionalizados. Journal of Amrerican Health.2021. 4 (2). Disponible en : http://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/98

3. Jara Sagñay Melysa, García Silva Douglas, Loja Muzha Frank, Vasconez Chusino Andrea. Prevención de las úlceras por presión (UPP). Revista científica de la investigación y el conocimiento. 2019. 3 (3): 47-46. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7066905

4. Santos CT, Almeida Mde A, Lucena Ade F. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. Rev Lat Am Enfermagem. 2016. 14;24. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27305182/

Capítulo 138

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU TRABAJO EN EL ÁREA DE URGENCIAS

MARIA ROSA FAURA ROMERO

BÁRBARA CARRASCO ROJO

NOELIA TERUEL MONTAÑEZ

MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA

ÁFRICA ARCOS ESPEJO

1 Introducción

El área de urgencias es uno de los espacios más críticos y desafiantes dentro de un centro de atención médica. En este entorno, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel crucial al brindar una atención ágil, eficiente y humanizada a los pacientes que llegan con emergencias médicas. Su labor es fundamental para apoyar al equipo de salud en la atención inicial y el manejo de situaciones urgentes, asegurando que los pacientes reciban la atención adecuada en momentos de crisis y vulnerabilidad. La capacitación y habilidades del TCAE son fundamentales en la respuesta rápida y efectiva ante situaciones de emergencia, así como en el cuidado humanizado que ofrece a los pacientes en un contexto de urgencia médica. Además, examinaremos cómo la colaboración,

la comunicación y la capacidad para trabajar bajo presión son elementos esenciales para garantizar una atención de calidad y calidez en momentos de máxima exigencia. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en el área de urgencias, donde su labor es esencial para brindar una atención oportuna y de calidad a los pacientes que llegan con emergencias médicas. Su trabajo en este entorno es variado y multifacético, ya que colabora con el equipo de salud en diversas tareas para garantizar la atención integral de 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 los principales cuidados que se realizan por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el desempeño en el área de urgencias.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con la los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el trabajo en urgencias médicas.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión según las recomendaciones PRISMA. La revisión se realizó entre los meses de junio de 2023 y agosto de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo, Google Académico.
Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 11 artículos, seleccionados finalmente 9 artículos.
La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“medical emergency” OR “hospital medical emergencies”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

Se describen algunas de las responsabilidades y funciones del TCAE en el área de urgencias:

• Atención inicial al paciente: El TCAE es frecuentemente el primer profesional en recibir a los pacientes que llegan a urgencias. Su tarea inicial es acoger al paciente y recopilar información relevante sobre su condición médica y síntomas para facilitar el proceso de triaje y orientar al personal de enfermería y médicos sobre las necesidades prioritarias del paciente.
• Toma de signos vitales: El TCAE es responsable de tomar los signos vitales del paciente, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura. Estos datos son fundamentales para evaluar el estado del paciente y tomar decisiones médicas adecuadas.
• Asistencia en procedimientos médicos: El TCAE apoya en la realización de diversos procedimientos médicos, como la colocación de vías intravenosas, la extracción de sangre para análisis, la administración de medicamentos y otros tratamientos indicados por el personal de enfermería o médico.
• Mantenimiento del entorno: El TCAE se encarga de mantener el área de urgencias limpia, ordenada y equipada, asegurando que todos los materiales y equipos necesarios estén disponibles y en buen estado para una atención rápida y efectiva.
• Asistencia en la movilización y traslado: En casos de pacientes con movilidad reducida o lesiones, el TCAE ayuda en la movilización y traslado de los pacientes dentro del área de urgencias, garantizando su comodidad y seguridad.
• Apoyo emocional: El TCAE brinda apoyo emocional a los pacientes y sus familiares, ya que el ambiente de urgencias puede ser estresante y angustiante. Escuchar y proporcionar palabras de aliento son aspectos importantes del cuidado humanizado que el TCAE ofrece.
• Colaboración en la reanimación cardiopulmonar (RCP): En situaciones de paro cardíaco o respiratorio, el TCAE puede colaborar en el equipo de reanimación cardiopulmonar bajo la supervisión del personal médico.
• Registro y documentación: El TCAE es responsable de mantener un registro preciso de todas las intervenciones realizadas y los datos relevantes del paciente en el historial clínico, asegurando que la información sea accesible para el personal médico y de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir tras el análisis de los resultados obtenidos en nuestro trabajo que es importante destacar que el trabajo del TCAE en el área de urgencias requiere habilidades técnicas, capacidad de trabajo bajo presión y empatía hacia los pacientes en situaciones críticas. Además, la coordinación y la comunicación

efectiva con el resto del equipo de salud son fundamentales para garantizar una atención integral y rápida a los pacientes que requieren cuidados urgentes.
El TCAE desempeña una función indispensable en el área de urgencias, contribuyendo significativamente a la eficacia y humanización de la atención médica en situaciones de emergencia, donde cada segunda cuenta para salvar vidas y proporcionar el cuidado necesario a quienes lo necesitan.

6 Bibliografía

1. Rocco, C. y Garrido, A. (2017) "Seguridad del paciente y cultura de la seguridad", Revista Médica Clínica Las Condes, 28(5), pp. 785–795. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006
2. Tomás Vecina, S., Chanovas-Borràs, M., Roqueta, F., Alcaraz, J. y Toranzo, T. (2010) "EVADUR: Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles", Emergencias, 22(6), pp. 415-428.
3. Villarreal-Pérez, J.Z., Gómez-Almaguer, D., BosquesPadilla, F.J. (2011) "Errar es humano", Medicina Universitaria, 13(51), pp. 69–71.
4. Vincent, Ch. y Amalberti, R. (2016) Seguridad del paciente: Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. Madrid: Modus Laborandi.
5. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2015). Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud: Período 2015-2020.
6. Junta de Andalucía, Observatorio para la Seguridad del paciente (2015). Avizor: Aplicación móvil para comunicar los riesgos relacionados con la Seguridad del Paciente. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidad sanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/ es/apps-salud/Notifica/manual.html
7. Organización Mundial de la Salud (2019). 10 datos sobre seguridad del paciente. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/facts-in-

Capítulo 139

PROTOCOLO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN MANTENIMIENTO DEL FIBROSCOPIO

ANA TERCERO ALFARO

SANDRA MELLINAS GARCIA

EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO

ESMERALDA SEVILLA MORENO

SONIA FAJARDO MELLINAS

1 Introducción

El fibroscopio es un aparato que sirve para una exploración, la mayoría se utiliza en respiratorio (nariz y mucosas, y garganta), para ello se utiliza el fibroscopio que es un instrumento de fibra óptica que es flexible a diferencia del endoscopio que es rígido.
Está conectado a una luz, tiene una cámara y un monitor que permite explorar de manera directa a las cavidades requeridas del organismo y órganos huecos con el objetivo de realizar un diagnóstico más preciso.
A veces se suele dar el caso que los pacientes tienen náuseas, por lo que el especialista quizás administre, bien vía tópica o venosa, una medicación para contrarrestar ese efecto.

En caso de que el paciente tenga especial reflejo nauseoso, el especialista aplicará un poco de anestesia tópica en forma de spray.
El cable de la cámara se conecta al extremo proximal del fibroscopio.
El fibroscopio tiene una cámara que es ahí donde recibe la señal y posterior al monitor, estas imágenes pueden ser grabadas para en casos de requerir el paciente que puedan obtenerlas o para poder observar de manera exhaustiva alguna prueba requerida. Para facilitar el trabajo al especialista se debe tener en cuenta haber comprobado antes el adecuado funcionamiento del sistema de aspiración con las sondas de aspiración o yankauer para, en caso necesario, ir retirando secreciones.
Hoy en día, las pruebas se realizan con un fibroscopio portátil, por lo que se facilita la posibilidad de desplazarlo en caso necesario para pacientes con características específicas o bajo petición médica.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE en la realización de una prueba con fibroscopio y su mantenimiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

Antes de la realización de la broncoscopia, se debe dar a conocer los riesgos del procedimiento, se debe proporcionar el consentimiento informado y explicar a los pacientes y familiares sus complicaciones, ya que puede ser un factor de riesgo para la trasmisión de enfermedades tanto bacterianas como víricas y hongos. Poir ello es muy importante una adecuada desinfección previa de todo el material a utilizar. El incumplimiento de esta norma de desinfección está asociado con la trasmisión de infecciones, después de la realización de la prueba se debe establecer medidas adecuadas, la desinfección debe estar organizada, monitoreo, calidad

del proceso, etc.
Este aparato tiene una fibra óptica, está conectado a una cámara que va mostrando imágenes en tiempo real en el monitor.
La realización de estas pruebas se realizan en pacientes con problemas en oídos, garganta u nariz. Con ello podemos diagnosticar distintas patologías, problemas de nariz, oídos, tumores, etc.
Normalmente, este procedimiento tarda menos de 1 minuto. También se puede realizar una laringoscopia usando una luz de estroboscopio.
La TCAE será la encargada de tener preparado y supervisado el fibroscopio, así como se ocupará de su limpieza, ya que debido a una mala praxis puede tener consecuencias para el paciente que se realice la prueba debido a que este instrumento pasa a través de mucosas.
Deberá tener a mano todo lo que se precise o cualquier cosa que pidan en conjunto y bajo supervisión de enfermería.
Al terminar, debe tener en cuanta que el paciente no está con las mismas facultades con las que vino, por lo que el auxiliar presta ayuda y atención al paciente es una pieza fundamental en el contacto directo con el paciente.
Se llevará a una sala de observación hasta que pase un tiempo prudencial para su mejoría total y volveremos a preparar de nuevo el material o limpieza de lo que se requiera para poder continuar con las pruebas citadas u oportunas
El paciente posterior a la realización de la fibroscopia, estará convaleciente debido a la sedación y el adormecimiento.

5 Discusión-Conclusión

Debido a esta prueba exploratoria se pueden diagnosticar patologías o disfuncionalidades en las vías respiratorias.
El especialista será el encargado de realizar la prueba, dar los resultados y ajustar la mejor opción terapéutica que considere oportuna.
Esta prueba es muy precisa y nos permitirá visualizar de una forma concreta problemas de garganta, nariz y laringe o faringe como anteriormente citamos(tumores, pólipos, etc.)
El paciente está en todo momento despierto, pero con un poco de sedación que es normal ante estas pruebas por la medicación preparatoria.
En cuanto a si genera lesiones o efectos secundarios posteriores, podemos citar que se dan casos como: dolor o molestia en la zona donde se realiza la prueba o un pequeño adormecimiento, pero sin graves consecuencias.

6 Bibliografía

1. Manual SEPAR de Procedimientos. Módulo 2. Procedimientos de pruebas funcionales. Coordinador: Luis Puente Maestu ©Copyright, 2002. SEPAR. ISBN. Obra completa: 84-7989-152-1. ISBN Módulo 2: 84-7989-154-8 Depósito legal:Imprime: EGRAF, S. A. Madrid Editado y coordinado por Luzán 5, S. A. Disponible en: https://dl.dropboxusercontent.com/u/60017244/Manuales%20de%20Procedimientos/Manual%202.pdf

2 Fibroscopio - quimica.esquimica.es https://www.quimica.es › enciclopedia › Fibroscopio

3. Manual SEPAR de Procedimientos. Módulo 14. Necesidades y organización de una unidad de endoscopia respiratoria. Coordinación: Javier Flandes Aldeyturriaga, Angel Ortega Gonzalez ©Copyright 2008. SEPAR. ISBN Obra completa: 84-7989-152-1 ISBN Módulo 14:978-84-936373-0-9 Dep. Legal: B19545-2008 Ref.: ESFOR13170LIB052008. Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/procedimientos14?e=3049452/2565187

4. Cases Viedma E, Pérez Pallarés J, Martínez MA García, Raquel López Reyes, Francisca Sanchís Moret, J.L. Sanchis Aldás Eficacia del midazolam para la sedación en la broncoscopia flexible, Órgano oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR y la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT), ISSN 0300-2896, Vol. 46, Nº. 6, 2010, págs. 302-309. Disponible en: https://dialnet. unirioja.es/servlet/ articulo?codigo= 3218964

Capítulo 140

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MANEJO DE LAS MEDIAS DE COMPRESIÓN

SANDRA MELLINAS GARCIA

EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO

ANA TERCERO ALFARO

ESMERALDA SEVILLA MORENO

SONIA FAJARDO MELLINAS

1 Introducción

Las medias de comprensión están hechas de material elástico, tiene dos dispositivos.
La compresión neumática intermitente (IPC, por su sigla en inglés) consiste en usar una máquina simple para prevenir la trombosis venosa profunda (TVP). El dispositivo tiene dos manguitos que se llenan de aire automáticamente y comprimen las piernas sin causarle dolor.
Son medias hechas de material elástico que dan compresión gradual a la pierna. En nuestro caso, la mayoría tienen la longitud del muslo. Ayudan a reducir el riesgo de formación de coágulos sanguíneos o TVP en las piernas mientras está

en el hospital y menos activo de lo normal. La TVP a veces conduce a una embolia pulmonar (coágulo de sangre en los pulmones), que es un cuadro clínico de gran gravedad y que puede poner en riesgo su vida.
Si tiene venas varicosas, arañas vasculares o acaba de tener una cirugía, su proveedor de atención médica le puede recetar medias de compresión. El uso de medias ayuda con el dolor y la sensación de pesadez en las piernas y la hinchazón en las piernas. Actúan ejerciendo una suave presión que favorece la circulación sanguínea. Aumentan la circulación: esta es una de las principales características de las medias de compresión, se incrementa la circulación debido a la gravedad que ejercen sobre la sangre.

2 Objetivos

Conocer el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el manejo de las medias de comprensión.

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 compresión tiene el efecto de acelerar la circulación de la sangre en sus venas. Esto hace que la coagulación y formación de trombos sea menos probable. A menudo el uso de las medias se asocia con la compresión neumática. Se trata de unos dispositivos que se colocan alrededor de las piernas o en los pies. Se inflan automáticamente a intervalos regulares. Cuando están inflados, aplican presión, lo que ayuda a mantener circulando la sangre en las piernas. Es importante que lleve el dispositivo de compresión durante el mayor tiempo posible, tanto cuando esté en la cama, como cuando esté sentado en el sillón. El personal de planta le mostrará cómo usar el dispositivo correctamente y verificará regularmente su uso.

Estas medias tienen recomendaciones médicas y para distintos tipos de pacientes o con diferentes características como puede ser: piernas hinchadas, edemas, mujeres embarazadas, personas que pasan mucho tiempo de pie, etc.
Personas con trastornos que afecten a la circulación arterial no deben usarlas.
Según su grado de compresión, las medias se clasifican en compresión ligera, normal, fuerte o muy fuerte (20-30 mmHg) Presión firme, típicamente utilizada cuando lo recomienda un fitter certificado o proveedor de atención médica - Fuerza de compresión para síntomas médicos pronunciados. Presión extra-Firm de 30-40 mmHg, utilizada solo cuando prescribe un médico: fuerza de compresión para condiciones médicas severas.
Los calcetines de compresión actúan como una ayuda a la bomba muscular de la pantorrilla y sustituyen a las válvulas deterioradas de las venas, consiguiendo corregir los problemas que originan una mala circulación.
Dependiendo de las características de los pacientes así será su opción de medias de compresión dado q pueden ser desde neumáticas hasta otras que ejercen presión como las medias tipo calcetín.

5 Discusión-Conclusión

En pacientes que sufren enfermedades arteriales, es decir estrechamiento de las arterias de sus piernas o con daños sensitivos en los nervios lo que dícese una neuropatía periférica, los injertos, las personas con líquido en los pulmones producidos por insuficiencias cardiacas, eczemas en la piel o piel débil, quizás por alergia al material de las medias de comprensión o las piernas están muy hinchadas no se deben utilizar ni poner como método de actuación con los pacientes.
En otros casos es recomendable como valoración de los especialistas porque las medias de comprensión son un elemento para mejorar la circulación sanguínea y así evitar la trombosis, ulceras o varices.

6 Bibliografía

1. https://www.cardinalhealth.es/es_es/medical-products/patient-care/mechanical-compression.html.
2. https://www.cochrane.org/es/CD001484/PVD_medias-de-compresion-graduada-para-la-prevencion-de-la-trombosis-venosa-profunda-durante-la-estancia.

Capítulo 141

ABORDAJE DE LA FATIGA ASOCIADA AL CÁNCER MEDIANTE EJERCICIO FÍSICO: UN ENFOQUE DE LA FISIOTERAPIA

DAVID GARCÍA RONCERO

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

CELIA VELASCO CORTÉS

1 Introducción

La fatiga es uno de los síntomas más comunes y debilitantes experimentados por los pacientes con cáncer. Se estima que aproximadamente el 70% de los pacientes oncológicos experimentan fatiga durante su tratamiento o en la etapa posterior al mismo. Esta fatiga puede persistir incluso después de finalizar los tratamientos y afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes.

La fatiga asociada al cáncer se caracteriza por una sensación persistente de agotamiento físico, mental o emocional que no se alivia con el descanso adecuado. Esta fatiga puede interferir con las actividades diarias, reducir la capacidad funcional y generar un impacto negativo en la recuperación y en la adherencia al tratamiento.

La fisioterapia, como disciplina de la salud que utiliza el movimiento y el ejercicio como herramientas terapéuticas, ha demostrado ser efectiva en el abordaje de la fatiga asociada al cáncer. El ejercicio físico adaptado y supervisado por fisioterapeutas especializados puede jugar un papel crucial en el manejo y la reducción de la fatiga en los pacientes oncológicos.

El propósito de este paper es revisar la literatura científica actualizada sobre el abordaje de la fatiga asociada al cáncer mediante ejercicio físico, desde la perspectiva de la fisioterapia. Se examinarán los mecanismos subyacentes de la fatiga en pacientes con cáncer, los beneficios del ejercicio físico en la reducción de la fatiga y las estrategias de intervención utilizadas por los fisioterapeutas en este contexto.

Se espera que este trabajo proporcione una visión general de los avances en el campo de la fisioterapia oncológica, específicamente en relación con el manejo de la fatiga asociada al cáncer. Además, se pretende resaltar la importancia de incluir al fisioterapeuta como parte integral del equipo multidisciplinario de atención oncológica, para optimizar la calidad de vida de los pacientes y mejorar su bienestar general.

A medida que se avanza en la comprensión de la fatiga asociada al cáncer y los beneficios del ejercicio físico en su manejo, se espera que este paper sirva como base para futuras investigaciones y como guía clínica para los fisioterapeutas que trabajan con pacientes oncológicos.

2 Objetivos

Los objetivos que se pretenden conseguir con este trabajo son los siguientes:

Analizar y revisar la literatura científica actualizada sobre la fatiga asociada al cáncer y su abordaje mediante ejercicio físico desde la perspectiva de la fisioterapia.

Examinar los mecanismos subyacentes de la fatiga en pacientes con cáncer, incluyendo aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a su desarrollo.

Evaluar los beneficios del ejercicio físico en la reducción de la fatiga en pacientes oncológicos, considerando los diferentes tipos de ejercicio, intensidades, duración y frecuencia.

Identificar las estrategias de intervención utilizadas por los fisioterapeutas en el manejo de la fatiga asociada al cáncer, incluyendo técnicas de ejercicio, educación del paciente, modificaciones del estilo de vida y manejo de la actividad diaria.

3 Metodología

La metodología que se utilizó para abordar la fatiga en pacientes con cáncer se ha basado en los siguientes pasos:
Revisión de la literatura científica: Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible sobre la fatiga en pacientes con cáncer. Se analizaron estudios, revisiones y metaanálisis relevantes para comprender los factores fisiopatológicos y psicosociales que contribuyen a la fatiga en este grupo de pacientes, así como los beneficios del ejercicio físico en su reducción.
Identificación de los factores de interés: Se identificaron los principales factores que contribuyen a la fatiga en pacientes con cáncer, tanto a nivel fisiopatológico como psicosocial. Se recopilaron datos y se extrajeron conclusiones clave de los estudios revisados.
Análisis de los beneficios del ejercicio: Se examinaron los estudios que investigaron los efectos del ejercicio físico en la reducción de la fatiga en pacientes con cáncer. Se analizaron los posibles mecanismos implicados en estos beneficios y se establecieron conclusiones basadas en la evidencia científica disponible.
Evaluación de estrategias de ejercicio en fisioterapia: Se revisaron las diferentes estrategias de ejercicio utilizadas en el contexto de la fisioterapia para el manejo de la fatiga en pacientes con cáncer. Se analizaron los programas de ejercicio adaptados a las necesidades individuales de los pacientes, considerando factores como el tipo y estadio del cáncer, la condición física previa y las limitaciones específicas.
Recomendaciones y consideraciones clínicas: Se examinaron las recomendaciones actuales para el ejercicio en pacientes con cáncer, destacando la importancia de una evaluación inicial exhaustiva y la supervisión continua por parte de un fisioterapeuta especializado. Se resaltó la necesidad de una atención multidisciplinaria, en la que los fisioterapeutas desempeñen un papel crucial en el manejo integral de los síntomas relacionados con el cáncer.
En resumen, la metodología utilizada se basó en una revisión exhaustiva de la literatura científica, seguida de un análisis y evaluación crítica de los estudios relevantes. Esto permitió identificar los factores que contribuyen a la fatiga en pacientes con cáncer, explorar los beneficios del ejercicio físico y examinar las estrategias de ejercicio utilizadas en la fisioterapia. Las conclusiones obtenidas se basaron en la evidencia científica disponible y se resaltaron las implicaciones clínicas de la fisioterapia basada en el ejercicio en el abordaje de la fatiga asociada al cáncer.

4 Resultados

La fatiga es uno de los síntomas más comunes y debilitantes experimentados por los pacientes con cáncer. Puede ser causada por una combinación de factores fisiopatológicos y psicosociales, los cuales contribuyen de manera interrelacionada a la sensación de agotamiento y falta de energía.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el cáncer en sí mismo puede desencadenar respuestas inflamatorias y sistémicas en el cuerpo, lo que puede llevar a una alteración del equilibrio energético y una disminución de la capacidad funcional. Los tratamientos contra el cáncer, como la quimioterapia, radioterapia y cirugía, también pueden tener efectos secundarios que contribuyen a la fatiga, como la disminución de la producción de glóbulos rojos (anemia), alteraciones hormonales y disfunción del sistema inmunológico.

Además de los factores fisiopatológicos, los aspectos psicosociales desempeñan un papel importante en la fatiga en pacientes con cáncer. El diagnóstico de cáncer y el tratamiento pueden generar estrés, ansiedad, depresión y cambios en la calidad de vida, lo que a su vez puede influir en los niveles de energía y contribuir a la fatiga. La falta de sueño, la preocupación por la enfermedad, la carga emocional y los cambios en el estilo de vida también pueden desencadenar y perpetuar la fatiga.

El ejercicio físico se ha identificado como una estrategia eficaz para reducir la fatiga en pacientes con cáncer. Numerosos estudios han demostrado que la actividad física regular puede mejorar los niveles de energía, reducir la fatiga y mejorar la calidad de vida en estos pacientes. Los mecanismos implicados en los beneficios del ejercicio incluyen:

Mejora de la función cardiovascular y el transporte de oxígeno: El ejercicio aeróbico puede fortalecer el corazón y los pulmones, mejorando así la capacidad para suministrar oxígeno y nutrientes a los tejidos, lo que a su vez puede reducir la fatiga.

Estimulación del sistema nervioso central: El ejercicio puede activar el sistema nervioso central y liberar endorfinas, lo que produce una sensación de bienestar y reduce la percepción de la fatiga.

Mejora del equilibrio hormonal: El ejercicio regular puede ayudar a regular los niveles hormonales, incluyendo el cortisol (hormona del estrés) y las hormonas relacionadas con el estado de ánimo, lo que puede influir positivamente en la fatiga.

Reducción de la inflamación y el estrés oxidativo: El ejercicio puede tener efectos antiinflamatorios y antioxidantes, lo que puede contrarrestar los procesos inflam-

atorios y el estrés oxidativo asociados con la fatiga en pacientes con cáncer.
En el contexto de la fisioterapia para el manejo de la fatiga en pacientes con cáncer, se utilizan diferentes estrategias de ejercicio adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente. Estas estrategias pueden incluir ejercicios aeróbicos de intensidad moderada, como caminar o andar en bicicleta, ejercicios de fuerza para fortalecer los músculos y ejercicios de flexibilidad para mantener la movilidad.
Es importante tener en cuenta que los programas de ejercicio deben ser adaptados a cada paciente, considerando factores como el tipo y estadio del cáncer, la condición física previa, las limitaciones específicas y las preferencias individuales. La supervisión continua por parte de un fisioterapeuta especializado es crucial para garantizar la seguridad y eficacia del programa de ejercicio.
Las recomendaciones actuales para el ejercicio en pacientes con cáncer enfatizan la importancia de una evaluación inicial exhaustiva, que tenga en cuenta la condición física, los síntomas y las limitaciones individuales. Esto permite diseñar un programa de ejercicio personalizado y seguro. La supervisión continua por parte de un fisioterapeuta especializado garantiza una progresión adecuada del programa de ejercicio y permite ajustes según sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la fisioterapia basada en el ejercicio puede desempeñar un papel importante en el abordaje de la fatiga asociada al cáncer. Algunas de las principales conclusiones son:
La fatiga es un síntoma común y debilitante en pacientes con cáncer, y puede ser causada por una combinación de factores fisiopatológicos y psicosociales.
El ejercicio físico regular ha demostrado ser eficaz en la reducción de la fatiga y la mejora de los niveles de energía en pacientes con cáncer.
Los mecanismos implicados en los beneficios del ejercicio incluyen mejoras en la función cardiovascular, estimulación del sistema nervioso central, equilibrio hormonal y reducción de la inflamación y el estrés oxidativo.
La fisioterapia ofrece diferentes estrategias de ejercicio adaptadas a las necesidades individuales de los pacientes, considerando factores como el tipo y estadio del cáncer, la condición física previa y las limitaciones específicas.
La supervisión continua por parte de un fisioterapeuta especializado es crucial para garantizar la seguridad y eficacia del programa de ejercicio.
Las implicaciones clínicas de la fisioterapia basada en el ejercicio para el abordaje de la fatiga asociada al cáncer son significativas. Algunas de ellas incluyen:

Mejora de la calidad de vida: La reducción de la fatiga a través del ejercicio puede tener un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes con cáncer, permitiéndoles participar en actividades diarias y disfrutar de una mayor sensación de bienestar.
Manejo integral de los síntomas: La fisioterapia basada en el ejercicio no solo aborda la fatiga, sino que también puede ayudar a controlar otros síntomas relacionados con el cáncer, como la debilidad muscular, la disminución de la capacidad funcional y los problemas de equilibrio.
Reducción de los efectos secundarios de los tratamientos: Algunos tratamientos contra el cáncer pueden causar efectos secundarios que contribuyen a la fatiga. El ejercicio puede ayudar a contrarrestar estos efectos y mejorar la tolerancia al tratamiento.
Promoción de la autonomía y la participación activa: La fisioterapia basada en el ejercicio capacita a los pacientes para que sean parte activa de su propio proceso de recuperación y les brinda herramientas para manejar la fatiga de manera efectiva.
En general, la fisioterapia basada en el ejercicio para el manejo de la fatiga en pacientes con cáncer es una intervención efectiva y segura. Sin embargo, es importante destacar que el abordaje de la fatiga en el contexto del cáncer requiere una atención multidisciplinaria, en la que los fisioterapeutas trabajen en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, oncólogos, psicólogos y nutricionistas. Esta colaboración garantiza un enfoque integral y personalizado para el manejo de la fatiga y otros síntomas relacionados con el cáncer, mejorando así la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

Vallejo L, Díaz-Castro J, et al. Fatiga en pacientes con cáncer: revisión sistemática y metaanálisis. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2019;66(2):89-100.
Molassiotis A, Bardy J, et al. Evaluación y manejo de la fatiga relacionada con el cáncer: una revisión clínica. Ann Oncol. 2014;25(4):895-907.
Caro-Morán E, Fernández-Lao C, et al. Efectividad del ejercicio físico en la fatiga asociada al cáncer de mama: revisión sistemática y metaanálisis. Rehabilitación. 2018;52(1):22-31.
Herrero-Román F, Balto J, et al. Beneficios del ejercicio físico en pacientes oncológicos: revisión de la literatura. Nutr Hosp. 2020;37(3):620-627.
Galiano-Castillo N, Arroyo-Morales M, et al. Efectos del ejercicio físico sobre la fatiga en pacientes con cáncer: una revisión sistemática. Nutr Hosp.

2013;28(4):1179-1189.

Capítulo 142

ABORDAJE DEL SÍNDROME CUELLO-LENGUA: PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA

DAVID GARCÍA RONCERO

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

CELIA VELASCO CORTÉS

1 Introducción

El síndrome cuello-lengua es una condición clínica caracterizada por la presencia de alteraciones en la postura y el movimiento de la lengua, asociadas con disfunciones cervicales y orofaciales. Estas alteraciones pueden afectar significativamente la calidad de vida de los individuos, ya que interfieren con funciones esenciales como la alimentación, el habla y la respiración. A medida que esta condición se hace más evidente, es fundamental contar con un enfoque de tratamiento integral y multidisciplinario, en el cual el fisioterapeuta desempeña un papel fundamental.

El enfoque fisioterapéutico en el síndrome cuello-lengua se basa en una evaluación exhaustiva del paciente, considerando tanto los aspectos estructurales

como funcionales. Esto implica la valoración de la postura cervical, la movilidad y fuerza de los músculos cervicales y orofaciales, así como la evaluación de los patrones de movimiento de la lengua durante las diferentes funciones orales. Una vez establecido el diagnóstico y evaluadas las deficiencias, el fisioterapeuta puede diseñar un programa de tratamiento individualizado. Este programa puede incluir una combinación de técnicas manuales, ejercicios de fortalecimiento y estiramiento, terapia de calor o frío, terapia de electroestimulación y educación del paciente. El objetivo principal es mejorar la postura y la función de los músculos cervicales y orofaciales, así como restablecer los patrones de movimiento adecuados de la lengua.

Es importante destacar que el abordaje fisioterapéutico debe complementarse con otras intervenciones terapéuticas, como la terapia del habla y la alimentación, la terapia farmacológica en casos seleccionados y la orientación psicosocial. La colaboración interdisciplinaria entre fisioterapeutas, logopedas, odontólogos y médicos es esencial para garantizar una atención integral y óptima a los pacientes con síndrome cuello-lengua.

2 Objetivos

La presente revisión tiene como objetivo explorar el papel del fisioterapeuta en el abordaje del síndrome cuello-lengua. Se analizarán los aspectos clave relacionados con esta condición, incluyendo su etiología, manifestaciones clínicas y consecuencias funcionales. Se examinarán las intervenciones fisioterapéuticas más relevantes y efectivas en el manejo de este síndrome, haciendo especial énfasis en la rehabilitación cervical y orofacial.

3 Metodología

La metodología utilizada en este estudio se basó en una revisión exhaustiva de la literatura científica existente sobre el abordaje del síndrome cuello-lengua y el papel del fisioterapeuta en su manejo. Se realizaron búsquedas en bases de datos electrónicas, como PubMed y Google Scholar, utilizando términos relevantes como ”síndrome cuello-lengua”, ”fisioterapia”, ”rehabilitación cervical” y ”rehabilitación orofacial”.

4 Resultados

El síndrome cuello-lengua puede tener diversas causas, como lesiones traumáticas, trastornos neuromusculares, alteraciones estructurales y disfunciones temporomandibulares. Estas condiciones pueden afectar los músculos cervicales y orofaciales, así como los nervios que controlan la lengua, lo que conduce a alteraciones en la postura y movimiento lingual.

Las manifestaciones clínicas del síndrome cuello-lengua pueden variar, pero comúnmente incluyen dolor en el cuello y la mandíbula, dificultad para mover la lengua, disminución de la fuerza y coordinación lingual, cambios en la posición de descanso de la lengua y alteraciones en la deglución y el habla. Estas manifestaciones pueden tener consecuencias funcionales significativas, como dificultades para comer y hablar de manera adecuada, así como problemas respiratorios y de sueño.

En el abordaje del síndrome cuello-lengua, el fisioterapeuta desempeña un papel esencial. A través de una evaluación detallada, el fisioterapeuta puede identificar las deficiencias musculares, las restricciones articulares y los patrones de movimiento anormales que contribuyen a la condición. Esto implica evaluar la postura cervical, la movilidad y fuerza de los músculos cervicales y orofaciales, así como los patrones de movimiento lingual durante diferentes funciones orales.

Una vez establecido el diagnóstico y evaluadas las deficiencias, el fisioterapeuta puede desarrollar un programa de tratamiento personalizado. Las intervenciones fisioterapéuticas en el manejo del síndrome cuello-lengua pueden incluir técnicas manuales, ejercicios de fortalecimiento y estiramiento, terapia de calor o frío, terapia de electroestimulación y educación del paciente. El objetivo principal es mejorar la postura y la función de los músculos cervicales y orofaciales, así como restablecer los patrones de movimiento adecuados de la lengua.

Es importante destacar que el abordaje fisioterapéutico del síndrome cuello-lengua debe complementarse con otras intervenciones terapéuticas, como la terapia del habla y la alimentación, la terapia farmacológica en casos seleccionados y la orientación psicosocial. La colaboración interdisciplinaria entre fisioterapeutas, logopedas, odontólogos y médicos es esencial para garantizar una atención integral y óptima a los pacientes con síndrome cuello-lengua.

En conclusión, el síndrome cuello-lengua es una condición compleja que requiere un enfoque de tratamiento multidisciplinario. El fisioterapeuta desempeña un papel clave en el abordaje de esta condición, a través de la evaluación y rehabilitación de las alteraciones cervicales y orofaciales, así como la optimización de la función lingual. Mediante intervenciones específicas y personalizadas, el fisioter-

apeuta puede contribuir de manera significativa a mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por el síndrome cuello-lengua.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el síndrome cuello-lengua es una condición clínica que involucra alteraciones en la postura y movimiento de la lengua, asociadas con disfunciones cervicales y orofaciales. Estas alteraciones pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los individuos, afectando funciones esenciales como la alimentación, el habla y la respiración.

El fisioterapeuta desempeña un papel fundamental en el abordaje integral del síndrome cuello-lengua. A través de una evaluación detallada, el fisioterapeuta puede identificar las deficiencias musculares, las restricciones articulares y los patrones de movimiento anormales que contribuyen a la condición. Utilizando intervenciones fisioterapéuticas específicas y personalizadas, como técnicas manuales, ejercicios de fortalecimiento y estiramiento, terapia de calor o frío, terapia de electroestimulación y educación del paciente, se busca mejorar la postura y la función de los músculos cervicales y orofaciales, así como restablecer los patrones de movimiento adecuados de la lengua.

Es importante destacar que el abordaje fisioterapéutico debe complementarse con otras intervenciones terapéuticas, como la terapia del habla y la alimentación, la terapia farmacológica en casos seleccionados y la orientación psicosocial. La colaboración interdisciplinaria entre fisioterapeutas, logopedas, odontólogos y médicos es esencial para garantizar una atención integral y óptima a los pacientes con síndrome cuello-lengua.

En última instancia, el objetivo principal del fisioterapeuta en el manejo del síndrome cuello-lengua es mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. A través de su conocimiento especializado y enfoque individualizado, el fisioterapeuta puede contribuir significativamente a la rehabilitación y funcionalidad de los músculos cervicales y orofaciales, así como a la optimización de la función lingual. El tratamiento fisioterapéutico, junto con otras intervenciones terapéuticas, brinda la mejor oportunidad para que los pacientes alcancen una mejora sustancial en su capacidad para comer, hablar y respirar, permitiéndoles una vida más activa y saludable.

6 Bibliografía

Arancibia M, Guzmán N, Olate S, Cantín M. Síndrome del cuello-lengua. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2015;37(3):149-153.
Biscarini A, Fontana M, Manni V. Rehabilitación orofacial: una visión global en fisioterapia. Madrid: Médica Panamericana; 2018.
Candel E, Bravo J, Azagra S. Fisioterapia en la disfunción cráneo-cérvico-mandibular. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2013;73(2):107-114.
Díaz-Caballero AJ, Montiel-Company JM, Pinho T, Manzanares-Céspedes MC. Orofacial rehabilitation in patients with temporomandibular disorders and cervical pain: a systematic review. J Oral Rehabil. 2019;46(2):184-199.
García-Polo M, Martín-Fernández E, Martínez-Gomis J. El papel del fisioterapeuta en el tratamiento de la disfunción temporomandibular. Fisioterapia. 2017;39(1):29-38.

Capítulo 143

FISIOTERAPIA EN LA RADICULOPATÍA LUMBOSACRA: DIAGNÓSTICO, CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

DAVID GARCÍA RONCERO

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

CELIA VELASCO CORTÉS

1 Introducción

La radiculopatía lumbosacra es una patología neurológica común que afecta a la región lumbar y sacra de la columna vertebral. Se caracteriza por la compresión o irritación de las raíces nerviosas espinales que emergen de la médula espinal en esta región. Esta compresión puede ser causada por diversos factores, como hernias de disco, estenosis espinal, espondilolistesis, tumores u otras lesiones traumáticas.

La radiculopatía lumbosacra puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, limitando su capacidad para realizar actividades diarias y causando dolor crónico. El diagnóstico temprano y preciso de esta condición

es fundamental para iniciar un tratamiento adecuado y minimizar las complicaciones a largo plazo.
En este trabajo, exploraremos en detalle la radiculopatía lumbosacra, centrándonos en su definición, causas subyacentes, síntomas característicos y métodos de diagnóstico utilizados en la práctica clínica. Además, destacaremos las diferentes opciones de tratamiento disponibles, con énfasis en la fisioterapia como un enfoque terapéutico eficaz y no invasivo.
Se espera que esta revisión proporcione a los profesionales de la salud, especialmente a los fisioterapeutas, una comprensión más profunda de la radiculopatía lumbosacra y sus implicaciones clínicas. Además, se espera que este documento sirva como guía para el diagnóstico y manejo óptimo de los pacientes con esta condición, mejorando así su calidad de vida y promoviendo su recuperación.

2 Objetivos

Proporcionar una visión general de la radiculopatía lumbosacra, incluyendo su definición, causas subyacentes y mecanismos de desarrollo. Se busca comprender a fondo la naturaleza de esta afección para poder abordarla de manera eficaz.
Describir los síntomas característicos de la radiculopatía lumbosacra, tanto los más comunes como aquellos menos frecuentes pero relevantes. Se pretende ofrecer una imagen clara de las manifestaciones clínicas que pueden ayudar en el diagnóstico preciso.

3 Metodología

Se realizará una búsqueda exhaustiva de la literatura científica y médica utilizando bases de datos especializadas, como PubMed, Scopus y Google Scholar. Se utilizarán palabras clave relacionadas con la radiculopatía lumbosacra, el diagnóstico y el tratamiento, así como la fisioterapia. Se seleccionarán estudios clínicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y otras fuentes relevantes para obtener información actualizada y basada en evidencia.

4 Resultados

La radiculopatía lumbosacra es una condición médica que afecta las raíces nerviosas en la región lumbar y sacra de la columna vertebral. Las raíces nerviosas se ramifican desde la médula espinal y salen de la columna a través

de los espacios intervertebrales. La radiculopatía lumbosacra ocurre cuando estas raíces nerviosas se comprimen o irritan, lo que puede resultar en dolor, debilidad y alteraciones sensoriales en las áreas del cuerpo a las que los nervios afectados se dirigen.

Las causas subyacentes de la radiculopatía lumbosacra pueden ser diversas. La hernia de disco es una de las principales causas, en la cual el núcleo gelatinoso del disco intervertebral se protruye y comprime una raíz nerviosa adyacente. Otras causas incluyen la estenosis espinal (estrechamiento del canal espinal), la espondilolistesis (deslizamiento de una vértebra sobre otra), la degeneración de los discos intervertebrales, la osteoartritis facetaria (desgaste de las articulaciones de las vértebras) y los tumores que afectan las raíces nerviosas.

Los síntomas característicos de la radiculopatía lumbosacra incluyen dolor en la parte baja de la espalda que puede irradiarse hacia las nalgas, muslos, piernas y pies. Este dolor puede presentarse como una sensación punzante, ardorosa o de descarga eléctrica. Además del dolor, es común experimentar debilidad muscular en las piernas, sensación de hormigueo, entumecimiento y disminución de los reflejos osteotendinosos en las extremidades inferiores.

En la práctica clínica, el diagnóstico de la radiculopatía lumbosacra implica una evaluación médica exhaustiva y puede incluir varios métodos de diagnóstico. Estos pueden incluir:

Historia clínica y examen físico: El médico recopila información sobre los síntomas del paciente, realiza un examen físico para evaluar la fuerza muscular, los reflejos y la sensibilidad, y busca signos de compresión nerviosa.

Estudios de imagen: Las imágenes de la columna vertebral, como radiografías, resonancia magnética (RM) y tomografía computarizada (TC), pueden ayudar a identificar las estructuras anatómicas involucradas, como hernias de disco, estenosis espinal u otros cambios degenerativos.

Estudios electrodiagnósticos: La electromiografía (EMG) y la velocidad de conducción nerviosa (VCN) pueden ayudar a evaluar la función de los nervios y los músculos, identificando posibles áreas de compresión o daño nervioso.

Una vez que se ha realizado el diagnóstico de radiculopatía lumbosacra, se pueden considerar diversas opciones de tratamiento. El enfoque terapéutico inicial generalmente es conservador y puede incluir:

Reposo y modificaciones de actividad: Evitar actividades que agraven los síntomas y mantener una postura adecuada puede ayudar a aliviar la presión sobre las raíces nerviosas.

Medicación: Se pueden recetar medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE) o analgésicos para reducir el dolor y la inflamación.

Fisioterapia: La fisioterapia desempeña un papel crucial en el tratamiento de la radiculopatía lumbosacra. Los fisioterapeutas pueden diseñar programas de ejercicios específicos para fortalecer los músculos de la espalda, mejorar la flexibilidad y aliviar la presión sobre las raíces nerviosas. Además, pueden utilizar técnicas de terapia manual, como la movilización espinal, para mejorar la función de la columna vertebral.
Inyecciones epidurales: En algunos casos, se pueden administrar inyecciones de corticosteroides en el espacio epidural para reducir la inflamación y aliviar el dolor.
Si los tratamientos conservadores no proporcionan alivio adecuado, se puede considerar la cirugía en casos seleccionados, como hernias de disco grandes o condiciones graves que no responden a otras terapias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radiculopatía lumbosacra es una afección que afecta las raíces nerviosas en la región lumbar y sacra de la columna vertebral, causando dolor, debilidad y alteraciones sensoriales en las extremidades inferiores. Las causas subyacentes pueden variar, desde hernias de disco hasta estenosis espinal o degeneración de los discos intervertebrales.
El diagnóstico de la radiculopatía lumbosacra se realiza mediante la recopilación de la historia clínica, el examen físico y la utilización de estudios de imagen o electrodiagnósticos. Una vez realizado el diagnóstico, el tratamiento inicial se basa en enfoques conservadores, donde la fisioterapia juega un papel fundamental. La fisioterapia ofrece un enfoque terapéutico eficaz y no invasivo, que incluye ejercicios específicos, terapia manual y técnicas de movilización espinal para mejorar la función de la columna vertebral y aliviar los síntomas.
En algunos casos, cuando los tratamientos conservadores no proporcionan alivio suficiente, se puede considerar la opción de cirugía. Sin embargo, la mayoría de los casos de radiculopatía lumbosacra pueden manejarse de manera exitosa sin recurrir a la cirugía.
Es importante tener en cuenta que cada caso de radiculopatía lumbosacra es único, y el plan de tratamiento debe adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente. Trabajar en estrecha colaboración con un equipo médico, que incluya fisioterapeutas, puede ayudar a garantizar un enfoque integral y personalizado para el manejo de esta condición. Con un enfoque adecuado y oportuno, la mayoría de las personas pueden experimentar una mejora significativa en sus síntomas y recuperar su calidad de vida.

6 Bibliografía

Arroyo, J. F., & Jaramillo, J. A. (2017). Radiculopatía lumbosacra. En M. H. Franco Rodríguez (Ed.), Tratado de Medicina Física y Rehabilitación (pp. 1287-1295). Elsevier España.

Maigne, J. Y., & Deligne, L. (2016). Manual de diagnóstico y tratamiento en osteopatía. Elsevier España.

Cuesta-Vargas, A. I., Gabel, C. P., & Gómez-Conesa, A. (2011). Rehabilitación basada en el ejercicio físico en el tratamiento de la radiculopatía lumbar y el síndrome del canal lumbar estrecho. Fisioterapia, 33(1), 17-24.

Capítulo 144

STRETCHING GLOBAL ACTIVO EN FISIOTERAPIA

PAULA USEROS GARCÍA

1 Introducción

La Reeducación Postural Global (RPG) es un método de tratamiento manual creado por el fisioterapeuta francés Philippe Sourchard en los años 80 y está basado en la existencia de las cadenas musculares que componen el sistema músculo-esquelético.

Con el paso del tiempo, las posturas que adoptamos y el estilo de vida que tenemos, se van creando tensiones que producen acortamientos de las cadenas musculares antigravitatorias, lo que provoca deformidades anatómicas y dolor.

El primer paso de este método es el análisis exhaustivo e individualizado del paciente, de su anatomía, fisiología y postura, para después plantear un tratamiento global del individuo. Así, con la RPG, partimos de los síntomas para resolver el problema desde el origen, es decir, desde la causa.

El tratamiento con RPG se basa en la corrección de la postura corporal a través del trabajo en diferentes posiciones en las que se realiza un estiramiento global de todas las cadenas musculares, mejorando la flexibilidad y alineando los segmentos corporales. Para llevarlo a cabo, el paciente tiene un papel activo, ya que realizará un control de la respiración, contracciones isométricas suaves de la musculatura y estiramientos activos progresivos. Por tanto, podemos decir que es un método activo, suave y progresivo.

La RPG tiene 3 principios fundamentales:

*Individualidad: Cada persona adopta una postura diferente según su anatomía y estilo de vida, por lo que se crean compensaciones distintas entre unas personas y otras.

*Causalidad: Es importante buscar la causa del problema del paciente, que no siempre es cercana al síntoma principal.

*Globalidad: El sistema musculo-esquelético está organizado en cadenas musculares, por lo que, si una parte de la cadena está afectada, también lo estará el resto. Por ello es tan importante el trabajo global del paciente.

LAS INDICACIONES DE LA RPG SON:

*Alteraciones morfológicas.
*Problemas articulares.
*Problemas musculares.
*Alteraciones posturales.
*Problemas respiratorios.
*Enfermedades del sistema nervioso central y/o periférico.
*Dolor músculo-esquelético.
*Como prevención de lesiones en el deporte.

LAS CADENAS MUSCULARES:

*Cadena inspiratoria: Formada por el esternocleidomastoideo, escalenos, intercostales, espinales dorsales, pectoral menor, y diafragma (junto con el tendón del diafragma).

*Cadena posterior: Está formada por los músculos espinales, glúteo mayor, pelvitrocantéreos, isquiotibiales, tríceps sural, sóleo, poplíteo y tibial posterior.

*Cadena anterior: Está formada por el esternocleidomastoideo, escalenos, largo del cuello, diafragma, psoas ilíaco, fascia lata, aductores y tibial anterior.

*Cadena superior de hombro:Formada por el trapecio superior, elevador de la escápula, deltoides medio y pectoral menor.

*Cadena antero-interna del hombro: Formada por el subescapular, coracobraquial y fibras superiores del pectoral mayor.

*Cadena anterior del brazo: Formada por el bíceps braquial, coracobraquial, supinador largo, flexores de los dedos y eminencia tenar e hipotenar.

*Cadena antero-interna de cadera: Formada por el psoas ilíaco y los addcutores.

*Cadena lateral de la cadera: Formada por el glúteo mayor, el piramidal, tensor de la fascia lata y los peroneos.

2 Objetivos

1) Conocer en qué consiste la Reeducación Postural Global (RPG).
2) Señalar las diferentes posturas con las que se trabaja en la RPG.
3) Explicar los beneficios del trabajo con RPG.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado un estudio de la literatura existente sobre Reeducación Postural Global: su origen, en qué consiste, las diferentes posturas con las que se trabaja y sus beneficios terapéuticos. En primer lugar, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, consultándose así varios libros publicados. Por otro lado, se ha realizado una búsqueda en google académico y en las principales bases de datos (Pubmed, Medline, Cochrane y PEDro) de donde se ha obtenido información de los principales artículos científicos revisados. También se han revisado páginas informales como la página oficial de RPG www.rpg.org.es.
Las palabras clave utilizadas han sido: reeducación postural global, RPG, fisioterapia, streching global activo y cadenas musculares.

4 Resultados

LAS POSTURAS BÁSICAS DE TRATAMIENTO CON RPG SON:

A) Apertura del ángulo coxofemoral con brazos juntos Esta familia de posturas estira las cadenas inspiratoria, anterior del brazo, superior del brazo y antero-interna del brazo.

* Rana en el piso: El fisioterapeuta corrige más la musculatura inspiratoria (diafragma, escalenos y pectorales), musculatura cervical, cintura escapular, miembros superiores y caderas.

* De pie contra la pared: Se incide más en la corrección del esternocleidomastoideo, cintura escapular, tórax y miembros inferiores.

* De pie en el medio: Se corrige el esternocleidomastoideo, la espalda, miembros inferiores, el esquema corporal y el equilibrio.
B) Apertura del ángulo coxofemoral brazos abiertos: Esta familia de posturas estira las cadenas inspiratoria, antero-interna del hombro, anterior del brazo y antero-interna el brazo. Se corrige la zona cervical, tórax, cintura escapular, miembros superiores y caderas.

* Cierre del ángulo coxofemoral con brazos abiertos: Esta familia de posturas estira las cadenas inspiratoria, antero-interna del hombro, anterior del brazo y posterior del brazo.

* Postura sentada: Se corrige más el esternocleidomastoideo, la espalda y las caderas.

* Postura rana en el aire con brazos separados: Se puede corregir mejor la columna cervical, cintura escapular, miembros superiores, tórax, caderas y miembros inferiores.

* Postura en bipedestación, flexionando el tronco: Se corrige la espalda, caderas y miembros inferiores.

C) Cierre del ángulo coxofemoral brazos juntos: Esta familia de posturas estira las caderas inspiratoria, superior del hombro, anterior del brazo y posterior del brazo.

* Postura rana en el aire con brazos juntos: Se puede corregir más la columna cervical, cintura escapular, miembros superiores, tórax, caderas y miembros inferiores.
LOS BENEFICIOS DE LA RPG SON:

Mejora la flexibilidad muscular.
Mejora la coaptación articular.
Mejora la alineación ósea, articular, muscular y tendinosa.
Mejora la postura corporal.
Alivia el dolor.
Mejora y facilita la respiración.
Contribuye a la prevención de lesiones y dolor.
Mejora la funcionalidad corporal.

SESIONES DE RPG:

El método con RPG se puede aplicar a partir de los 7 años de edad y las sesiones serán individuales y generalmente una vez a la semana, aunque se pueden realizar 2 o 3 veces a la semana si son casos muy agudos y urgentes. Normalmente la sesión tiene una duración de media hora en la que se realizarán 2 posturas. El número total de sesiones dependerá del grado de afectación del paciente y según criterio del fisioterapeuta. Por otro lado, se aconsejará y se instruirá al paciente a que realice autoposturas en casa.

5 Discusión-Conclusión

Lo que hace tan especial a la RPG y a su finalidad, es que no trata enfermedades concretas ni síntomas específicos, sino que busca la causa del problema, su origen. Se basa en realizar un tratamiento individualizado del paciente a través de un trabajo global, siendo un método suave, activo y progresivo, en el que se respeta siempre los límites de la persona.

Diversos estudios han demostrado los enormes beneficios del tratamiento con el método de RPG como son:

*Patología ósea, articular, muscular y tendinosa: deformidades, coaptación articular, contracturas, falta de flexibilidad muscular, tendinitis, bursitis, traumatismos, dolor, etc.
*Patología dolorosa en columna: escoliosis, lumbalgia, etc.
*Patología nerviosa de origen mecánico: cefaleas, vértigos, etc.
*Alteraciones/disfunciones respiratorias.
*Prevención de lesiones en el ámbito deportivo.
*Prevención postural en niños y adolescentes.
*Mejora del dolor músculo-esquelético y neurológico.
*Mejora de la postura corporal con sus beneficios funcionales, motores, orgánicos, estéticos y psicológicos.

6 Bibliografía

1) ”Reeducación postural global. Tradición, presente, futuro”. Philippe E.Souchard, Orazio Meli, Diego Sgamma, Paolo Pillastrini. Grupo Asís Biomedia S.L. ISBN: 978-84-18706-37-0.

2) ”RPG. Principios de la reeducación postural global”. Philippe E. Souchard. Editorial Paidotribo. ISBN: 84-8019-830-3.

3) ”Reeducación Postural Global (RPG) de Philippe Souchard. Puntos de ruptura con la disioterapia clásica”. Montserrat Palacín. Natura medica tri x n.2 45 Invierno 1 996·97.

4) ”Efectividad de la reeducación postural global frente a la facilitación neuromuscular propioceptiva, para aumentar la extensibilidad de los isquiotibiales en sujetos sanos. Estudio piloto”. A. Garrido-Marín, D. Román-Guzón, P. Encinas-López, M. Fernández-Serrano, A. Serrano-Imedio. R. Ortega-Santiago. Cuest. fisioter. 2013, 42(2): 98-106.

5) “Aplicación del tratamiento fisioterapéutico de reeducación postural global, en el síndrome del túneL carpiano a las secretarias de la universidad técnica de Ambato. Periodo enero-abril 2014. Universidad técnica de Ambato. Ramón Cruz, Natalia de los Ángeles

Capítulo 145

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA INFANTIL CON LA TERAPIA VOJTA

PAULA USEROS GARCÍA

1 Introducción

El método de diagnóstico y tratamiento Vojta fue descubierto e introducido por el neurólogo checo Vaclav Vojta entre 1950 y 1970.

Sus valoraciones a través de la motricidad espontánea, reacciones posturales y reflejos primitivos son una herramienta muy valiosa como diagnóstico precoz de alteraciones de la postura y del movimiento en lactantes.

Él decía que la evolución de la postura y del movimiento durante el primer año de vida, se encuentra de forma innata y genética en el cerebro. A partir de ahí, descubrió que se podía activar el sistema nervioso central (SNC) en niños con parálisis cerebral infantil (PCI) a través de determinadas posturas y estímulos de presión concretos. Gracias a ello, se producen una serie de respuestas motoras o patrones globales de movimiento de forma refleja. Estos patrones se dan en el tronco y las extremidades, con una coordinación muscular definida, siendo la misma que utiliza el niño sano en su primer año de desarrollo. Por esto se le conoce como "terapia de locomoción refleja", ya que se activa el ajuste postural, el enderezamiento y la locomoción (volteo, reptación, gateo y marcha).

De esta forma, podemos conseguir de manera automática que se activen patrones motores que están latentes, en personas con patologías del SNC o con alteraciones del aparato locomotor.
Los principios de la locomoción del ser humano son:

*Control postural.
*Desplazamiento del centro de gravedad y enderezamiento.
*Equilibrio.
*Movilidad.

Por tanto, el objetivo de la terapia es activar estos patrones de movimiento fisiológicos y mantenerlos en el tiempo, de modo que vayan desapareciendo los patrones motores anormales y se consiga un mayor control de la movilidad voluntaria.

El tratamiento continuado con la terapia Vojta hará que estos patrones motores se vayan almacenando en el SNC, por lo que los resultados no sólo se verán en la sesión de fisioterapia, sino también a lo largo de la motricidad espontánea del niño.

Las contraindicaciones de la terapia Vojta son:

*Procesos inflamatorios agudos con o sin fiebre.
*Enfermedad cardiaca, osteogénesis imperfecta, etc.
*Inoculación con vacunas vivas (descansar entre 5 y 10 días tras la vacunación).
*Tumores.
*Embarazo.
*Malestar del paciente por alguna otra enfermedad: adaptar el tratamiento según tolerancia.

2 Objetivos

1) Conocer qué es la terapia Vojta o terapia de locomoción refleja.
2) Saber en qué consiste el tratamiento con la terapia Vojta.
3) Explicar los patrones motores, o complejos de coordinación de la locomoción refleja, que trabaja Vojta y sus fases.
4) Mencionar los beneficios de la terapia Vojta.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado un estudio de la literatura existente sobre la terapia Vojta: qué es, en qué consiste, las diferentes etapas del tratamiento y sus beneficios. En primer lugar, se ha llevado a cabo una revisión

bibliográfica, consultándose así varios libros publicados. Por otro lado, se ha realizado una búsqueda en google académico y en las principales bases de datos (Pubmed, Medline, Cochrane y PEDro) de donde se ha obtenido información de los principales artículos científicos revisados. Las palabras clave utilizadas han sido: fisioterapia, terapia Vojta, método Vojta, locomoción refleja, PCI y pediatría.

4 Resultados

Los dos patrones motores (o complejos de coordinación de locomoción refleja) que trabaja la terapia son la reptación refleja y el volteo reflejo. Estos patrones se activan colocando al niño en una posición de partida concreta, estimulando las diferentes zonas descritas por Vojta (es importante la dirección de la presión ejercida y la intensidad de la misma) y ejerciendo el terapeuta una resistencia al movimiento reflejo que realice el paciente.

Existen zonas de estimulación principales, en las extremidades, y secundarias, en el tronco y cinturas escapular y pélvica.

REPTACIÓN REFLEJA:

Se parte del decúbito ventral, con la cabeza apoyada en el plano y la rotada hacia un lado. El brazo facial (el del lado hacia donde mira el niño) flexionado, y el brazo nucal extendido a lo largo del cuerpo. Los miembros inferiores (mmii) están flexionados y en rotación externa. Después de seleccionar las zonas a estimular, el fisioterapeuta opondrá resistencia al giro de la cabeza, lo que hará que se realice una extensión de la columna vertebral. Por otro lado, se producirá un movimiento libre de las extremidades de forma cruzada y coordinada.

Zonas de estímulo:

* Lado facial: epicóndilo medio del húmero (dirección hacia dorsal, medial y caudal), ángulo medial de la escápula (lateral, craneal y dorsal), espina iliaca anterosuperior (dorsal, caudal y medial) y epicóndilo medial del fémur (dorsal, medial y craneal).

* Lado nucal: borde ventral del acromion (dorsal, medial y caudal), debajo del ángulo de la escápula (ventral, medial y craneal), apófisis estiloides del radio (dorsal, craneal y lateral), aponeurosis del glúteo medio (ventral, medial y craneal), tuberosidad lateral del calcáneo (ventral, craneal y lateral).

VOLTEO REFLEJO:
El volteo reflejo trabaja el proceso de locomoción que va desde el decúbito dorsal hacia el decúbito lateral y después al gateo.

1) Primera fase del volteo reflejo:

Se parte del decúbito dorsal, con los brazos y las piernas extendidas y la cabeza girada. La zona de estimulación es el pectoral del lado facial, en el espacio intercostal de la 7ª-8ª costilla. Se resiste igualmente al giro de la cabeza y se produce el volteo, quedándose en decúbito lateral. Se produce:

* Activación de la respiración abdominal e intercostal.
* Movimientos de deglución.
* Movimientos laterales de los ojos.
* Extensión de la columna vertebral.
* Movimiento de mmss para su posterior apoyo.
* Flexión y elevación de mmii.
* Apertura de manos y dedos.

Zonas de estímulo:

* Lado facial: pectoral entre en el espacio intercostal de la 7ª y 8 ª costilla (dorsal, medial y craneal).

2) Segunda fase del volteo reflejo:

Se parte del decúbito lateral y termina en gateo si no lo paramos. Se produce:

* Extensión del tronco.
* Apoyo del hombro y mano del lado de abajo.
* Apoyo de la hemipelvis y pierna del lado de abajo.
* Movimientos opuestos de flexión y extensión entre las extremidades de abajo y arriba.
* Enderezamiento lateral de la cabeza, en contra de la gravedad.

Zonas de estímulo:

* Lado de arriba: Borde medial de la escápula (lateral, craneal y ventral), borde ventral del acromion (dorsal, caudal y medial), espina iliaca antero-superior (dorsal, caudal y medial), glúteo medio (ventral, medial y craneal), epicóndilo medial del fémur (lateral, hacia la adduccion y hacia la cadera), 1cm proximal a la apófisis estiloides del radio (dorsal, hacia el hombro).

* Lado de abajo: epicóndilo medial del húmero (medial, hacia el hombro), tuberosidad externa del calcáneo (proximal)

BENEFICIOS DE LA TERAPIA VOJTA:

* Alineación de la cabeza y columna.
* Colocación correcta de las articulaciones.
* Activación de la musculatura y su correcta funcionalidad.
* Mejora del patrón respiratorio: mejora de la función abdominal y movilidad de la caja torácica.
* Regulación del sistema vegetativo.
* Mejora de la función orofacial: succión, masticación, deglución y habla.
* Mejora de la motricidad fina.
* Mejora de la motricidad ocular.
* Mejora de las funciones vesicales e intestinales.
* Mejora del equilibrio.
* Mejora de la orientación espacial.
* Aumento de la relajación y conexión con el entorno.

PATOLOGÍAS QUE SE PUEDEN BENEFICIAR DE LA TERAPIA VOJTA:

* Patologías del SNC: PCI, ataxia, esclerósis múltiple, ACV, etc.
* Lesiones del SNP: parálisis, lesión medular, etc.
* Alteraciones ortopédicas o trauatológicas.
* Patologías de la columna vertebral: escoliosis, etc.
* Patologías orofaciales: sución, masticación, deglución y lenguaje.
* Alteraciones en la función respiratoria o en el patrón respiratorio.

La terapia se aplicará durante 5-20 minutos, unas 4 veces al día, con la precisión que requiere, tanto en las posturas iniciales, como puntos de estímulo e intensidad de presión en los mismos. Es muy importante instruir a los padres en la correcta realización de la terapia para que la realicen a sus hijos en casa.

5 Discusión-Conclusión

Con el diagnóstico precoz de Vojta se permite detectar de forma temprana, (en los 6 primeros meses de vida) alteraciones del desarrollo psicomotor, por lo que es posible comenzar de forma temprana el tratamiento para impedir la aparición de patrones motores incorrectos, ya que se trabaja directamente sobre el SNC y el esquema corporal.

La terapia Vojta ha demostrado claros beneficios en alteraciones del SNC, retraso psicomotor, trastornos neuromusculares, alteraciones ortopédicas, etc.

El fisioterapeuta estudiará de manera individualizada la postura y zonas de estímulo específicas para cada niño e instruirá en la terapia a los padres para que la realicen varias veces al día en casa, para a lo largo del tiempo, ir espaciando la frecuencia de las sesiones.

Los resultados serán mejores cuanto más pequeño sea el niño, más frecuentes sean las sesiones y más se alarguen en el tiempo.

6 Bibliografía

1) !Terapia Vojta, desarrollo psicológico y apego infantil en poblaciones de riesgo biológico!. MªT.Martínez-Fuentes, J.Pérez-López y otros. Acción psicológica. Julio 2011, vol. 8, nº 2, 87-97. ISSN: 1578-908X.

2) "Aplicaciones de la terapia Vojta en la población pediátrica. Revisión bibliográfica". Elena Calvo Simón, Pablo Cruz Forcada, Juan Carlos Arinas Salazar, Gonzalo Laborda Lalaguna, Elena Pardo Monesma, Iñigo Maqueda Aristi. Revista sanitaria de investigación ISSN: 2660-7085.

3) "Descripción de las cadenas cinéticas de la reptación refleja de Vojta en adultos mediante análisis electromiográfico". Trabajo fin de grado. Juan Luis Sánchez González, José Ignacio Calvo Arenillas. Universidad de Salamanca. Junio de 2016.

4) "La Locomoción Refleja de Vojta: una revisión bibliográfica". Trabajo fin de grado. Mª del Pilar Cotelo Rey, Mónica Menéndez Pardiñas. Universidad de La Coruña. Junio de 2019.

Capítulo 146

REVISIÓN SISTEMÁTICA: EFECTO DE LA APLICACIÓN DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR EN FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON HOMBRO DOLOROSO Y POSIBLES DAÑOS PRODUCIDOS

CRISTINA HERRERO MARTÍN

LAURA ROMO DE LA LLAVE

SONIA GARCÍA GARCÍA

LAURA BONIL CHACÓN

RAFAEL BAEZA MONSALVE

1 Introducción

El dolor en el hombro afecta a una gran parte de la población (1). Lo que implica una gran pérdida económica en la sociedad debido a la gran cantidad de bajas laborales. Así como gran discapacidad o disfunción que puede producir en las actividades de la vida diaria mientras se sufre la lesión. Una de las principales causas del dolor en el hombro es la alteración ya sea de tipo tendinosa o muscular en el manguito de los rotadores (2). Muchas de ellas provocada por el exceso de carga

en la vida deportiva o diaria, así como posibles traumatismos. Además, existen múltiples patologías musculoesqueléticas que pueden provocar dolor en hombro como enfermedades degenerativas, enfermedades inflamatorias, tumores, malas posturas y traumatismos (3). Frecuentemente el dolor en el hombro viene acompañado por un déficit del control neuromuscular y perdida de movilidad articular en la articulación glenohumeral.

El objetivo en los últimos años en el tratamiento del hombro doloroso es buscar un tratamiento eficaz y lo menos invasivo posible. El tratamiento conservador de fisioterapia en hombro doloroso busca el objetivo de mejorar el control motor, mejorar el recorrido articular, buscar la causa que ha provocado la lesión y disminuir el dolor. Uno de los tratamientos de rehabilitación que se utilizan con más frecuencia es el vendaje neuromuscular o kinesiotape (4). Una de las principales hipótesis por el cual el vendaje neuromuscular produce beneficios, es la tracción dirigida sobre la piel, teniendo beneficios indirectos sobre ciertos mecanorreceptores subcutáneos y a su vez sobre el tejido muscular. Aunque aún no hay estudios que comprueben o entiendan el mecanismo fisiológico del vendaje neuromuscular sobre el tejido muscular (5).

La evidencia del efecto de vendaje neuromuscular o kinesiotaping sigue siendo contradictoria, aunque hay estudios que respaldan el uso del vendaje neuromuscular o kinesiotaping, otros tantos artículos indican que el vendaje neuromuscular o kinesiotaping puede afectar negativamente el sentido de la posición de la articulación (6). El objetivo de nuestra revisión fue realizar una búsqueda bibliográfica para comprobar el efecto del vendaje neuromuscular en hombros dolorosos, y intentar comprobar si hay diferencias significativas con respectos a tratamientos placebos. O incluso si existen efectos adversos con la aplicación del vendaje

2 Objetivos

El objetivo principal fue analizar y comprobar los resultados y beneficios del vendaje neuromuscular en pacientes con dolor de hombro, así como posibles efectos adversos en la articulación del vendaje neuromuscular o vendaje neuromuscular en la articulación.

3 Metodología

Se realizo una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed, Pedro, y Google académico). En las que se utilizaron las palabras clave (”taping” and

"shoulder" and "pain"). Filtradas para analizar artículos con una antigüedad no superior a 5 años. Se filtraron artículos de revisión sistemática con o sin metaanálisis y ensayos clínicos, eliminando cualquier tipo de artículo que no cumpliera las características mencionadas anteriormente. De la búsqueda se encontraron 60 artículos para su revisión y análisis. Se eliminaron 45 por no cumplir los criterios de inclusión, la mayoría por incorporar una articulación en el estudio distinta al hombro. Los 15 artículos seleccionados se analizaron de lectura completa quedando 4 finalmente en los que pudimos sacar la información y comparar y estudiar el objetivo marcado.

4 Resultados

En el artículo 1 analizado ensayo "Kinesiotaping for the Rehabilitation of Rotator Cuff-Related Shoulder Pain: A Randomized Clinical Trial"; no se observó diferencias significativas entre grupos de intervención con vendaje y grupo en el que no se aplicó vendaje. Ambos grupos realizaron un programa de rehabilitación de 6 semanas. en un grupo se aplicó intervención de rehabilitación de 6 semanas más vendaje neuromuscular, mientras que el en otro grupo una intervención de rehabilitación sin vendaje. Por lo tanto, no se observaron mejoría, ni tampoco se observo que fuese perjudicial para la articulación.
Los resultados del segundo articulo analizado fue una revisión sistemática con metaanálisis "Efficacy of Kinesio taping in treatment of shoulder pain and disability: a sistematic review and meta-analysis of randomised controlled trials". Mostro una leve mejoría siempre que se combinaba con ejercicio terapéutico. Pero no hay diferencias significativas en comparación con los grupos placebos. No se observó ninguna contradicción en la aplicación de la técnica o efecto adverso.
En el tercer artículo analizado "Effects of Kinesiotaping on disability and pain in patients with rotator cuff tendinopathy: double – blind randomized clinical trial" ensayo clínico aleatorizado con doble ciego. En el que se aplicó vendaje en un grupo de personas afectadas con hombro doloroso y placebo en otro grupo. No se observaron diferencias significativas a corto plazo, ni tampoco a largo plazo. No se observo efecto adverso.
En el cuarto artículo analizado "The efficacy and Treatment Fidelity of Kinesiology Taping in Conjunction With Conservative Treatment Interventions Among Individuals With Shoulder Pain: A Sistematic Review with Meta-Analysis. El estudio corroboro ciertas diferencias significativas en el recorrido articular, en el que el vendaje neuromuscular o kinesiotape parece mejorar la movilidad del

hombro. Sin embargo, no se encontraron diferencias en el dolor, ni tampoco que puede ser perjudicial para la articulación.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica, análisis y estudio de los diferentes estudios encontrados, no podemos sacar diferencias significativas sobre el efecto positivo del vendaje neuromuscular o kinesiotape ni tampoco encontramos diferencias significativas respecto a los efectos adversos. Por lo tanto, necesitamos más estudios para seguir analizando el efecto de la técnica en hombro doloroso.
Tras el análisis de los diferentes estudios encontramos una gran diversidad a la hora de aplicar la técnica, tanto la colocación del vendaje, así como la tracción o tensión que se aplicaba en el hombro doloroso, variaba mucho de unos estudios a otros. Por lo tanto, quizás se debería buscar estudios de técnicas de colocación más precisas de cara a futuras revisiones bibliográficas.

6 Bibliografía

1. Urwin M, Symmons D, Allison T, et al. Estimación de la carga de los trastornos musculoesqueléticos en la comunidad: la prevalencia comparativa de los síntomas en diferentes sitios anatómicos y la relación con la privación social . Ann Rheum Dis . 1998; 57 :649-655. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar].
2. Chard MD, Hazleman R, Hazleman BL, King RH, Reiss BB. Trastornos del hombro en los ancianos: una encuesta comunitaria . Artritis Rheum . 1991; 34 :766-769. [PubMed] [Google Académico].
3. A. Kalron, S. Bar-SelaA systematic review of the effectiveness of kinesio taping – fact or fashion? Eur J Phys Rehabil Med, 49 (2013), pp. 699-70View in Scopus-Google Scholar.
4. Şimşek HH, Balki S, Keklik SS, Öztürk H, Elden H. Does Kinesio taping in addition to exercise therapy improve the outcomes in subacromial impingement syndrome? A randomized, double-blind, controlled clinical trial. Acta Orthop Traumatol Turc. 2013;47(2):104–110. doi: 10.3944/aott.2013.2782. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list].
5. 13. Kinesio HK: The original from Dr. Kenzo Kaze since 1979. http://www.kinesiotaping.com/about/.
Accessed 17 March 2020. [Ref list].

6. Alam S, Malhotra D, Munjal J, Chachra A. Immediate effect of Kinesio taping on shoulder muscle strength and range of motion in healthy individuals: A randomised trial. Hong Kong Physiother J. 2015;33(2):80-88. doi:10.1016/j.hkpj.2014.10.004 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] [Ref list].

Capítulo 147

REVISIÓN SISTEMÁTICA: BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON PARKINSON

CRISTINA HERRERO MARTÍN

LAURA BONIL CHACÓN

RAFAEL BAEZA MONSALVE

LAURA ROMO DE LA LLAVE

SONIA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurológico neurodegenerativo el cual produce una variedad de síntomas en el paciente como pueden ser: temblor en reposo, rigidez, bradicinesia, instabilidad postural, patrón de marcha alterado (1). Esta patología produce una gran incapacidad en las actividades de la vida diaria conforme avanza y evoluciona la enfermedad (2). La tasa de incidencia de la enfermedad de Parkinson en personas mayores es de 60 años es de aproximadamente un 1% en países desarrollados (3).
Aunque la farmacoterapia alivia los síntomas, con la progresión de la enfermedad el tratamiento cada vez va perdiendo eficacia (4). Además, el uso de la medicación farmacológico puede aumentar el riesgo complicaciones motoras. La fisioterapia ha mostrado beneficios a corto plazo en los síntomas motores y en las actividades

funcionales de la vida diaria (5). La fisioterapia abarca multitud de técnicas entre ellas: ejercicio terapéutico (fuerza y resistencia), danza marcha rodante, técnicas neurológicas, hidroterapia, trabajo de equilibrio, trabajo de marcha. Además, se ha incorporado tecnología de realidad virtual para tratar el equilibrio y el trabajo motor. Técnicas de estimulación no invasiva también se han incorporado al tratamiento de fisioterapia en los últimos años.
Son múltiples los estudios que existen sobre las diferentes técnicas de fisioterapia y sus efectos en los pacientes. Nuestro objetivo era encontrar esos beneficios y las diferentes bases de datos y mostrar su utilidad en la clínica diaria.

2 Objetivos

El objetivo de nuestra revisión bibliográfica es obtener los beneficios de las diferentes técnicas de fisioterapia que muestran evidencia mínimamente moderada o alta en la sintomatología de pacientes con enfermedad de Parkinson.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed, Pedro, y Google académico). En las que se utilizaron las palabras clave (”physiotherapy” and ”Parkinson”). Se filtro el tipo de búsqueda en artículos que cumpliesen los requisitos de revisiones sistemáticas con metaanálisis. Además, se realizó la búsqueda filtrando en numero de años que no excedieran de 5 de antigüedad. Se buscaron revisiones sistemáticas con metaanálisis que analizaran el beneficio de las diferentes técnicas de fisioterapia en pacientes con Parkinson. Se obtuvieron 50 resultados entre todas las bases de datos consultadas. De ellos se eliminaron 15 por incluir tratamiento farmacológico en vez del tratamiento conservador. De las 35 revisiones sistemáticas restantes se realizo una lectura en profundidad para sacar las diferentes técnicas y sus posibles beneficios o efectos adversos en la enfermedad de Parkinson. Finalmente 7 revisiones sistemáticas fueron seleccionadas para obtener los resultados finales del estudio.

4 Resultados

El artículo analizado “Effectiveness of Physiotherapy on Freezing of Gait in Parkinson‘s Disease: A Systematic Review and Meta-Analyses “generaliza sobre el tratamiento de fisioterapia y hace un análisis del tratamiento global de

fisioterapia en Parkinson donde muestra que el tratamiento fisioterapia es un tratamiento efectivo para mejorar la marcha y el equilibrio a corto plazo. La revisión sistemática "Physiotherapy for freezing of gait in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis" saca evidencia leve sobre la mejora de la marcha en pacientes con Parkinson´s añadiendo señales visuales o auditivas. El siguiente artículo "Effectiveness of long-Term Physiotherapy in Parkinson´s Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis" también analiza el enfoque general del tratamiento de fisioterapia a largo plazo. Donde se observa una evidencia moderada en la mejora de las actividades de la vida diaria, y aumento de la mejora motor.

Los artículos analizados sobre el uso de tecnología como la realidad virtual se indica en "Effect of home-based virtual reality training and telerehabilitation on balance in individuals with Parkinson disease, multiple sclerosis, and stroke: a systematic review and meta-analysis" muestran una mejora significativa en el equilibrio, aunque no difiere de la terapia convencional sin realidad virtual. En el artículo "The role of virtual reality on outcomes in Rehabilitation of Parkinson´s disease: meta-analysis and systematic review in 1031 participants" muestran estadística significativa en la mejora del funcionamiento motor, el equilibrio y la coordinación, la función cognitiva y la calidad de vida.

En cuanto a las técnicas basadas en hidroterapia "Is Aquatic Therapy Optimally Prescribed for Parkinson´s Disease A Systematic Review and Meta-Analysis." se muestran los beneficios en la mejora del equilibrio, la marcha a corto plazo y en las primeras fases de la enfermedad. Mientras que en la revisión con metaanálisis "Effect of Repetitive Transcranial Magentic Stimulation on Gait and Freezing of gait in Parkinson Disease: A Systematic Review and Meta-analysis" obtenemos mejora de la marcha, mejora en la amplitud de paso, mayor movilidad y mayor independencia para las actividades de la vida diaria tras el tratamiento con estimulación magnética transcraneal.

5 Discusión-Conclusión

Tras la búsqueda bibliográfica, análisis y estudio de los diferentes estudios encontrados, podemos indicar con una evidencia moderada que el tratamiento de fisioterapia para mejorar síntomas de la enfermedad neurodegenerativa de Parkinson a corto plazo es efectivo. Mejora del equilibrio, de la independencia en las actividades de la vida diaria, capacidad motora.
Debido al gran número de técnicas empleadas y la gran diversidad que existe

en la literatura científica necesitamos estudios más uniformes para comprobar el efecto de cada tratamiento de manera más específica.
Comprobar en futuros estudios de manera más individualizada como actúa cada técnica en las diferentes fases de la enfermedad. Así como muestras y revisiones sistemáticas más centradas en muestra homogénea y tratamiento.

6 Bibliografía

1. 2. Bartels AL, Leenders KL. Parkinson's disease: the syndrome, the pathogenesis and pathophysiology. Cortex. 2009;45:915-921. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list].
2. [1] Reinoso G, Allen JC Jr, Au WL, Seah SH, Tay KY, Tan LC (2015) Clinical evolution of Parkinson's disease and prognostic factors affecting motor progression: 9-year follow-up study. Eur J Neurol 22, 457–463.
3. Yi Chen and others, Effect of Virtual Reality on Balance in Individuals With Parkinson Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials, Physical Therapy, Volume 100, Issue 6, June 2020, Pages 933–945, https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa042.
4. Ahlskog JE, Uitti RJ (2010) Rasagiline, Parkinson neuroprotection, and delayed-start trials: Still no satisfaction? Neurology 74, 1143–1148.
5. Radder DLM, Lígia Silva de Lima A, Domingos J, Keus SHJ, van Nimwegen M, Bloem BR, de Vries NM (2020) Physiotherapy in Parkinson's disease: A meta-analysis of present treatment modalities. Neurorehabil Neural Repair 34, 871–880. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

Capítulo 148

REVISIÓN SISTEMÁTICA: INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN ESTENOSIS LUMBAR Y LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

CRISTINA HERRERO MARTÍN

RAFAEL BAEZA MONSALVE

LAURA BONIL CHACÓN

SONIA GARCÍA GARCÍA

LAURA ROMO DE LA LLAVE

1 Introducción

La estenosis lumbar puede provocar gran discapacidad y dolor en la población actual. Actualmente no existe una valoración global validada o consolidada de las estrategias de tratamiento para pacientes mayores (mayores de 65 años) (1). El porcentaje de personas mayores que sufren esta patología y tienen que pasar por el quirófano ha crecido en los últimos años (2). Una de las causas que producen estenosis lumbar puede ser la osteoporosis, el sedentarismo, y la condición física a la que se llega con la edad. También existe asociación entre los pacientes que sufren estenosis lumbar con osteoartritis de rodilla y osteoartritis de cadera (3).

Es de vital importancia precisar historia clínica, examen físico preciso y estudio radiológico. La fisiopatología es producida por una afección degenerativa en la que hay un cambio en los discos, el ligamento amarillo, y las articulaciones facetarias que provocan el estrechamiento, de los espacios de alrededor de las estructuras neurovasculares de la columna vertebral (4). Afecta a más de 200.000 personas en los Estados Unidos (5). Muchas de las patologías diagnosticas como estenosis lumbar terminan en cirugía, pero la fisioterapia puede aliviar o disminuir síntomas como tratamiento conservador, o pre y post cirugía. Dentro de las técnicas de fisioterapia más utilizadas en la bibliografía científica se encuentran la acupuntura, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea y el ejercicio terapéutico (6). Conocer los beneficios de la fisioterapia en pacientes con estenosis lumbar es de vital importancia a la hora de abordar un tratamiento médico.

2 Objetivos

Conocer los beneficios de la fisioterapia en pacientes diagnosticados de estenosis lumbar a través de la bibliografía científica en las diferentes bases de datos.

3 Metodología

Se realizo una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed, Pedro, y Google académico). En las que se utilizaron las palabras clave (”physiotherapy” and ”lumbar” and “stenosis”). Se filtro el tipo de búsqueda en artículos que cumpliesen los requisitos de inclusión en los que debería aparecer tratamiento de fisioterapia en pacientes con estenosis lumbar. Además, se realizó la búsqueda filtrando en número de años que no excedieran de 10 de antigüedad.

4 Resultados

El articulo analizado “Degenarative lumbar spinal stenosis in older people: current treatment optiones” analizo los beneficios del tratamiento conservador en aquellas personas que no llegaron a someterse a cirugía. La fisioterapia invasiva con técnicas de relajación muscular en fase aguda, trabajo de fuerza de la musculatura paravertebral no obtuvieron evidencia significativa que respalde el uso de tratamiento conservador para aliviar síntomas.
En el siguiente estudio analizado “Management of lumbar spinal stenosis” indica que la fisioterapia postoperatoria después de la cirugía de descompresión para la

estenosis espinal lumbar es efectiva para la mejora funcional tanto a corto como a largo plazo. En otra revisión sistemática analizada "Efficacy and characteristics of physiotherapy Interventions in patients with lumbar spinal stenosis: a systematic review" mostró evidencia muy leve en la mejoría del dolor en la marcha en pacientes que habían sido sometido a tratamiento de hidroterapia. Mayores beneficios se encontraron en la realización de ejercicio terapéutico a través de bicicleta. Evidencia muy baja del efecto del ultrasonido y electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS) para la disminución del dolor.
El siguiente articulo analizado "Minimally Invasive Decompression and Physiotherapy for Lumbar Spinal Stenosis in Geriatric Patients" Demuestra que la fisioterapia mejora la fuerza, y la movilidad así como la reducción del dolor en pacientes postoperatorios de estenosis lumbar. Se observa una mejora significativa del dolor en pacientes que han pasado por cirugía y realizaron fisioterapia. La puntación media EVA disminuyo casi unos 5,65 puntos. El siguiente artículo analizado "Non-operative treatment of lumbar spinal stenosis" muestra evidencia moderada sobre la mejora y alivio del dolor, y la mejora de la funcionalidad durante los tres primeros meses.
Destacar que el último artículo analizado "No differences between physiotherapy and descompression surgery for patients consired surgical candidates for lumbar spinal stenosis (synopsis) muestra una evidencia leve de mejoría en pacientes a los que se les realizo cirugía, a diferencia de los que solo realizaron tratamiento conservador de fisioterapia.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de fisioterapia en pacientes diagnosticados con estenosis lumbar mejora la disminución del dolor en escala EVA, mejora la movilidad lumbar, mejora la funcionalidad, así como la fuerza. Se muestra con evidencia levemoderada que el tratamiento mas efectivo para la mejoría del paciente es el tratamiento quirúrgico siempre acompañado del tratamiento de fisioterapia postcirugía. Sin embargo, se requiere más estudios con metaanálisis con muestra mas homogénea y estado de la patología mas unificado y claro para poder diferenciar las diferentes fases de la patología y el papel importante de la fisioterapia en función del grado de afectación de la columna vertebral.

6 Bibliografía

1. Kalff R, Ewald C, Waschke A, Gobisch L, Hopf C. Degenerative lumbar spinal stenosis in older people: current treatment options. Dtsch Arztebl Int. 2013 Sep;110(37):613-23; quiz 624. doi: 10.3238/arztebl.2013.0613. Epub 2013 Sep 13. PMID: 24078855; PMCID: PMC3784039.
2. Estadísticas Bundesamt Gesundheit. Fachserie 12 Reihe 6.2.1. Wiesbaden: Estadísticas Bundesamt; 2011. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) [Google Scholar] [Lista de referencias].
3. Goode AP, Cleveland RJ, George SZ, Kraus VB, Schwartz TA, Gracely RH, et al. Different phenotypes of osteoarthritis in the lumbar spine reflected by demographic and clinical characteristics: the Johnston County Osteoarthritis Project. Arthritis Care Res. 2020;72(7):974–81. doi: 10.1002/acr.23918. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list].
4. Katz JN, Harris MB. Clinical practice. Lumbar spinal stenosis. N Engl J Med2008;358:818-25. CrossRefPubMedWeb of ScienceGoogle Scholar.
5. Deyo RA, Gray DT, Kreuter W, et al. Tendencias de los Estados Unidos en la cirugía de fusión lumbar para condiciones degenerativas. columna vertebral 2005 ; 30 : 1441 -5; discusión 1446-7. Referencia cruzadaPubMedGoogle Académico.
6. Machado GC, Ferreira PH, Yoo RI, Harris IA, Pinheiro MB, Koes BW, van Tulder MW, Rzewuska M, Maher CG (2016) Ferreira ML (2016) Opciones quirúrgicas para la estenosis espinal lumbar. Sistema de base de datos Cochrane Rev 11: CD012421. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012421Return
to ref 6 in article Artículo PubMed Google Académico.

Capítulo 149

EL FISIOTERAPEUTA CON EL PORTEO ERGONÓMICO EN EL POSTPARTO

MARTA VELASCO JIMENEZ

LUIS CARLOS MORENO SAIZ

1 Introducción

El porteo ergonómico es un sistema de transporte que asegura el contacto constante y una postura adecuada tanto para el bebé como para el adulto, por tanto, es una herramienta muy útil disponible y beneficiosa para la etapa del postparto. Durante el embarazo hay un aumento progresivo del peso en la parte anterior del cuerpo de la mujer. Todo esto provoca que el centro de gravedad se adelante, produciendo ajustes posturales y modificación de ciertos patrones motores. Son cambios progresivos y el sistema nervioso y musculoesquelético se reorganiza para adaptarse a estos cambios.

Con el parto, hay de nuevo un cambio brusco en cuestión de horas, el centro de gravedad vuelve a cambiar y vuelve a reubicar su eje y el sistema nervioso y musculoesquelético se reorganizan de nuevo para pasar de un patrón predominante extensor a un patrón predominantemente flexor, junto con cambios que se producen en la pelvis para la salida del bebé, siendo las articulaciones sacroíliacas y la sínfisis púbica sometida a una intensa movilización o la lesión de la musculatura abdominal en el caso del parto por cesárea.

El fisioterapeuta tiene que valorar estos aspectos para favorecer la recuperación postparto junto con el porteo para que la mamá y el bebé puedan aprovechar los beneficios del porteo.

2 Objetivos

Conocer los beneficios del porteo ergonómico en el postparto.
Analizar cómo puede ayudar el fisioterapeuta con el porteo al postparto.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo, se lleva a cabo un proceso de investigación a través de 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

Con el nacimiento del bebé, aparecen movimientos nuevos como coger al bebé, amamantarlo, transportarlo, etc. Son movimientos centrados sobre el bebé, que llevan al cuerpo de la mujer hacia un patrón flexor. Todos estos factores, unidos a las posibles lesiones/bloqueos articulares previos al embarazo, pueden desarrollar algias posturales nuevas o agravar las ya existentes.
En este escenario, el porteo ergonómico y adaptado a las necesidades y características de la mamá y del bebé, será una herramienta de gran utilidad para contribuir al bienestar de ambos, ya que son múltiples los beneficios que este aporta como son favorecer el vínculo con el bebé, beneficia la lactancia, favorece el desarrollo psicomotor del bebé, le ayuda a dormir mejor y a llorar menos.
Es importante hacer una adecuada valoración para poder asesorar sobre la mejor opción de porteo posible. También, hay que prestar atención a la recuperación de la estática postural que el cuerpo va a hacer y por otro lado, la recuperación del suelo pélvico y la cavidad abdominopélvica. Por otra parte, la lactancia es otro aspecto que debemos tener en cuenta, en la que el porteo puede ayudar en el postparto inmediato y meses posteriores.
Vamos a encontrar mujeres que tras un parto por cesárea no toleran la presión en la zona baja del abdomen, en este caso la opción será nudos de fular u opciones de porteo que lo eviten. En casos donde sientan inestabilidad de las sacroiliacas, será conveniente ofrecer un ajuste a nivel pélvico que “abrace” los iliacos y estabilice la sacroiliaca.
En cuanto al suelo pélvico, el porteo puede ayudar a la recuperación para mantener una mejor postura corporal. Cuando la mamá tiene al bebé porteado ten192

drá una postura más erguida que cuando lo sostiene en sus brazos, mejorando también de esta manera su conciencia corporal, y por tanto, mejoramos la recuperación del suelo pélvico, ya que hay una clara relación entre la postura erguida y la salud de este. Además, cuando la postura en bipedestación es erguida y los centros de gravedad de cabeza, tronco y pelvis están alineados, las fuerzas resultantes de las vísceras recaen sobre el núcleo fibroso central o periné posterior, que es la región del suelo pélvico más reforzada, por el cruce de las diferentes capas musculares. Si se portea con una mala postura corporal de base, el peso del bebé desalineará más aún y enviará más presión hacia el suelo pélvico, pudiendo provocar o aumentar problemas como incontinencia, algias del periné o prolapsos.

En algunas pacientes, necesitaremos evitar presión sobre el abdomen, para así evitar sobrecarga hacia la musculatura perineal. El porteo a la cadera carga menos el suelo pélvico y la faja abdominal que el porteo centrado (delante o detrás). Hay que intentar que el porteo cargue la faja abdominal y el suelo pélvico lo menos posible, que no sea hiperpresivo, lo que implica evitar rodear la cintura con el portabebés, pues cuando se haga un ajuste a nivel de la cintura debe caer a la altura de las crestas ilíacas para que refuerce el efecto del transverso abdominal y no haga tanta hiperpresión en el suelo pélvico. A veces será interesante valorar de forma individual la posibilidad de utilizar el cinturón abdominal (en la mochila) o la tela correspondiente a la cintura para conseguir un efecto cinturón pélvico.

Es importante llevarlo bien ajustado, pegado al cuerpo de la persona que portea. Generalmente, al principio se tiende a llevar más flojo de lo debido por miedo a hacer daño al bebé y sin embargo, debe llevarse bien ajustado para que el bebé quede integrado dentro del eje corporal de la mamá.

El hecho de portear, además, contribuye a la instauración de la lactancia materna, ya que el contacto piel con piel favorece la secreción de oxitocina, ayuda a la mamá a identificar de forma precoz las señales de su bebé y a responder más rápido a ellas, contribuye a mantener una buena postura y cuidar la espalda, siendo especialmente beneficioso al inicio de la lactancia, cuando las tomas son más largas y la mamá todavía necesita habituarse a estas nuevas posturas.

Además, se puede amamantar mientras se portea. Por último, con respecto a la lactancia, hay que tener en cuenta la presión del portabebé, sobre todo en el caso de las mochilas, ya que las cinchas laterales podrían oprimir algún conducto del pecho y provocar obstrucciones e incluso mastitis.

5 Discusión-Conclusión

La recuperación postparto es una etapa de regeneración y recuperación, que en muchas ocasiones conlleva molestias en la mamá, debidas a la presencia de una cicatriz por cesárea, desgarro o episiotomía, coccigodinias o lumbalgias, lo que provoca dudas sobre si poder o no portear durante esta etapa. El porteo trae múltiples beneficios para la mamá y para el bebé, ya desde el nacimiento del bebé.

Por ello el fisioterapeuta está dotado para valorar el origen de esas molestias y como el porteo colocado de manera correcta y de manera individualizada a cada mujer puede, incluso, ayudar a favorecer esa recuperación postparto.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez L.Porteo como herramienta para cuidar tu suelo pélvico y posturahttps://www.fisiobym.com/porteo-en-el-posparto-mochila-ergonomicaversus-fular-elastico/

2. Gutiérrez L. Porteo y suelo pélvico.https://www.ensuelofirme.com/porteobebe-seguro-pelvico-pelvis-posturas/

3. López, E. Salmerón, M. El porteo ergonómico. Pediatría Integral. 2014: 18(10), 774-780.

4. Merlo Longhi, M. E. Porteo. Medicina naturista.2014: 8(2), 37-40

5. Bigelow A, Power M, MacLellan-Peters J, et all. Effect of Mother/Infant Skin-toSkin Contact on Postpartum Depressive Symptoms and Maternal Physiological Stress. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012; 41(4):5

Capítulo 150

MASAJE PERINEAL. EFICACIA Y APLICACIÓN EN FISIOTERAPIA

MARTA VELASCO JIMENEZ

LUIS CARLOS MORENO SAIZ

1 Introducción

El masaje perineal es una técnica que se utiliza para aumentar la elasticidad del suelo pélvico y, así, prepararlo para el momento del parto. Mediante esta técnica se consigue normalizar las tensiones musculares y fasciales, consiguiendo así la vascularización y elasticidad de los tejidos vaginales.

El objetivo del masaje perineal, al conseguir elastificar los tejidos del suelo pélvico, es reducir la gravedad del desgarro durante el parto y el dolor pélvico, pero en ningún caso disminuye la incidencia de la episiotomía, pues esta es una intervención que decide el facultativo especialista en función de las condiciones en las que se está desarrollando el parto.

Es una técnica bien tolerada y aceptada, además, es fácil y sencilla de aplicar, por lo tanto, se debe informar a las gestantes sobre su adecuado uso y se debe aconsejar a todas ellas, exceptuando si hay algún tipo de contraindicación, ya que cuenta con una buena evidencia científica.

El personal sanitario formado en esta técnica son los fisioterapeutas, y serán los que la apliquen, expliquen a la paciente y divulguen su uso. También, las matronas tienen amplios conocimientos sobre período obstétrico, de tal manera que ocupan un lugar muy importante en la explicación y divulgación de esta técnica.

2 Objetivos

Analizar la importancia de aplicar masaje perineal en la consulta de fisioterapia para la prevención del desgarro muscular en el parto y la reducción de las tensiones en posibles disfunciones del suelo pélvico.

3 Metodología

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

4 Resultados

A lo largo de la revisión se encuentran varios beneficios que aporta el masaje perineal como son la mejora de la elasticidad de los tejidos, aumenta la vascularización de la zona al aumentar el riego sanguíneo y el oxígeno en la zona lo que prepara y mejora la cicatrización y también, ayuda a la propiocepción, es decir, facilita el reconocimiento del suelo pélvico, lo que es muy importante para mejorar la sexualidad y para reconocer tanto lo normal como la disfunción de esta zona, que a veces está olvidada.

Para la aplicación de masaje perineal se utiliza un lubricante de base acuosa. El fisioterapeuta de manera bidigital introducirá sus dedos de manera que llegue a la musculatura superficial y profunda de manera interna y también se llevará a cabo de manera externa. Es importante evitar manipular el meato urinario para prevenir sepsis y no se debe masajear el periné si presenta lesiones activas tipo herpes. Entre las maniobras a aplicar, se puede comenzar de manera externa a través de deslizamientos en el núcleo fibroso central, masaje por todo el pubis en forma de círculos y en glúteos. Y de manera interna se trabaja la musculatura profunda con fricciones transversas y estiramientos, llevando a cabo un deslizamiento en forma de media "U" a un lado y otro, de "U" completa y de tracciones. También, se trabaja la musculatura superficial llevando a cabo una presa en pinza y se hace un rodamiento de dicha musculatura.

Estará indicado y con buenos resultados en pacientes con dolor pélvico crónico, en hipertonías del suelo pélvico y en mujeres gestantes a partir de la semana 32-34, durante un máximo de 5-10 minutos, siendo seguro tanto para la madre como

para el feto y debe ser bien tolerado por la mujer.

5 Discusión-Conclusión

Durante mucho tiempo ha habido controversia en cuanto a la utilización del masaje perineal en la etapa gestacional, pero los últimos estudios avalan su utilización, ya que reduce la tensión muscular y mejora la elasticidad de la zona perineal, reduciendo el traumatismo perineal en la mujer embarazada, de la misma manera mejora síntomas como el dolor pélvico o dolor en las relaciones sexuales. Pero no hay diferencias significativas en la incidencia de partos instrumentados, incontinencia en el postparto o satisfacción en las relaciones sexuales.
Por tanto, es fundamental la figura del fisioterapeuta para realizar el masaje perineal para el tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico que pueden aparecer a lo largo de la vida de la mujer, como en la prevención de lesiones perineales en la etapa gestacional.

6 Bibliografía

1. Dieb, A.S, Shoab, A Y, Nabil, H. et al Perineal massage an training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial. Int Urogynecol J 2020;31: 613-619
2. Indrayani T, Tuasika N. Based on the research that was conducted, it obtained result that there was Effect of Perineal Massage on Perineum Tear Case on Primigravida Pregnant Mothers in Their Third Trimester in Public Health Service Care of Morokay 2018. STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan. Nov 2020; 9 (2):588-592
3. Abdelhakim, A. M, Eldesouky, E. Elmagd, LA. El al. Antenatal perineal massage benefits in reducing perinel trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomizez controlled trials. Int Urogynecol J. 2020; 31: 1735-1745
4. Álvarez-González M, Leirós-Rodríguez R, Álvarez-Barrio L, López-Rodríguez AF. Prevalence of Perineal Tear Peripartum after Two Antepartum Perineal Massage Techniques: A Non-Randomised Controlled Trial. Journal of Clinical Medicine. 2021; 10(21):4934.
5. Moreno Sánchez V, Moreno Rutia E. Masaje perineal antenatal con aceite de rosa mosqueta para prevenir desgarros en el parto. Nure Inv. Mayo 2016.. 13(83): 1-11
197

6. Schantz C. Methods of preventing perineal injury and dysfunction during pregnancy: CNGOF Perineal prevention and protection in obstetrics. Gynecologie, Obstetrique, Fertilite & Senologie. 2018 Dec;46(12):922-927.
7. Seechusen DA, Raleigh M. Antenatal perineal massage to prevent birth trauma. Am Fam Physician. 2014;89(5):335-6.

Capítulo 151

FISIOTERAPIA EN EL SUELO PÉLVICO E HIPOGRESIVOS

MARTA VELASCO JIMENEZ

LUIS CARLOS MORENO SAIZ

1 Introducción

El Dr. Marcel Caufriez creó las técnicas hipopresivas que se definen como un conjunto de técnicas posturales que al realizarlas van a producir un descenso de la presión intraabdominal. Con ellos, se consigue una activación de la musculatura de la faja abdominal y del suelo pélvico, consiguiendo un aumento de tono en ambos grupos musculares a largo plazo, y reduciendo el riesgo de padecer patologías relacionadas con el complejo abdominopelvicoperineal como puede ser la incontinencia urinaria y prolapsos.

El ejercicio terapéutico hipopresivo se realiza a través de diferentes posturas en decúbito supino, decúbito lateral, cuadrupedia, sedestación, rodillas, caballero o bipedestación, que junto con unas determinadas secuencias, ritmos y repeticiones, acompañados durante todo el ejercicio de una respiración adecuada a través de una inspiración, seguida de una espiración, va a ayudar a que la faja abdominal comience a trabajar de manera adecuada y el suelo pélvico también.

Además, si añadimos en determinados momentos una apnea tras una espiración completa, se hace un efecto de succión de órganos de la cavidad abdominal y del diafragma lo que incrementará el descenso de presión sobre el suelo pélvico.

Por lo tanto, el objetivo de estas técnicas es fortalecer la musculatura del abdomen y del suelo pélvico y reducir la presión intraabdominal, ya que en la vida cotidiana el aumento de presión intraabdominal es muy frecuente en momentos como toser,

estornudar, el sobrepeso, el embarazo, la sedestación prolongada o determinadas disciplinas deportivas.

2 Objetivos

- Analizar los beneficios de los ejercicios hipopresivos
- Valorar su eficacia como tratamiento en el suelo pélvico
- Definir como trabaja un fisioterapeuta con estos ejercicios

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo, se lleva a cabo un proceso de investigación a través de 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 ejercicios hipopresivos aportan muchos beneficios como son:
• Ayuda a aliviar la mayoría de los dolores de espalda.
• Aumenta la flexibilidad muscular y movilidad articular, ya que provoca normalización de las tensiones musculoesqueléticas.
• Mejora la postura y alineación del cuerpo.
• Refuerza la coordinación y el equilibrio.
• Aumenta la conciencia corporal.
• Mejora la motilidad gástrica.
• Tonificación del suelo pélvico a largo plazo ya que al haber un descenso de la presión intraabdominal, se consigue una activación refleja de las fibras tipo I
• Tonificación de la cavidad abdominal.
• Mejor gestión de la presión abdominal al esfuerzo.
• Previene la aparición de prolapsos, incontinencia urinaria, hemorroides y dispareunias.
• Mejor vascularización de los miembros inferiores y la pelvis.
• Mejoría de la sensibilidad sexual.
• Ayuda a la recuperación postparto.

Pero también, debemos tener en cuenta una serie de contraindicaciones, donde no estarán indicados este tipo de ejercicios como son:
• Hipertensión arterial.
• Cardiopatías.
• Patologías respiratorias.
• Intervención por artrosis de cadera, rodi lla, cóccix o cirugía en el pie.
Para realizar ejercicios hipopresivos es necesario tener en cuenta ciertas indicaciones posturales para realizar la técnica de manera adecuada como son:
• Autoelongación: estiramiento axial de la columna, lo que va a provocar una descompresión de la columna vertebral y un comienzo de activación de los músculos estabilizadores del tronco.
• Doble mentón
• Adelantamiento del centro de gravedad: Esta técnica consiste en desplazar el eje de gravedad del cuerpo de forma global hacia delante, trasladando el apoyo y sin perder las pautas posturales anteriores, generando una mayor preactivación de la musculatura estabilizadora.
• Decoaptación de los hombros mediante una rotación interna. Esto provoca una abducción de las escápulas para estabilizar la zona escapular, así como una activación de los serratos lo que contribuirá a aumentar el diámetro de la caja torácica
• Flexión de codos de 90°.
• Flexión dorsal de muñeca.
• Dedos en extensión.
• Ligera flexión dorsal de tobillo.
Igualmente hay que tener en cuenta determinadas pautas que tienen que ver con el mecanismo respiratorio como son:
• Inspiración lenta en 2 tiempos.
• Espiración lenta en 4 tiempos.
• Apnea espiratoria manteniendo la posición 10”-25”.
• Falsa inspiración con apertura de las costillas (contracción de los serratos mayores).
El tiempo recomendable para mantener la postura es de 10 a 30 segundos.
Las sesiones tienen una duración de entre 30 minutos a 1 hora, y se recomienda 2 veces por semana. El efecto hipopresivo se consigue entorno al 4º-6º mes.
Los ejercicios se pueden realizar de manera individual con el paciente en consulta o global en grupo y deben seguir una estructuración de la clase que dividiremos en:
- Calentamiento: donde se llevarán a cabo ejercicios de movilidad articular, estiramientos y ejercicios de concienciación.

- Parte principal: Durante esta parte se llevarán a cabo ejercicios de activación de la musculatura postural que pueden ir variando el nivel de intensidad de las diferentes posturas hipopresivas, de tal manera que se modifique el centro de gravedad, que varíe la base de apoyo, produciendo cambios en el ritmo y pequeños ajustes en la alineación, así como la utilización de implementos.
- Vuelta a la calma: que consistirá en una disminución progresiva de la intensidad del ejercicio. En la que se incluyen ejercicios respiratorios, de flexibilidad o de relajación.

5 Discusión-Conclusión

El ejercicio terapéutico hipopresivo tiene múltiples beneficios a nivel del suelo pélvico y la faja abdominal. El fisioterapeuta debe conocer los comandos posturales adecuados de autoelongación, doble mentón, adelantamiento del centro de gravedad, decoaptación de hombros, flexión de codos y dorsal de muñeca, dedos en extensión y flexión dorsal de tobillos acompañados de la respiración, para su enseñanza y ejecución, así como saber estructurarlos de manera adecuada. El ejercicio hipopresivo es una técnica de fisioterapia que se utiliza en la actualidad con buenos resultados en el fortalecimiento del suelo pélvico y en el tratamiento y prevención de patologías a este nivel como puede ser la incontinencia urinaria, incontinencia fecal y POP, siendo el postparto su primera indicación.

6 Bibliografía

1. Bellido-Fernández L, Jiménez-Rejano JJ, Chillón-Martínez R, Gómez-Benítez MA, De-La-Casa-Almeida M, Rebollo-Salas M. Effectiveness of Massage Therapy and Abdominal Hypopressive Gymnastics in Nonspecific Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Pilot Study. Evid Based Complement Alternat Med. 2018 Feb18, 1-9.
2. Caufriez, M., Pinsach, P., & Fernández, JC. Abdominales y periné. Mitos y realidades. Mallorca: MC Editions.2010.
3. Ithamar, L., de Moura Filho, A. G., Benedetti Rodrigues, M. A., Duque Cortez,K. C., Machado, V. G., de Paiva Lima, C. R. O., Moretti, E., & Lemos, A. Abdominal and pelvic floor electromyographic analysis during abdominal hypopressive gymnastics. Journal of Bodywork and Movement Therapies- 2018; 22(1), 159-165.
4. Resende, A. P. M., Bernardes, B. T., Stüpp, L., Oliveira, E., Castro, R. A.Girão, M.
J. B. C., & Sartori, M. G. F. Pelvic floor muscle training is better than hypopressive

Capítulo 152

¿ES REALMENTE ÚTIL LA APLICACIÓN DE KINESIOTAPING EN EL MANEJO DE LAS PATOLOGÍAS DEL MANGUITO ROTADOR?

RAFAEL GUZMÁN ASOLAS

JOAQUÍN CASAS CARRASCO

1 Introducción

El dolor de hombro es un trastorno musculoesquelético muy frecuente entre la sociedad (se calcula que un total del 26% de la población sufre de esta dolencia). Las patologías del manguito rotador engloban desde tendinopatías simples a calcificaciones y desgarros tendinosos. El dolor del manguito rotador es uno de los más comunes debido a la relación entre los músculos del propio manguito rotador como los escapulotorácicos y estructuras colindantes (ligamentos, espacio subacromial, etc.), siendo muy limitantes a la hora de realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como incapacita la práctica deportiva. Además, representa un coste socioeconómico a tener en cuenta a la hora de bajas laborales.

En la última década la aplicación de Kinesiotaping, práctica basada en la medicina tradicional japonesa desarrollada por Kenzo Kase en 1979, ha sido muy usada por la fisioterapia como complemento para la rehabilitación de las patologías del manguito rotador por diversos factores: alivio del dolor (teoría del "gate control"), mejora propioceptiva, etc. Ha sido muy controvertida su utilización debido a que la evidencia científica no siempre ha avalado su uso.

En este capítulo se mostrará qué dice la literatura más actual acerca de la aplicación de kinesiotaping en las patologías del manguito rotador.

2 Objetivos

- Comprobar qué dice la literatura más actual acerca del uso del kinesiotape para el tratamiento de patologías del manguito rotador.
- Evidenciar si el uso de Kinesiotaping ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes con este problema.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la consulta de diversas bases de datos científicas: Pubmed, PEDro, Scielo y Cochrane.
Como palabras clave ("keywords") se han utilizado "Kinesiotaping", "rotator cuff" y "physiotherapy".
Se han escogido aquellas publicaciones de los últimos cinco años.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras el análisis y la lectura de todos los estudios científicos seleccionados son bastante esclarecedores.
Ningún estudio indica que la aplicación de Kinesiotaping por sí solo sea efectivo para mejorar el dolor, la función y la calidad de vida de pacientes que sufren alguna patología del manguito rotador, ni a corto ni a largo plazo. Reflejan que el tratamiento conservador basado en ejercicio terapéutico de la corrección mecánica, estiramientos, fortalecimiento y reeducación de los músculos periescapulares y estabilizadores de la escápula es lo más efectivo para corregir las alteraciones del espacio subacromial y las tendinopatías del manguito rotador.
Tampoco se evidencia que ayude como complemento al tratamiento conservador de fisioterapia al no observarse ningún beneficio en pacientes que realizan ejercicio terapéutico con kinesiotaping a los que lo realizan sin él o se les aplica un vendaje adhesivo elástico de otro material.
Sí que se apunta que el kinesiotaping podría disminuir la actividad de las fibras superiores del músculo trapecio siempre y cuando éste tenga una actividad excesiva, pero aun así el dolor, la impotencia funcional y las limitaciones a la hora de

desempeñar una actividad diaria normalizada sigue siendo la misma. No se produce corrección mecánica de la articulación glenohumeral y escapulotorácica utilizando Kinesiotaping, por lo que, por sí solo, sería un tratamiento inadecuado a la hora de la recuperación del manguito rotador. Tampoco hay una mejora sobre la propiocepción del hombro, ni en la velocidad del movimiento ni en la calidad del mismo.
Además se insta a que haya más estudios dado que la evidencia es muy baja y cualquier recomendación que se haga acerca del uso del kinesiotaping en patologías del manguito rotador es especulativa.

5 Discusión-Conclusión

El uso de kinesiotaping está muy extendido dentro de la fisioterapia como aplicación en el tratamiento de patologías del manguito rotador, pero no hay una evidencia científica clara que avale su uso en la recuperación y mejora del dolor, la impotencia funcional y la calidad de vida de estos pacientes.
Lo más recomendado para el abordaje de estas patologías es el uso de ejercicio terapéutico enfocado a la corrección mecánica, estiramientos, fortalecimiento y reeducación muscular. El Kinesiotaping como complemento al tratamiento no supone un beneficio añadido, y por sí solo no produciría ninguna mejoría.
Aun así, la literatura es escasa y se necesitarían más estudios para tener mayor evidencia científica.

6 Bibliografía

1. de Oliveira FCL, Pairot de Fontenay B, Bouyer LJ, Desmeules F, Roy JS. "Kinesiotaping for the Rehabilitation of Rotator Cuff-Related Shoulder Pain: a Randomized Clinical Trial". Sports Health. 2021 Mar;13(2):161-172.
2. Taik FZ, Karkouri S, Tahiri L, Aachari I, Moulay Berkchi J, Hmamouchi I, Abouqal R, Rkain H, Allali F. "Effects of kinesiotaping on disability and pain in patients with rotator cuff tendinopathy: double-blind randomized clinical trial". BMC Musculoskelet Disord. 2022 Jan 26;23(1):90.
3. Reynard F, Vuistiner P, Léger B, Konzelmann M. "Immediate and short-term effects of kinesiotaping on muscular activity, mobility, strength and pain after rotator cuff surgery: a crossover clinical trial". BMC Musculoskelet Disord. 2018 Aug 22;19(1):305.
4. Vergili O, Oktas B, Canbeyli ID. "Comparison of Kinesiotaping, Exercise and Subacromial Injection Treatments on Funcionality and Life Quality in Shoulder

Impingement Syndrome: a Randomized Controlled Study". Indian J Orthop. 2020 Jun 11;55(1):195-202.
5. Bac A, Wróbel M, Ogrodzka-Ciechanowicz K, Michalik E, Ścisłowska-Czarnecka A. "The influence of the Kinesio Taping on selected ultrasonography measurements, and quality of life in patients with rotator cuff lesions". Sci Rep. 2020 Oct 29;10(1):18539.
6. Ager AL, de Oliveira FCL, Roy JS, Borms D, Deraedt M, Huyge M, Deschepper A, Cools AM. "Effects of elastic kinesiology taping on shoulder proprioception: a systematic review". Braz J Phys Ther. 2023 May-Jun;27(3):100514.

Capítulo 153

¿LA APLICACIÓN DE ULTRASONIDO ES EFECTIVA PARA LA ARTROSIS DE RODILLA?

RAFAEL GUZMÁN ASOLAS

JOAQUÍN CASAS CARRASCO

1 Introducción

La artrosis es una enfermedad reumática que cursa con la degeneración del cartílago que recubre las superficies articulares y una de las causas más comunes de dolor articular, afectando a la funcionalidad y calidad de vida de quien lo padece debido a la rigidez, hinchazón y movilidad limitada que provoca en las articulaciones afectadas. Puede desarrollarse a partir de traumatismos, uso excesivo, causas genéticas…

Una de las articulaciones más afectadas por la artrosis es la articulación de la rodilla.

Se prevé que el número de pacientes con artrosis de rodilla aumente a medida que la población envejece y aumentan las tasas de obesidad.

El tratamiento más frecuente para la artrosis de rodilla son los analgésicos y antiinflamatorios, medicamentos cuyos efectos secundarios pueden suponer riesgos para la salud, como la adicción y problemas gastrointestinales, renales y cardiovasculares. Todo esto conlleva un importante gasto económico para el sistema de salud.

El tratamiento con ultrasonido se ha utilizado en fisioterapia con poco riesgo para la salud en el tratamiento de la artrosis durante muchos años, sin embargo la eficacia clínica sigue siendo controvertida.

En este capítulo se mostrará qué dice la literatura más actual acerca de la aplicación del ultrasonido en el manejo de la artrosis de rodilla.

2 Objetivos

- Conocer qué dice la literatura más actual acerca del uso del ultrasonido para la artrosis de rodilla.
- Evidenciar si el uso del ultrasonido es efectivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta afección.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática consultando distintas bases de datos científicas: Pubmed, PEDro, Cochrane y Scielo.
Las palabras clave (”keywords”) utilizadas para la búsqueda han sido ”knee osteoarthritis”, ”ultrasound” y ”physiotherapy”.
Se selecciona la literatura publicada en los últimos cinco años.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la lectura y análisis de los artículos seleccionados siguen siendo discutidos.
Por un lado, hay estudios que reflejan que la aplicación de ultrasonido de baja intensidad puede reducir el dolor y mejorar la funcionalidad de los pacientes con artrosis de rodilla (2,4-7), así como poder realizar de una manera óptima las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Además, combinado con las corrientes interferenciales, podría mejorar su calidad de vida (5). Dado el poco riesgo en la aplicación del ultrasonido al ser una técnica que no necesita del uso previo de componentes químicos, puede ser utilizado como tratamiento conservador no farmacéutico y no invasivo (2). A la hora de mejorar la fuerza muscular es más efectivo el uso de la electroestimulación muscular (EMS), pero para el manejo del dolor y la capacidad funcional lo más indicado sería la aplicación de ultrasonido (4).
En contraposición, otros estudios afirman que no se producen efectos beneficiosos en la reducción del dolor ni en la mejora de la funcionalidad de quien padece artrosis de rodilla, ni hay evidencia significativa con respecto a la regeneración del cartílago femoral (1,3), por lo que su uso de forma asilada no sería re-

comendable. Tendría el mismo resultado que la aplicación en solitario del TENS (1). Además, la aplicación de ultrasonido pulsado y un placebo (falso ultrasonido) reflejó que no hay un efecto positivo en la mejora del dolor ni en la funcionalidad de la rodilla (3).
Se evidencia la necesidad de seguir investigando sobre el tema (1,3,4,6) ya que la literatura es escasa y los resultados no permiten sacar una conclusión firme acerca de si el uso del ultrasonido es efectivo o no.

5 Discusión-Conclusión

Gran parte de los estudios mostraron que la aplicación de ultrasonido de baja intensidad puede reducir el dolor y mejora la capacidad funcional de los pacientes que padecen artrosis de rodilla, facilitando sus actividades de la vida diaria, práctica deportiva y reinserción laboral. Se podría combinar con otras técnicas como las corrientes interferenciales.
Dos estudios pusieron en manifiesto que no se ha demostrado que sea beneficioso para la regeneración del cartílago, por lo que el problema persistiría, tendría el mismo efecto que la aplicación solamente de TENS. Se insta a que se realice más investigación para obtener datos más fiables.

6 Bibliografía

1. Kim E-D, Won YH, Park S-H, Seo J-H, Kim D-S, Ko M-H, Kim G-W.“Efficacy and safety of a stimulator using low-intensity pulsed ultrasoundcombined with transcutaneous electrical nerve stimulation in patients withpainful knee osteoarthritis”. Pain Research & Management 2019 Jun 16;(7964897).
2. Draper DO, Klyve D, Ortiz R, Best TM. “Effect of low-intensity long-duration ultrasound on the symptomatic relief of knee osteoarthritis: arandomized, placebo-controlled double-blind study”. Journal of OrthopaedicSurgery and Research 2018 Oct 16;13(257).
3. Karakas A, Dilek B, Sahin MA, Ellidokuz H, Senocak O. “The effectivenessof pulsed ultrasound treatment on pain, function, synovial sac thickness andfemoral cartilage thickness in patients with knee osteoarthritis: a randomized,double-blind clinical, controlled study”. Clinical Rehabilitation 2020Dec;34(12):1474-1484.
4. Devrimsel G, Metin Y, Serdaroglu Beyazal M. “Short-term effects ofneuromuscular electrical stimulation and ultrasound therapies on musclearchitecture and

functional capacity in knee osteoarthritis: a randomizedstudy". Clinical Rehabilitation 2019 Mar;33(3):418-427.
5. Usman Z, Maharaj SS, Kaka B. "Effects of combination therapy andinfrared radiation on pain, physical function, and quality of life in subjectswith knee osteoarthritis: a randomized controlled study". Hong KongPhysiotherapy Journal 2019 Jun;39(2):133-142.
6. Dantas LO, Osani MC, Bannuru RR. "Therapeutic ultrasound for kneeosteoarthritis: A systematic review and meta-analysis with grade qualityassessment". Braz J Phys Ther.
2021 Nov-Dec;25(6):688-697.
7. Chen H, Wang Z, Zhang X, Sun M. "Effects of low-intensity pulsedultrasound on knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis ofrandomized controlled trials". Clin Rehabil. 2022 Sep;36(9):1153-1169.

Capítulo 154

EFICACIA DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO DEL SUELO PÉLVICO EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA POST-PROSTATECTOMÍA RADICAL

RAFAEL GUZMÁN ASOLAS

JOAQUÍN CASAS CARRASCO

1 Introducción

El cáncer de próstata es uno de los cánceres más comunes en los hombres. Según la evolución y estadío de dicho cáncer, uno de los tratamientos que pueden emplearse es la prostatectomía. La prostatectomía radical (el tratamiento quirúrgico cuya finalidad es la extirpación de la próstata en su totalidad) puede provocar incontinencia urinaria y disfunción eréctil de forma temporal o permanente, lo que puede afectar negativamente a la calidad de vida de quien lo padece.

A pesar de los avances científicos y médicos en todas las intervenciones quirúrgicas, la evolución y el tiempo de recuperación de la continencia urinaria sigue siendo variable de unos pacientes a otros por las condiciones de los mismos.

Dentro de la fisioterapia el ejercicio de los músculos del suelo pélvico es el tratamiento conservador más común para la incontinencia urinaria después de una prostatectomía radical, siendo una de las técnicas mayormente recomendadas para la prevención, tratamiento y rehabilitación de todas las complicaciones que puedan surgir a raíz de dicha prostatectomía radical.

En este capítulo se mostrará qué dice la literatura más reciente acerca del empleo del ejercicio terapéutico del suelo pélvico en pacientes que padecen de incontinencia urinaria después de una cirugía de prostatectomía radical.

2 Objetivos

- Conocer qué dice la literatura más actual acerca de la aplicación del ejercicio terapéutico del suelo pélvico para tratar la incontinencia urinaria en pacientes intervenidos de prostatectomía radical.
- Evidenciar si el uso del ejercicio terapéutico es efectivo para la recuperación de estos pacientes.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica mediante la consulta de distintas bases de datos científicas: Pubmed, PEDro, Scielo y Cochrane.
Como palabras clave (”keywords”) se han utilizado ”physical therapy”, ”incontinence” y ”prostatectomy”, escogiendo la literatura publicada en los últimos cinco años.

4 Resultados

Tras la lectura y el análisis de todos los estudios utilizados, los resultados obtenidos han sido bastante contradictorios entre sí.
Por una parte, varios estudios mostraron que la aplicación de ejercicio terapéutico del suelo pélvico provocó un cambio positivo a nivel físico y psicosocial de estos pacientes, acortando los plazos de recuperación después de la cirugía, mejorando su calidad de vida. Se indica también que si estos ejercicios se empiezan a realizar lo antes posible se acelera todavía más la recuperación, mejorando la incontinencia urinaria y el dolor a nivel pélvico que pudiera aparecer después de la prostatectomía radical. Asimismo, si estos ejercicios se combinan con otro tipo de tratamientos como las corrientes interferenciales y la terapia manual, el beneficio podría ser mayor, por lo que sería un interesante complemento de tratamiento.
La realización del ejercicio terapéutico de manera preoperatoria puede tener también efectos significativos y positivos en la recuperación después de la intervención quirúrgica, ya que los pacientes tienen el entrenamiento previo y la implementación de estos ejercicios es más rápida.

En cambio, otros estudios no hallaron beneficio alguno para la recuperación de la incontinencia urinaria aplicando ejercicio terapéutico en el suelo pélvico, no encontraron una evidencia clara. Pusieron de manifiesto que la recuperación se da independientemente de su realización, el curso natural de la recuperación es lo que permitiría volver a adquirir la posible fuerza muscular perdida. Ni siquiera sería beneficiosa la utilización de otras terapias como la electroestimulación, el incluirla como complemento no favorece la recuperación y no tiene efectos a corto ni a largo plazo con respecto a la incontinencia urinaria. Se insta a que se sigan realizando estudios y aumente la investigación para tener mayor evidencia científica sobre el tema.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los estudios analizados pusieron en manifiesto que el uso del ejercicio terapéutico en la musculatura del suelo pélvico en pacientes con prostatectomía radical puede suponer una mejoría de la incontinencia urinaria. La terapia manual y las corrientes interferenciales se pueden sumar a los ejercicios para que el beneficio sea mayor. Esto mejoraría, por consiguiente, su calidad de vida tanto a nivel físico como emocional y psicosocial.
Otros estudios cuestionaron su utilidad, poniendo de manifiesto que la recuperación funcional de la musculatura del suelo pélvico se da independientemente de si se realiza ejercicio terapéutico o no, instando a que se realice más investigación por no encontrar evidencia suficiente.

6 Bibliografía

1. de Lira GHS, Fornari A, Cardoso LF, Aranchipe M, Kretiska C, Rhoden EL. "Effects of perioperative pelvic floor muscle training on early recovery of urinary continence and erectile function in men undergoing radical prostatectomy: a randomized clinical trial". Int Braz J Urol. 2019 Nov-Dec; 45 (6): 1196-1203.
2. Mungovan SF, Carlsson SV, Gass GC, Graham PL, Sandhu JS, Akin O, Scardino PT, Eastham JA, Patel MI. "Preoperative exercise interventions to optimize continence outcomes following radical prostatectomy". Nat Rev Urol. 2021 May; 18 (5): 259-281.
3. Wu ML, Wang CS, Xiao Q, Peng CH, Zeng TY. "The therapeutic effect of pelvic floor muscle exercise on urinary incontinence after radical prostatectomy: a meta-analysis". Asian J Androl. 2019 Mar-Apr; 21 (2): 170-176.

4. Ide Y, Kikuchi N, Fukumoto T, Takeda H, Okura T. "Quantifying the effectiveness of rehabilitation for post-radical prostatectomy urinary incontinence: Novel pelvic floor function assessment using M-mode ultrasonography". IJU Case Rep. 2022 May 29; 5 (5): 342-345.
5. Scott KM, Gosai E, Bradley MH, Walton S, Hynan LS, Lemack G, Roehrborn C. "Individualized pelvic physical therapy for the treatment of post-prostatectomy stress urinary incontinence and pelvic pain". Int Urol Nephrol. 2020. Apr; 52 (4): 655-659.
6. Soto González M, Da Cuña Carrera I, Gutiérrez Nieto M, López García S, Ojea Calvo A, Lantarón Caeiro EM. "Early 3-month treatment with comprehensive physical therapy program restores continence in urinary incontinence patients after radical prostatectomy: A randomized controlled trial". Neurourol Urodyn. 2020 Jun; 39 (5): 1529-1537.
7. M Sheibanifar, F Okhovatian, A Akbarzadeh Baghban. "A novel multifaceted physical therapy approach for stress incontinence secondary to prostatectomy: randomized controlled trial". Journal of bodywork and movement therapies, 2023, 35, 1-6.
8. Laurienzo CE, Magnabosco WJ, Jabur F, Faria EF, Gameiro MO, Sarri AJ, Kawano PR, Yamamoto HA, Reis LO, Amaro JL. "Pelvic floor muscle training and electrical stimulation as rehabilitation after radical prostatectomy: a randomized controlled trial". Journal of Physical Therapy Science 2018 Jun;30(6):825-831.

Capítulo 155

DIAGNÓSTICO EN RELACIÓN CÉNTRICA

OSCAR SUÁREZ CASADO

1 Introducción

El diagnóstico preciso y la comprensión de la relación céntrica son aspectos cruciales en el campo de la odontología, especialmente en la prostodoncia. La relación céntrica se refiere a la posición mandibular que se considera como una referencia estable y reproducible, y su correcta evaluación es fundamental para el diseño de prótesis dentales, restauraciones oclusales y tratamientos de ortodoncia.

En este capítulo, se explorará en detalle el papel del diagnóstico en relación céntrica, centrándonos en la importancia de su evaluación precisa y en las técnicas utilizadas para su registro. Se revisará la literatura científica relacionada con este tema, analizando las diferentes definiciones propuestas por autores y organizaciones, así como los procedimientos más comunes utilizados en la práctica clínica.

Se abordarán los métodos tradicionales y las nuevas tecnologías disponibles para el registro de la relación céntrica, como la técnica de protrusión mandibular, el uso de dispositivos de registro interoclusal y el análisis digital de la oclusión. Se discutirán las ventajas y limitaciones de cada técnica, así como su fiabilidad y validez en la reproducción de esta posición de referencia.

Además, se destacarán los aspectos clínicos relevantes en el diagnóstico en relación céntrica, como la relación con la articulación temporomandibular y la

oclusión dental. Se explorarán los signos y síntomas asociados a trastornos de la relación céntrica, así como las implicaciones en el diseño y el éxito de los tratamientos protésicos y restauradores.

En conclusión, el diagnóstico en relación céntrica desempeña un papel fundamental en la planificación y ejecución de tratamientos odontológicos. Este capítulo proporcionará una visión amplia y actualizada sobre este tema, ofreciendo a los profesionales de la odontología una guía útil para evaluar y registrar de manera precisa la relación céntrica en la práctica clínica.

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Determinar la importancia de diagnosticar en relación céntrica.

Objetivo secundario:
-Determinar la diferencia entre Relación Céntrica y Máxima Intercuspidación.

3 Metodología

Para la elaboración y el desarrollo del siguiente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática y específica de libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo y Scorpius seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los resultados obtenidos de la revisión de la literatura relacionada con el diagnóstico en relación céntrica revelan una diversidad de enfoques y técnicas utilizadas en la práctica clínica. Se identificaron diferentes definiciones propuestas por varios autores y organizaciones, lo que refleja la falta de consenso en cuanto a la terminología y los criterios específicos para determinar esta posición mandibular de referencia.

En cuanto a los métodos de registro de la relación céntrica, se encontró que la técnica de protrusión mandibular es ampliamente utilizada en la práctica clínica. Este enfoque implica guiar al paciente a una posición de protrusión mandibular máxima y luego registrar esta posición con la ayuda de dispositivos intero-

clusales o registros en cera. Aunque esta técnica es común, algunos estudios han cuestionado su fiabilidad y validez, señalando la posibilidad de errores en la reproducibilidad y la falta de estandarización en su ejecución.

Además de la protrusión mandibular, se han propuesto otras técnicas y dispositivos para el registro de la relación céntrica. El arco facial, por ejemplo, permite capturar la relación espacial entre el maxilar superior y la mandíbula, proporcionando información precisa para determinar la posición céntrica. Sin embargo, su uso requiere habilidad y experiencia, y puede resultar incómodo para el paciente.

En los últimos años, el avance de la tecnología ha introducido nuevas herramientas para el registro de la relación céntrica. El análisis digital de la oclusión mediante sistemas de escaneo intraoral y software de diseño asistido por computadora ha ganado popularidad. Estos sistemas permiten capturar y analizar la oclusión en tres dimensiones, facilitando la identificación de la relación céntrica y proporcionando una representación visual precisa.

Es importante destacar que la elección de la técnica o dispositivo de registro debe basarse en la experiencia clínica y en la consideración de las necesidades y características individuales de cada paciente. Además, se debe tener en cuenta que la relación céntrica no es una posición estática, sino que puede variar en función de factores como la postura corporal, el estado emocional y la actividad muscular.

En resumen, los resultados de esta revisión enfatizan la importancia de un diagnóstico preciso en relación céntrica en la odontología y la prostodoncia. Aunque existen diferentes enfoques y técnicas para su evaluación, es fundamental seleccionar métodos confiables y reproducibles que se ajusten a las necesidades y características individuales de cada paciente. La incorporación de tecnologías digitales también puede proporcionar ventajas adicionales en términos de precisión y visualización tridimensional. Sin embargo, se requiere más investigación para establecer pautas claras y consensuadas en este campo y mejorar la comprensión de la relación céntrica y su influencia en el diseño y el éxito de los tratamientos odontológicos.

5 Discusión-Conclusión

La discusión de los resultados obtenidos en esta revisión de la literatura revela la necesidad de establecer una definición y criterios claros para la relación céntrica,

así como de estandarizar los métodos de registro utilizados en la práctica clínica. La falta de consenso en cuanto a la terminología y los procedimientos puede llevar a discrepancias en la evaluación y reproducción de esta posición mandibular de referencia.

Se destaca la importancia de seleccionar técnicas confiables y reproducibles para el registro de la relación céntrica, teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada paciente. Si bien la técnica de protrusión mandibular es ampliamente utilizada, se han planteado preocupaciones sobre su fiabilidad y validez. El uso de tecnologías digitales, como el análisis digital de la oclusión, puede brindar ventajas en términos de precisión y visualización tridimensional, pero también requiere una evaluación cuidadosa de su utilidad clínica y costo-efectividad.

En conclusión, el diagnóstico en relación céntrica desempeña un papel fundamental en el éxito de los tratamientos odontológicos, especialmente en la prostodoncia. La revisión de la literatura destaca la diversidad de enfoques y técnicas utilizadas en la práctica clínica, así como la necesidad de un consenso y estandarización en este campo. Los profesionales de la odontología deben considerar la evidencia científica disponible y la experiencia clínica para seleccionar la mejor técnica de registro en cada situación. Además, se requiere una mayor investigación para mejorar la comprensión de la relación céntrica y su influencia en el diseño y el éxito de los tratamientos protésicos y restauradores.

6 Bibliografía

1.Orozco VA, Arroyo CG, Martínez FR, Ventura TJ, Cañadas RD, Jiménez CE. Relación céntrica: revisión de conceptos y técnicas para su registro. Parte I. Avances en odontoestomatología. 2008; 24(6): 366

2.Oltramari PV, Conti AC, Navarro Rde L, Almeida MR, Almeida-Pedrin RR, Ferreira FP. Importance of occlusion aspects in the completion of orthodontic treatment. Braz Dent J. 2007;18(1):78-82. doi: 10.1590/s0103-64402007000100017. PMID: 17639207.

Capítulo 156

RESTAURACIÓN MONOLÍTICA EN CIRCONIO SOBRE IMPLANTES

OSCAR SUÁREZ CASADO

1 Introducción

Las restauraciones metalo-cerámicas han sido usadas desde hace mucho tiempo en prótesis dentales y son una opción muy fiable para restaurar la dentición. Además, hasta hace 25 años era la única técnica disponible para prótesis fija.
Aunque su uso ha sido aclamado y elogiado durante décadas, presentan algunas desventajas. Una de ellas y de ámbito estético, es la opacidad de la estructura metálica y la reflexión a través de la encía. Otra desventaja menos frecuente aunque no menos importante que la anterior es la mayor frecuencia de alergias. Además hay un pequeño porcentaje que también presenta corrosión.
Para mejorar estas situaciones, las llamadas restauraciones monolíticas fueron introducidas en la dinámica terapéutica odontológica. Este tratamiento se basa en la reconstrucción de un diente a través de un bloque monolítico que es fresado o inyectado y maquillado.
Con los primeros tratamientos realizados fue posible demostrar grandes ventajas que constituirían ese tipo de protocolo, principalmente reduciendo los inconvenientes que surgían en la estética dental del paciente.
Los materiales seleccionados para la realización de las restauraciones monolíticas fueron varios, destacando principalmente el composite, las cerámicas híbridas, las cerámicas feldespáticas, las cerámicas de disilicato de litio y el circonio.
Aunque todos los materiales anteriores fueran válidos para hacer este tipo de restauraciones, con los primeros cuatro había un problema adicional: Estos no

podían ser utilizados para hacer restauraciones en la región posterior de la boca, sólo el circonio.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer las funciones y características del circonio en restauraciones monolíticas sobre implantes.

Objetivo secundario:
-Describir el proceso y las peculiaridades de la restauración monolítica con circonio.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se efectuó un búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: Pubmed, Scorpus, Science Direct y Scielo.
La selección de artículos fue realizada de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión:
- Validez y calidad de las publicaciones de los artículos.
-Bases especializadas en el sector de la salud.

4 Resultados

En relación con la translucidez la falta de fluorescencia en el circonio disminuye su apariencia natural y es acentuada por su tendencia a cambiar de blanco a gris en condiciones de poca luz. En contraste el esmalte permanece sin alteraciones en esas condiciones.
Las características como las interfases entre las diferentes fases, la birrefringencia, los diámetros de los poros del material y las terminaciones superficiales rugosas pueden reducir la translucidez del circonio. El TZP (Zirconia Tetragonal Policristalina) es un material policristalino monofásico y altamente denso. Como los parámetros de la red del circonio tetragonal son casi idénticos a los de la forma cúbica, la birrefigencia es mínima. Como las restauraciones dentales de TZP son generalmente glaseadas o pulidas, la rugosidad de la superficie es imperceptible. Por lo tanto la dispersión de la luz en TZP no es muy diferente de la de un material homogéneo isotrópico, de modo que la dispersión de la luz puede ser minimizada por el control microestructural lo que permite la optimización de la translucidez.

Otra de las características del circonio es el fenómeno de transformación resistente. El circonio que usamos hoy en odontología está en la forma Y-TZP (Óxido de circonio tetragonal parcialmente estabilizado con Ytrio), y casi siempre responde a la formulación de Óxido de Circonio (zrO2) parcialmente estabilizado con óxido de Ytrio (Y2O3). El término tiene un significado especial porque, como se puede deducir, si el circonio estuviese totalmente estabilizado, no cabría la posibilidad de transformación y, por tanto, perderíamos la propiedad principal sobre la cual basamos su uso.
Cristalográficamente el circonio a presión ambiente y a temperatura ambiente se encuentra en una fase llamada monoclínica. Cuando el circonio adquiere la temperatura de 1170º cambia de estructura pasando a fase tetragonal y cuando llega a 2370 a fase cúbica. Este cambio de fases es el mecanismo de aumento de la tenacidad o fenómeno de transformación resistente, donde en un punto de fisura cambia de fase, pasa a una monolítica y aumenta el volumen un 5% cerrando la fisura.
Aunque esta sea su mayor virtud, cambiar de tetragonal a monoclínica también es su talón de Aquiles porque en esa fase pasa el fenómeno de degradación hidrotérmica, también conocido como degradación de envejecimiento a baja temperatura.
Respecto a la adhesión debemos tener en cuenta que el circonio es ácido resistente.
Respecto al cementado, el circonio no presenta un tono oscuro y agrisado en la encía marginal y acumula menos placa.

5 Discusión-Conclusión

La cerámica es el material restaurador más popular debido a su estética, inercia y biocompatibilidad. Una preocupación clínica importante es que las cerámicas son frágiles y sujetas a fracturas. Para evitar eso, la reconstrucción con circonio monolítico es la usada con más frecuencia.
En relación a la translucidez el conocimiento sobre el tamaño de las partículas de TZP es importante porque esa cualidad debe facilitar la densificación y al mismo tiempo, mejorar la translucidez.
El fenómeno de transformación resistente o mecanismo de aumento de la tenacidad del circonio en la fase tetragonal, en presencia de un área de alta presión, tales como el punto de una fisura, sufre un cambio de fase en esta área y va a cristalizar a fase monoclínica.
En el fenómeno de degradación hidrotérmica o envejecimiento la transformación de tetragonal a monoclínico también es un punto flaco, ya que si la fase tetragonal

puede transformarse espontáneamente en fase monoclínica en la superficie del material sobre ciertas circunstancias acuosas se reduce las propiedades mecánicas del material.
Podemos decir que el circonio es un material óptimo para hacer restauraciones posteriores sin tener que usar el metal.

6 Bibliografía

Esquivel-Upshaw JF, Kim MJ, Hsu SM, Abdulhameed N, Jenkins R, Neal D, Ren F et al.
Randomized clinical study of wear of enamel antagonists against polished monolithic zirconia crowns. J Dent. 2018; 68:19-27.
2. Rupawala A, Musani SI, Madanshetty P, Dugal R, Shah UD, Sheth EJ. A study on the wear of enamel caused by monolithic zirconia and the subsequent phase transformation compared to two other ceramic systems. J Indian Prosthodont Soc. 2017; 17(1):8-14.
3. Hansen TL, Schriwer C, Øilo M, Gjengedal H. Monolithic zirconia crowns in the aesthetic zone in heavy grinders with severe tooth wear - An observational case-series. J Dent.
2018; 72:14-20.
4. Lopez-Suarez C, Rodriguez V, Pelaez J, Agustin-Panadero R, Suarez MJ. Comparative fracture behavior of monolithic and veneered zirconia posterior fixed dental prostheses.
Dent Mater J. 2017 29 ;36(6):816-821.
5. Choi JW, Kim SY, Bae JH, Bae EB, Huh JB. In vitro study of the fracture resistance of monolithic lithium disilicate, monolithic zirconia, and lithium disilicate pressed on zirconia for three-unit fixed dental prostheses. J Adv Prosthodont. 2017; 9(4):244-251.
6. Martínez Rus F, Pradíes Ramiro G, Suárez García MJ, Rivera Gómez B. Cerámicas dentales: clasificación y criterios de selección. RCOE 2007; 12:253-263.
7. K. Tada, T. Sato, and M. Yoshinari, "Influence of surface treatment on bond strength of veneering ceramics fused to zirconia," Dent Mater J. 2012; 31 (2): 287–296.
21
8. Carrabba M, Keeling AJ, Aziz A, Vichi A, Fabian Fonzar R, Wood D, Ferrari M. Translucent zirconia in the ceramic scenario for monolithic restorations: A flexural strength and translucency comparison test. J Dent. 2017; 60:70-76.

9. Tuncel İ, Turp I, Üşümez A. Evaluation of translucency of monolithic zirconia and framework zirconia materials. J Adv Prosthodont. 2016; 8(3):181-6.
10. Derafshi R, Khorshidi H, Kalantari M, Ghaffarlou I. Effect of mouthrinses on color stability of monolithic zirconia and feldspathic ceramic: an in vitro study. BMC Oral Health.
2017 7; 17(1):129.
11. Matsuzaki F, Sekine H, Honma S, Takanashi T, Furuya K, Yajima Y, Yoshinari M.
Translucency and flexural strength of monolithic translucent zirconia and porcelainlayered zirconia. Dent Mater J. 2015; 34(6):910-7.
12. Zhang Y, Lawn BR. Novel Zirconia Materials in Dentistry. J Dent Res. 2018;97(2):140-
147.
13. Kelly R, Denryb I. Stabilized zirconia as a structural ceramic: An overview. Dent Mater
2008; 24:289-98.
14. De Aza AH, Chevalier J, Fantozzi G, Schehl M, Torrecillas R. 2003. Slow-crack growth behavior of zirconia-toughened alumina ceramics processed by different methods. J. Am.
Ceram. Soc. 86:115–20.
15. Muñoz EM, Longhini D, Antonio SG, Adabo GL. The effects of mechanical and hydrothermal aging on microstructure and biaxial flexural strength of an anterior and a posterior monolithic zirconia. J Dent. 2017; 63:94-102.
16. Lameira DP, Buarque e Silva WA, Andrade e Silva F, De Souza GM. Fracture Strength of
Aged Monolithic and Bilayer Zirconia-Based Crowns. Biomed Res Int. 2015; 2015:418641.
17. Chevalier J, Gremillard L, Deville S. Low-Temperature Degradation of Zirconia and
Implications for Biomedical Implants. Annu. Rev. Mater. Res. 2007. 37:1–32
18. Chevalier J. What future for zirconia as a biomaterial? Biomaterials 2006; 27: 535-
5432.
22
19. A. Luísa Gomes, J. C. Ramos, S. Santos-del Riego, J. Montero, and A. Albaladejo,
"Thermocycling effect on microshear bond strength to zirconia ceramic using Er:YAG and tribochemical silica coating as surface conditioning," Lasers Med.

Sci. 2015; 30 (2): 787–
795.
20. M. Karimipour-saryazdi, R. Sadid-zadeh, D. Givan, J. O. Burgess, L. C. Ramp, and P. Liu,
"Influence of surface treatment of yttrium-stabilized tetragonal zirconium oxides and cement type on crown retention after artificial aging," J. Prosthet. Dent. 2014; 111: 395–
403.
21. A. Fons-font, V. Amigó-borrás, and M. Granell-ruiz, "Bond strength of selected composite resin-cements to zirconium-oxide ceramic," Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.
2013; 18 (1): 115–123.
22. P. C. R. Amaral and L. G. May, "Composite Resin to Yttria Stabilized Tetragonal Zirconia
Polycrystal Bonding: Comparison of Repair Methods," Oper. Dent. 2012; 37 (3): 263–271.
23. Rohr N, Brunner S, Märtin S, Fischer J. Influence of cement type and ceramic primer on retention of polymer-infiltrated ceramic crowns to a one-piece zirconia implant. J
Prosthet Dent. 2018; 119(1):138-145.
24. Güler U, Budak Y, Queiroz JRC, Özcan M. Dislodgement Resistance of Zirconia Copings
Cemented onto Zirconia and Titanium Abutments. Implant Dent. 201; 26(4):510-515.
25. Menon NS, Kumar GP, Jnanadev KR, Satish Babu CL, Shetty S. Assessment and comparison of retention of zirconia copings luted with different cements onto zirconia and titanium abutments: An in vitro study. J Indian Prosthodont Soc. 2016; 16(2):136-41.
26. Nakamura K, Mouhat M, Nergård JM, Lægreid SJ, Kanno T, Milleding P et al. Effect of cements on fracture resistance of monolithic zirconia crowns. Acta Biomater Odontol
Scand. 2016 Jan 1;2(1):12-19.
27. Ha SR. Biomechanical three-dimensional finite element analysis of monolithic zirconia crown with different cement type. J Adv Prosthodont. 2015; 7(6):475-83.
23
28. Cristian AC, Jeanette L, Francisco MR, Guillermo P. Correlation between Microleakage and Absolute Marginal Discrepancy in Zirconia Crowns Cemented with Four Resin Luting

Cements: An In Vitro Study. Int J Dent. 2016; 2016:8084505.
29. Rohr N, Märtin S, Fischer J. Correlations between fracture load of zirconia implant supported single crowns and mechanical properties of restorative material and cement.
Dent Mater J. 2018; 30;37(2):222-228.
30. Chang B, Goldstein R, Lin CP, Byreddy S, Lawson NC. Microleakage around zirconia crown margins after ultrasonic scaling with self-adhesive resin or resin modified glass ionomer cement. J Esthet Restor Dent. 2018; 30(1):73-80.

Capítulo 157

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE LA DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM)

MARINA LÓPEZ CALDERÓN

1 Introducción

La alteración de la articulación temporomandibular (ATM) es una afección multifactorial y motivo de consulta cada vez más común por esto es necesaria una buena imagen para el diagnóstico.
De acuerdo con la definición del "Diccionario de Términos Médicos1" es una «articulación bicondilea entre la fosa mandibular y el tubérculo articular del hueso temporal por arriba y el cóndilo de la mandíbula por abajo, estabilizada por un disco articular, que permite movimientos de descenso y elevación así como desplazamientos anteriores, posteriores y laterales de la mandíbula».
La ATM está formada por el cóndilo mandibular y las fosas mandibulares de la porción petrosa del temporal; siendo los únicos elementos móviles de la biomecánica articular. Su peculiaridad reside en que no hay contacto entre ellos, sino que están separados por el disco articular que forma con el cóndilo mandibular una unidad anatómico-funcional. Por encima y por debajo de él hay dos cavidades sinoviales.
Toda la integridad de la ATM está englobada en una cápsula articular fibrosa. Su cara lateral se engrosa y constituye el ligamento temporomandibular, dando estabilidad al cóndilo evitando que se descuelgue hacia abajo y hacia atrás, así como proporcionando resistencia al movimiento de diducción.

2 Objetivos

Determinar cuál es la prueba diagnóstica más adecuada.
Conocer las distintas técnicas de imagen para el diagnóstico de la patología de la ATM.
Estudiar los sistemas de diagnóstico por imagen de la Atención Primaria que se estén llevando a cabo en centros de la Comunidad de Aragón para el diagnóstico de ATM.
Comparar las características de las distintas técnicas de imagen.
Determinar cuál es la prueba diagnóstica más utilizada en los Centros de Salud.

3 Metodología

Para analizar la técnica diagnóstica más adecuada para la disfunción temporomandibular en la Sanidad Pública; se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática con búsqueda bibliográfica a través de la plataforma "Biblio Salud", utilizando las bases de datos PubMed Central y Cochrane Library.
- Los idiomas de búsqueda han sido en castellano y en inglés.
- Palabras clave y operadores booleanos: 'articulación temporomandibular' OR (articulacion AND temporo AND mandibular ('en'/exp OR en) AND atencion AND primaria).
- Key words: Articulación temporomandibular / Articulación craneomandibular / Diagnóstico radiológico/ ATM/ disfunción ATM/ Resonancia magnética
- Se buscaron todos los artículos posteriores al año 2015.
- Posteriormente, se excluyeron todos los estudios que no analizaran las técnicas diagnósticas, que solo hablaban del tratamiento, de la fisiopatología y que no fueran artículos de revisión
- De dicha revisión, se obtuvo un total de 1200 estudios de intervención y/o revisiones sistemáticas que evaluaron la eficacia diagnóstica de la disfunción de la ATM

Posteriormente, se realizó una nueva búsqueda con los mismos criterios de inclusión modificando la estrategia de búsqueda de la cual se obtuvieron 111 estudios de revisión.
- Para la elaboración de las conclusiones, se han tenido en cuenta otros muchos artículos dada su relevancia académica, que han sido excluidos por no cumplir el criterio de fecha (anteriores a 2015).

Fuentes de información y estrategias de búsqueda PubMed/Medline, Cochrane

Library,
Última búsqueda: 24/04/2022
Pubmed: Se ha realizado una búsqueda entre los años 2015 y 2021 ((“”[Mesh] OR “Temporomandibular”[tiab] OR “Temporomandibular”[tiab] OR “Joint”[tiab] OR “Syndrome”[tiab] OR “Disorders”[tiab] OR “Disorders”[tiab] OR “Radiodiagnosis”[tiab]) AND (“ Prevalence” OR “Diagnostic”)) AND ((“Meta-Analysis” [Publication Type] OR “Meta-Analysis as Topic”[Mesh] OR “Network Meta-Analysis”[-Mesh] OR “Meta-Analysis”[tiab] OR “Meta-Analyses”[tiab] OR “The Cochrane database of systematic reviews”[Jour]) OR (systematic[sb] OR “systematic review”[tiab] OR “systematic reviews”[tiab] OR “Systematic reviews”[Jour] OR “JBI library of systematic reviews”[Jour]) OR (“umbrella review”[tiab] OR “umbrella reviews”[tiab] OR “umbrella systematic review”[tiab] OR “overview of systematic reviews”[tiab] OR (overview[ti] AND (Cochrane[ti] OR “The Cochrane database of systematic reviews”[Jour]))))
Cochrane Library: Temporomandibular” OR “Joint” OR “Syndrome” OR “Disorders OR Radiodiagnosis”)

Desde el año 2015 se han obtenido 111 resultados, pero se han seleccionados 15 estudios de acuerdo con los criterios de inclusión.
Selección de estudios y proceso de recopilación de datos: Los artículos recuperados en cada base de datos, fueron sometidos a una fase de recopilación y cribado para evitar duplicación de títulos. Posteriormente, mediante la fase de identificación se recuperaron los artículos completos para su valoración de acuerdo a criterios de elegibilidad. El criterio de excusión se aplicó sólo en la fase de identificación.
Criterios de exclusión: no se han incluido trabajos en los que no se especifique la prueba diagnóstica que estén duplicados o que no sean una revisión bibliográfica. Posteriormente dada la extensión del número de trabajos, se redujo los resultados a solo castellano.

4 Resultados

De acuerdo con los protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial4; la disfunción témporomandibular5-6, (DTM) o también llamados Trastornos Temporomandibulares (TTM); constituyen un amplio espectro de signos y síntomas que afectan a la ATM7, músculos masticatorios y a las estructuras con las que se relacionan.
Respecto a la etiología, es de carácter multifactorial con un gran porcentaje

de afectación psicosomática, también influyen causas odontógenas (pérdida de piezas) y óseas (mordida abierta según la clasificación de Angle8). La epidemiología de la DTM sugiere que el 75% de la población ha tenido algún signo a lo largo de su vida y el 33% algún síntoma, siendo las mujeres de entre 15 y 40 años el grupo de mayor afluencia de tratamiento, que no incidencia, con una frecuencia 3 veces superior.

De acuerdo con la Sociedad Española de Salud Pública Oral, en su última encuesta9 un 5% de la población española necesita tratamiento; de los cuales solo un 1% acude al facultativo.

La gestión sanitaria de esta entidad es multidisciplinar, empezando por una derivación del Médico de Atención Primaria al Odontoestomatólogo10-11 del Área de Salud donde se solicitarán las pruebas complementarias para realizar el diagnóstico diferencial y comenzar el plan de tratamiento.

Contenidos.

De acuerdo con Learreta J.A en su publicación "Compendio sobre patologías de la ATM" evidencia la necesidad de mayor investigación para un diagnóstico diferencial con las técnicas de imagen para el diagnóstico más modernas. Estas técnicas son la resonancia magnética y la tomografía computarizada que permiten monitorizar y evaluar los cambios estructurales de los tejidos, tanto blandos como duros. Por otro lado, de acuerdo con López López, J. y col15. la ortopantomografía sigue siendo muy útil como método de screening para una primera evaluación y descartar patologías odontoperiodontales, fracturas mandibulares, formaciones quísticas, trastornos de la oclusión y patología sinusal. La telerradiografía de cráneo es una prueba complementaria fundamental para definir si la causa de la disfunción es por una maloclusión.

Para lograr un correcto diagnóstico es necesario realizar en primer lugar una anamnesis bien detallada y estructurada, seguida de una exploración de las estructuras cráneo mandibulares y del cuello (puntos de Arnold); así como descartar problemas de origen odontológico o por falta de piezas dentales16.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

De acuerdo con el protocolo de la Asociación Española de Cirugía Oral y Maxilofacial la petición de las pruebas deberá responder a los hallazgos clínicos.

La primera prueba que se debería realizar es la ortopantomografía (OPG) que es un tipo de radiología especial en la que se obtiene una placa panorámica de las estructuras orales y sus relaciones. Es una técnica fácil de realizar, cómoda para el paciente y con menos dosis de radiación que el resto de las técnicas radiológicas convencionales.

TÉCNICAS RADIOLÓGICAS ESPECIALES17

ORTOPANTOMOGRAFÍA

Posicionamiento del paciente proyección estándar

OPG proyección estándar: se obtiene una imagen radiográfica de ambas arcadas. El tamaño de la placa es de 10 x 24 cm y se coloca externamente sobre la cara del paciente, por encima o por debajo del aplicador. La posición de la placa debe ser paralela a la arcada para obtener una ampliación uniforme de todas las zonas óseas.

En esta proyección se dan artefactos por superposición en las zonas de las piezas premolares de ambas arcadas. Para evitarlas se recurre a la proyección estándar modificada, en la que se introduce el tubo a menor profundidad, a una distancia de 4 cm del aplicador, y los premolares quedan libres de superposiciones, siendo buena la reproducción de los incisivos; por el contrario, se pierde la región molar.

Indicaciones:

Evaluación de estructuras óseas.

Confirmar posibles cambios óseos degenerativos.

Diagnóstico de patologías endo-periodontales.

Determinar el estadio de procesos patológicos.

Evaluar efectividad del tratamiento.

TELERRADIOGRAFÍA DE CRÁNEO

Es una técnica de radiografía extraoral específica para planificar tratamientos de ortodoncia y cirugía ortognática. Esta imagen diagnóstica es fundamental para hacer mediciones cefalométricas y descartar disfunciones de ATM por "mordida abierta".

Permite diagnosticar el tipo de maloclusión según la clasificación de Angle, estudiar la relación de ambas arcadas, las guías caninas y su relación con los primeros molares. Es imprescindible para evaluar la relación de la ATM con el resto del cráneo y espacio nasofaríngeo. Existen dos tipos de telerradiografías:

Telerradiografía lateral: presenta una visión lateral de las estructuras a estudiar: permite ver la relación de la ATM (abierta y cerrada), con la columna cervical, base de cráneo, axis y hueso hioides; y resulta imprescindible para diagnosticar la etiología de la disfunción de la ATM en el caso de que fuera por maloclusión para planificar el tratamiento

Telerradiografía frontal: el objetivo es el estudio de las asimetrías faciales y desviaciones de la línea media. Como objetivo secundario de esta técnica, proyección de elección es la de Waters que permiten observar los senos paranasales.

Indicaciones

Planificación de tratamiento rehabilitador mediante prótesis, cirugía ortognática y maxilofacial, proporcionando registros antes y después del tratamiento.

Para evaluar anomalías del desarrollo de las estructuras faciales.
Planificación del tratamiento ortodóntico.
Prueba para el diagnóstico respecto a la tipología de las maloclusiones.
Ventajas: la técnica de perfil nos permite ver discrepancias óseas.
Inconvenientes: no permite ver patología específica de la ATM.
TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA18
Es una técnica que debe ser solicitada y dirigida por el facultativo especialista una vez evaluadas las anteriores pruebas sin llegar a un diagnóstico diferencial.
Es la prueba de elección para evaluar las estructuras óseas y los distintos integrantes de la ATM, así como el resto de las relaciones óseas cráneo-faciales.
Al permitir la reconstrucción en 3D de la estructura ósea del cráneo y cara, permite detectar con exquisito detalle fracturas, anquilosis y cuadros degenerativos.
Es necesario que el TSID esté entrenado en la realización de la técnica "Cone Beam"19, ya que es la herramienta utilizada de primer nivel diagnóstico.
Ventajas:
Accesibilidad.
Bajo coste.
Alta calidad de imagen para estructuras óseas.
Reconstrucción en 3D.
Inconvenientes:
Imposibilidad del estudio de estructuras blandas: ligamentos, disco intraarticular, músculos y otros componentes isodensos.
Recursos humanos (RRHH) entrenados y equipos específicos.
Mayor dosis de radiación que con las radiografías simples.
Menor resolución espacial.
Efecto de distorsión.
No permite estudio dinámico.
Indicaciones:
Evaluación de alteraciones morfológicas óseas en boca cerrada.
Evaluación del recorrido del cóndilo en apertura.
Conocer la extensión de anquilosis, neoplasias, la afectación ósea en procesos artríticos avanzados, fracturas complejas y valorar complicaciones como las erosiones o el crecimiento ectópico de hueso.
RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)
La resonancia magnética (RM) es un examen auxiliar imagenológico20 solicitado por el facultativo especialista que nos permite comprender la fisiopatología de las estructuras participantes en la ATM para realizar un mejor diagnóstico.

La característica principal y diferencia fundamental de esta técnica frente al resto, es la capacidad para obtener imágenes anatómicas nítidas de los tejidos blandos; de especial interés es el disco intraarticular y resto de componentes blandos con los que está relacionado, ya que es la entidad que más patología sufre. Esta característica es decisiva para un correcto diagnóstico.

PRINCIPIOS FÍSICOS DE LA RM.

La RM tiene un núcleo magnético activo que debe tener un spin y un número impar de protones. Estos requisitos son imprescindibles para que se realice la absorción de energía por el imán. Este núcleo está compuesto por hidrógeno.

Las imágenes obtenidas son por secuencias de pulso (T1 y T2), almacenadas en el ordenador a través del escáner.

Secuencia T1(longitudinal): evalúa anatomía normal: tejido óseo y el disco articular.21

Recupera en un 60% la homeostasis.

Grasa: T1 corto y brillante (hiperintensa)

Secuencia T2 (transversal): evalúa anatomía patológica: inflamación y efusión articular.

Grasa: hipointensa

Agua y otros líquidos: hiperintenso

PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO22

El paciente se colocará en la camilla, de cúbito supino con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo. La antena de elección será una que permita el registro simultáneo de cada ATM, pero se tomarán en planos individuales para cada ATM

FASE 1: Para una correcta planificación se realizarán secuencias con densidad protónica (DP); y será dividido en dos partes:

Boca cerrada: en posición de máxima intercuspidación cortes sagitales oblicuos perpendiculares al eje mayor axial del cóndilo.

Boca abierta: partiendo de la posición de máxima intercuspidación, se irá realizando los mismos cortes, con distintos grados de apertura: 10, 20, 30 y 40 milímetros. Esta medición se realizará desde los bordes palatinos del grupo incisivo.

FASE 2: Solo boca cerrada:

T1: cortes coronales oblicuos paralelos al eje mayor del cóndilo con saturación grasa.

T2: cortes sagitales oblicuos con saturación grasa

5 Discusión-Conclusión

La disfunción de la ATM es una patología multifactorial que va "in crescendo" de acuerdo al nivel de vida. Un diagnóstico correcto es fruto de una anamnesis detallada y una exploración de cavidad oral, músculos masticatorios, apertura y depresión mandibular. Cualquiera de las técnicas que se vayan a realizar deben efectuarse por personal entrenado; con cocimientos anatomofisiológicos acorde con la complejidad de la articulación.

Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, la prueba de elección sería la RM de inicio, puesto que ya podemos evaluar en una misma imagen tejidos duros y blandos. Tenemos que tener en cuenta que el TSID tenga una técnica depurada. En primer lugar, debemos tener en cuenta que según los estudios de Basat y col. en los que se comparan signos clínicos compatibles con patología articular con resultados de RM, se aprecia que aproximadamente en un 60% los resultados de la RM son compatibles con la normalidad. Por otro lado, de acuerdo con Fenton y col. la patología de discal por desplazamiento se diagnostica con alta efectividad mediante la RM.

De acuerdo con la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, es de relevancia comenzar por la OPG siguiendo el algoritmo de la derivación y que sea el facultativo especialista el que decida si es necesario o no realizarla.

Según la tesis doctoral de María José Nieto Fernández-Pacheco en 2017, es necesaria la creación de un protocolo único a nivel nacional que cohesione el manejo y derivación de la patología articular, ya que queda patente que tanto el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes que acuden por esta vía es insuficiente y además los tiempos de derivación son muy dispares de una comunidad autónoma a otra.

El estado emocional del paciente y el dolor merman su calidad de vida, poniendo en valor la necesidad de un protocolo diagnóstico lo más rápido y eficaz posible.

6 Bibliografía

1. Compendio sobre patologías de la ATM. San
Pablo. Artes Médicas. 2003, pp. 137-47.
2. Blanco, Y. Q. (2011). Anatomía clínica de la articulación temporomandibular (ATM). Morfolia, 3(4).
3. Bender, M. E., Lipin, R. B., & Goudy, S. L. (2018). Development of the pediatric temporomandibular joint. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics, 30(1), 1-9.
4. Álvarez, P. Q., Gil, F. M., & Salgueiro, E. V. (2006). Diagnóstico de la patología

de la articulación temporomandibular (ATM). Protocolos Clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, 19, 567-323.
5. Learreta, J. A., Matos, J. L., Freire Matos, M., & Durst, A. C. (2009). Current diagnosis of temporomandibular pathologies. CRANIO®, 27(2), 125-133
6. Bedran L, Santos A. Changes in temporomandibular joint anatomy, changes in condylar translation, and their relationship with disc displacement: magnetic resonance imaging study. Radiol Bras. 2019; 52(2):85- 91. [Links]
7. Velasco-Ortega, E., Cruz Rodríguez, D., Velasco Ponferrada, M. D. C., Monsalve Guil, L., & Bullon, P. (2002). Los trastornos temporomandibulares en la práctica odontológica. I: clasificación y etiopatogenia. Avances en odontoestomatología, 18 (3), 177-189.
8. Angle, E. H. (1899). Classification of malocclusion. Dental Cosmos 41: 248–64. Peracini A, Andrade IM, Paranhos H de F, Silva CH, de Souza RF, 2010. Behavior and hygiene habits of complete denture wearers. Braz Dent J, 21, 247-52.
9. Bravo Pérez, M., Almerich Silla, J. M., Ausina Márquez, V., Avilés Gutiérrez, P., Blanco González, J. M., Canorea Díaz, E., ... & Sainz Ruiz, C. (2016). Encuesta de salud oral en España 2015. RCOE. Revista del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, 2016, vol. 21, num. Sup. 1, p. 8-48.
10. Martins, P. F. A., Stechman-Neto, J., Marques, J. M., Martins, S. K., Ev, K., Sampaio, R. S., ... & Hummig, W. (2016). Tinnitus and temporomandibular disorders: the knowledge of professionals for primary health care in the city of Curitiba. The International Tinnitus Journal, 20(1), 18-23.
11. Nieto, M. J., Castillo, J. L. D., Burgueño, M., Alonso, E., Guiñales, J., & Moreiras, Á. (2018). Derivación de pacientes con síndrome de disfunción temporomandibular desde Atención Primaria. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, 40(3), 112-119.
12. Y Salud, S. E. D. E., & Oral, P. (2002). SESPO-Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral.
13. Tjakkes, G. H. E., Reinders, J. J., Tenvergert, E. M., & Stegenga, B. (2010). TMD pain: the effect on health related quality of life and the influence of pain duration. Health and quality of life outcomes, 8(1), 1-8.
14. Karibe H, Goddard G, Shimazu K, Kato Y, Warita-Naoi S, Kawakami T. Comparison of self-reported pain intensity, sleeping difficulty, and treatment outcomes of patients with myofascial temporomandibular disorders by age group: a prospective outcome study. BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 2014;15(1):423.
15. López, J, Chimenos Küstner, E, Blanco Carrión, A, Reselló Llabrés, X, & Jané Salass, E. (2005). Diagnóstico por la imagen de los trastornos de la articulación craneomandibular. Avances en Odontoestomatología, 21(2), 71-88. Recuperado en

14 de mayo de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852005000200003&lng=es&tlng=es.
16. Velasco-Ortega, E., Cruz Rodríguez, D., Velasco Ponferrada, M. D. C., Monsalve Guil, L., & Bullon, P. (2002). Los trastornos temporomandibulares en la práctica odontológica. I: clasificación y etipatogenia. Avances en odontoestomatología, 18 (3), 177-189.
17. Pharoah, M., & White, S. (2002). Radiología oral, principios e interpretación. de la obra original en inglés Oral Radiology, MM by Mosby Inc. Cap, 277-278.
18. Gaia, B. F., Sales, M. A. O. D., Perrella, A., Fenyo-Pereira, M., & Cavalcanti, M. G. P. (2011). Comparison between cone-beam and multislice computed tomography for identification of simulated bone lesions. Brazilian oral research, 25, 362-368.
19. Briner, B. A. (2014). Tomografía computada cone beam en articulación témporo mandibular (ATM). Revista Médica Clínica Las Condes, 25(5), 843-849.
20. Mendoza, L. R., Celestino, E. C., & Marco, O. V. (2008). Resonancia magnética de la articulación temporomandibular. Radiología, 50(5), 377-385.
21. Basat, S. O., Surmeli, M., Demirel, O., Ceran, F., Saydam, F. A., & Basaran, K. (2016). Assessment of the relationship between clinicophysiologic and magnetic resonance imaging findings of the temporomandibular disorder patients. Journal of Craniofacial Surgery, 27(8), 1946-1950.7
22. Lévano Loayza, Sandro Alexander, & Sovero Gaspar, Abell Temistocles. (2020). Evaluación anatómica de la articulación temporomandibular mediante resonancia magnética. Artículo de revisión. Revista Estomatológica Herediana, 30(4), 285-293. https://dx.doi.org/10.20453/reh.v30i4.3882
23. Manrique, A. O., Aranegui, R. O., & Martínez-González, J. M. (2019). Otras pruebas diagnósticas por imagen. Donado. Cirugía bucal: Patología y técnica, 45.
24. Álvarez Dueñas, D. A. (2020). Avances en el diagnóstico odontológico por imágenes (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).
25. Bordoni, B., & Varacallo, M. (2021). Anatomy, head and neck, sternocleidomastoid muscle. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
26. Mansfield, P. J., & Neumann, D. A. (2018). Essentials of kinesiology for the physical therapist assistant e-book. Elsevier Health Sciences.
27. Drake R, Wayne-Vogl A, Mitchell A. (2009) Gray's anatomy for students. Londres: Churchill Livingstone
28. Moore, K. L., & Dalley, A. F. (2018). Clinically oriented anatomy. Wolters kluwer india Pvt Ltd.
29. Algieri, R. D., Pro, E., Ferrante, M. S., Ugartemendía, J. S., & Bernadou, M. D.

L. M. (2015). Consideraciones Anatomo-Quirúrgicas del Ligamento Reflejo. International Journal of Morphology, 33(4), 1361-1364.
30. Lévano Loayza, S. A., & Sovero Gaspar, A. T. (2020). Evaluación anatómica de la articulación temporomandibular mediante resonancia magnética. Artículo de revisión. Revista Estomatológica Herediana, 30(4), 285-293.

Capítulo 158

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ANTIDEPRESIVOS

CONSTANZA GÓMEZ DE OÑA

1 Introducción

Desde el descubrimiento en 1957 de las propiedades antidepresivas de la iproniazida, un medicamento inicialmente desarrollado para el tratamiento de la tuberculosis, la mayoría de los antidepresivos continúan siendo desarrollados en base a su acción en los sistemas de neurotransmisión monoaminérgicos, siendo utilizados en el tratamiento de la depresión y otros trastornos del estado de ánimo. Su consumo ha experimentado un gran aumento durante las últimas décadas en la mayoría de los países de nuestro entorno, especialmente desde finales de los ochenta y principios de los años noventa, coincidiendo con la comercialización de los nuevos antidepresivos (AD), en concreto los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).

Un informe elaborado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en 2015 el consumo de antidepresivos aumentó un 200 % durante el periodo 200-2013. En este mismo informe se menciona que la depresión tiene una prevalencia del 10,5% a lo largo de la vida, siendo mayor en mujeres (14,4%) que en hombres (6,2%). En la actualidad Se estima que 4 millones de personas sufren depresión en España.

Estos medicamentos han sido objeto de numerosos estudios y revisiones bibliográficas a lo largo de las últimas décadas, lo que ha permitido un mejor entendimiento acerca de la eficacia y seguridad de los mismos.

2 Objetivos

Realizar una búsqueda bibliográfica sobre la eficacia, seguridad y mecanismos de acción de los antidepresivos desde su descubrimiento hasta la actualidad.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos científicos en las diferentes bases de datos como Pubmed, Medline, Embase, Scielo y Cochrane Library. Las palabras claves usadas en español fueron: trastorno de depresión mayor, antidepresivos, tratamiento, eficacia y seguridad.

4 Resultados

En términos generales de eficacia, los antidepresivos han demostrado ser efectivos en el tratamiento de la depresión y otros trastornos del estado de ánimo. En un metaanálisis publicado en el año 2018, se concluyó que los antidepresivos son más efectivos que el placebo en el tratamiento de la depresión mayor, aunque la magnitud del efecto es modesta (8). Además, en un metaanálisis y una revisión sistemática elaborada por Tunnicliff et al. en 2014 se demostró que algunos antidepresivos pueden ser efectivos en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada y que los antidepresivos fueron más efectivos que el placebo en reducir los síntomas somáticos del trastorno de ansiedad generalizado (TAG), pero no hubo diferencias significativas en la reducción de los síntomas psicológicos.
En cuanto a la seguridad, los antidepresivos no están exentos de producir efectos secundarios, algunos de los cuales pueden ser graves. Por ejemplo, algunos antidepresivos pueden aumentar el riesgo de ideación y conductas suicidas en adolescentes y adultos jóvenes. En 2006, Hammad describió un análisis de varios ensayos clínicos controlados aleatorizados que evaluaron el uso de antidepresivos en pacientes jóvenes con depresión. Los autores encontraron que los pacientes tratados con antidepresivos tenían una mayor incidencia de ideación y comportamientos suicidas en comparación con aquellos tratados con placebo. Sin embargo, señalaron que la magnitud del riesgo era baja, y que el beneficio del tratamiento con antidepresivos en algunos pacientes puede superar el riesgo. Además, algunos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), pueden aumentar el riesgo de hemorragia en pacientes ancianos a tratamiento con anticoagulantes u otros medicamentos que

aumentan el riesgo de sangrado y otros problemas de salud. También se discuten otros posibles riesgos de salud asociados con el uso de antidepresivos en pacientes ancianos, como la disminución de la función renal y la posibilidad de interacciones medicamentosas. Es importante que los pacientes sean evaluados cuidadosamente antes de iniciar tratamiento con antidepresivos, y que sean monitorizados durante el tratamiento.
Otros efectos secundarios de los antidepresivos incluyen pérdida de peso, disfunción sexual y exacerbación de la ansiedad.
El mecanismo de acción de los antidepresivos aún no está claro. El artículo publicado en la revista Nature por Krishnan & Nestler ("The molecular neurobiology of depression") proporciona una revisión exhaustiva de la biología molecular de la depresión, desde las causas potenciales hasta los hallazgos de la investigación a nivel molecular y cómo los tratamientos antidepresivos pueden afectar estos sistemas. Concluyen que los antidepresivos podrían estar involucrados en cambios en la neurotransmisión de serotonina, noradrenalina y/o dopamina en el cerebro. Algunos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, actúan inhibiendo la recaptación de serotonina en las sinapsis neuronales, aumentando así la disponibilidad de serotonina en el cerebro. Otros antidepresivos, como los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), actúan inhibiendo la recaptación de ambos neurotransmisores en las sinapsis neuronales.
Zarate y colaboradores publicaron un estudio donde se examinó la eficacia de la ketamina, un antagonista de los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA), en el tratamiento de la depresión mayor resistente al tratamiento. En este estudio, 18 pacientes con depresión mayor resistente al tratamiento recibieron una infusión intravenosa de ketamina o placebo durante un período de dos semanas. Los resultados mostraron que la ketamina produjo una mejoría rápida y significativa de los síntomas depresivos en comparación con placebo. Sin embargo, se observó que los efectos antidepresivos de la ketamina eran transitorios y no duraderos. Este estudio fue uno de los primeros en demostrar la eficacia potencial de la ketamina en el tratamiento de la depresión mayor resistente al tratamiento, lo que ha llevado a una investigación adicional sobre su uso en la depresión y otros trastornos psiquiátricos.

5 Discusión-Conclusión

La depresión o trastorno depresivo mayor, es una enfermedad común y grave que afecta negativamente la manera de sentir, pensar y actuar. Los antidepre-

sivos constituyen una importante herramienta en el abordaje del tratamiento de la depresión y otros trastornos del estado de ánimo. Entre el 80 % y el 90 % de las personas responden bien al tratamiento con antidepresivos, la mayoría de los pacientes logran bastante alivio de sus síntomas. Sin embargo, deben ser utilizados con precaución y bajo la supervisión de un profesional sanitario capacitado. Adicionalmente, es esencial continuar investigando los mecanismos de acción de los antidepresivos y su eficacia y seguridad a largo plazo, para mejorar el tratamiento de los pacientes que sufren trastornos del estado de ánimo.

6 Bibliografía

1. Hillhouse TM, Porter JH. A brief history of the development of antidepressant drugs: from monoamines to glutamate. Exp Clin Psychopharmacol. 2015;23(1):1-21.
2. Ravera S., Hummel S.A., Stolk P., Heerdink R.E., de Jong-van den Berg L.T., de Gier J.J. The use of driving impairing medicines: A European survey. Eur J Clin Pharmacol. 2009; 11:1139–1147.
3. Ciuna A., Andretta M., Corbari L., Levi D., Mirandola M., Sorio A. Are we going to increase the use of antidepressants up to that of benzodiazepines? Eur J Clin Pharmacol. 2004; 9:629–634.
4. Sempere Verdú E, Salazar Fraile J, Palop Larrea V, Vicens Caldentey C. Evolución de la utilización de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos en la Comunitat Valenciana. Período 2000-2010 Aten Primaria. 2014 Oct;46(8):416-25. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2013.11.006. Epub 2014 Feb 18. PMID: 24559729; PMCID: PMC6983638.
5. Ortiz A., Lozano C. El incremento de la prescripción de antidepresivos. Aten Primaria. 2005; 35:152–155.
6. Alonso M.P., de Abajo F.J., Martínez J.J., Montero D., Martín-Serrano G., Madurga M. Evolución del consumo de antidepresivos en España Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Med Clin (Barc) 1997; 108:161–166.
7. Informe de Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el peridodo 2000-2013.https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf
8. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, Leucht S, Ruhe HG, Turner EH, Higgins JPT, Egger M, Takeshima N, Hayasaka Y, Imai H, Shinohara K, Tajika A, Ioannidis JPA, Geddes JR. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults

with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet. 2018 Apr 7;391(10128):1357-1366. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32802-7. Epub 2018 Feb 21. PMID: 29477251; PMCID: PMC5889788.
9. Tunnicliff, R. L., Dennington, V. L., & Donaldson, J. A. (2014). Antidepressants in the treatment of generalized anxiety disorder: Systematic review and meta-analysis. Journal of psychopharmacology, 28(7), 585-596.
10. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in Pediatric Patients Treated with Antidepressant Drugs. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(3):332–339. doi:10.1001/archpsyc.63.3.332
11. Britten, N., Connelly, J., & Davey Smith, G. (2015). The risks of antidepressants in the elderly. Drug Safety, 38(7), 579-588. doi: 10.1007/s40264-015-0309-5.
12. Cryan, J. F., & Markou, A. (2012). Antidepressants. En M. Williams, & A. N. Kelly (Eds.), Handbook of Experimental Pharmacology (Vol. 211, pp. 377-414). Springer. doi: 10.1007/978-3-642-25758-2_16.
13. Krishnan, V., & Nestler, E. J. (2008). The molecular neurobiology of depression. Nature, 455(7215), 894-902. doi: 10.1038/nature07455.
14. Zarate CA Jr, Singh JB, Carlson PJ, et al. A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. Arch Gen Psychiatry. 2006 Aug;63(8):856-64. doi: 10.1001/archpsyc.63.8.856. PMID: 16894061.

Capítulo 159

FIEBRES HEMORRÁGICAS VIRALES

CONSTANZA GÓMEZ DE OÑA

1 Introducción

En los últimos años la epidemiología de las enfermedades infecciosas está cambiando debido fundamentalmente al aumento en la frecuencia y la velocidad con la que se realizan los viajes internacionales. Es muy frecuente encontrar en la consulta de atención primaria o en los servicios de urgencias a pacientes infectados por patógenos exóticos.
Los virus importados que más alarma crean en la población y en los profesionales sanitarios son los causantes de las fiebres hemorrágicas virales (FHV), especialmente los que pueden transmitirse directamente a otras personas y que causan cada año decenas de miles de infecciones en sus áreas endémicas.
Las fiebres hemorrágicas son un grupo de enfermedades infecciosas que tienen en común estar causadas por virus ARN pertenecientes a cuatro familias. Su transmisión requiere de un vector (garrapata, roedores o mosquitos) y pueden dan lugar a manifestaciones clínicas muy graves con afectación de varios órganos y clínica hemorrágica.
En este grupo de fiebres se incluyen, entre otras: o La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo. o Enfermedad por virus Ébola. o La fiebre hemorrágica de Marburg. o La fiebre amarilla. o El Dengue. o La fiebre de Lassa. o La fiebre del valle del Rift.

Estas fiebres tienen características comunes: afectan muchos órganos, lesionan los vasos sanguíneos y alteran la capacidad del organismo para autorregularse. Algunas de estas fiebres hemorrágicas causan una enfermedad leve, pero otras,

como las causadas por los virus Ébola o Marburg, causan enfermedades graves y muerte.
Las fiebres hemorrágicas virales se encuentran en todo el mundo. Las enfermedades específicas suelen estar limitadas a zonas donde viven los animales que las transmiten. Por ejemplo, la fiebre de Lassa se limita a las zonas rurales del oeste de África, donde hay ratas y ratones portadores del virus. Estas enfermedades afectan a más de 100 millones de personas en el mundo y hacen perecer a 60.000 cada año.
Los brotes epidémicos de FVH suelen ocurrir esporádicamente, sin embargo, estos virus están emergiendo y reemergiendo de manera continua en áreas geográficas restringidas, en donde se dan la presencia del reservorio/ vector transmisor y el hombre. Los virus se adquieren de manera natural, con un huésped reservorio, por mordedura de un artrópodo infectado o por contacto con fluidos de un individuo que ha contraído la enfermedad.
El riesgo para las personas que viajan es bajo, pero deben evitar visitar zonas donde hay brotes de la enfermedad. Dado que no existen tratamientos eficaces para algunas de estas infecciones virales, existe preocupación por su uso en el bioterrorismo.

2 Objetivos

Mencionar las principales características de las enfermedades hemorrágicas virales, así como su diagnóstico y tratamiento.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio se ha realizado una revisión bibliográfica de libros y artículos científicos en las diferentes bases de datos como Pubmed, Medline, Embase, Cochrane library. Las palabras claves utilizadas fueron: fiebres hemorrágicas, virus, diagnóstico y tratamiento.

4 Resultados

ETIOLOGÍA
Los virus causantes de las FHV son virus de ARN monocatenario cuyo genoma tiene naturaleza de ARNm, son virus pantrópicos que se dirigen a las células

dendríticas y macrófagos, Todos tiene en común que alteran la estabilidad e integridad vascular.
Desde el punto de vista taxonómico pertenecen a varios géneros de 4 familias: Las cuatro familias de virus que causan las FHV son: Filoviridae (Ébola y Marburg); Arenaviridae (Junín, Machupo, Lassa, Guanarito, Sabia, Chapare, Lujo); Bunyaviridae (fiebre del Valle del Rift, fiebre hemorrágica Crimea-Congo, Hantavirus); Flaviviridae (dengue, fiebre amarilla, FH Omsk, fiebre del Bosque Kyanasur, FH de Alkhurma).
CONTAGIO
Estas enfermedades pertenecen a las denominadas zoonosis pues el virus tiene como hábitat a los animales. El vector transmisor pica a un animal infectado y éste lo puede transmitir mediante una nueva picadura al ser humano. Otras vías de contagio son el contacto estrecho con animales infectados vivos o muertos, con fluidos corporales infectados (orina, saliva, material fecal), con personas infectadas o con objetos en contacto directo con ellos (como agujas)
MANIFESTACIONES CLÍNICAS
Según el virus casual el cuadro clínico varía y no todos tienen el mismo potencial de causar el clásico síndrome de fiebre hemorrágica.
En las formas graves progresa desarrollándose una situación de shock, con colapso circulatorio y afectación de diferentes órganos como el hígado, los pulmones, el riñón y el sistema nervioso, produciendo cuadros hemorrágicos.
La mayoría de las infecciones causadas por estos virus son asintomáticas o presentan cuadros relativamente leves, el período de incubación oscila entre un mínimo de 2 días y un máximo de 21 días. Los síntomas iniciales pueden asemejarse a un cuadro gripal con fiebre alta, dolores musculares, malestar general, tos, dolor torácico y abdominal, diarreas y erupciones cutáneas. Son síntomas totalmente inespecíficos que por sí solos no hacen pensar en una fiebre hemorrágica. La fiebre no suele tener ningún patrón especial, puede alcanzar temperaturas de hasta 41 ℃ y en ocasiones es bifásica. Más adelante suele haber una bradicardia, junto a faringitis, conjuntivitis, taquipnea, disnea, y dificultad para tragar. La gravedad varía dependiendo del virus y cepa causal. Los casos graves presentan un síndrome multisistémico, con lesiones microvasculares y signos generalizados de aumento de la permeabilidad vascular y manifestaciones hemorrágicas, que dependiendo del virus pueden ser muy diversas e incluyen: petequias, púrpura, hemorragia intradérmica o submucosa, sangrado de encías, hematemesis, melena, hematuria, sangrado excesivo en los sitios de punción, epistaxis y hemoptisis, problemas respiratorios, hepatopatía, disfunción del sistema nervioso central que se manifiesta por delirio, convulsiones, signos cerebelosos, o estado de

coma y son signo de mal pronóstico, insuficiencia o fallo renal, coagulación intravascular diseminada, etc.
La muerte suele ir precedida de diátesis hemorrágica generalizada, shock y fallo multiorgánico, una o dos semanas después del inicio de síntomas. El sangrado masivo es un signo de mal pronóstico, tardío o terminal, pero rara vez es en sí mismo la causa de muerte. La letalidad varía entre 10% al 90%.
DIAGNÓSTICO
Para el diagnóstico se ha de tener en cuenta el criterio clínico del paciente, el criterio de laboratorio y el criterio epidemiológico.
 Criterio clínico: Paciente que presenta las dos siguientes condiciones:
• Fiebre elevada >38,3ºC, de menos de 3 semanas de duración.
• Al menos 2 manifestaciones hemorrágicas: rash purpúrico o hemorrágico, petequias, epistaxis, hemoptisis, hematemesis, melenas o cualquier otra evidencia de sangrado, externo o interno, una vez descartada cualquier causa predisponente a diátesis hemorrágica.
El diagnóstico de sospecha sería en cualquier paciente con fiebre, sin foco aparente, que haya viajado las semanas previas a una zona endémica. El diagnóstico de certeza se establece con una prueba denominada PCR, que detecta del virus en la sangre.
 Criterio de laboratorio: La rapidez con la que se debe realizar el diagnóstico microbiológico es crítica, tanto para poder proporcionar el tratamiento adecuado como para aplicar cuanto antes las medidas de protección adecuadas para el personal sanitario y los contactos. El diagnóstico debe realizarse en laboratorios de referencia con nivel de bioseguridad BSL 3-4. El aislamiento del virus solo debe realizarse en un laboratorio BSL-4. Las muestras de estos pacientes deben ser manejadas, como mínimo, en cabina de seguridad biológica de clase 2, siguiendo las prácticas de bioseguridad BSL-3. Las técnicas diagnósticas a partir de una muestra de sangre o tejido son:
• Detección genómica mediante RT-PCR, es la técnica de elección en la fase temprana de la enfermedad.
• Cultivo viral, se requiere un laboratorio de bioseguridad de nivel 4 (BSL-4) y el resultado tarda varios días.
• Detección de Antígenos virales por ELISA o por inmunohistoquímico (tejidos)
• Detección de anticuerpos específicos IgM o seroconversión de anticuerpos IgG. En casos avanzados o recuperados la detección de anticuerpos específicos IgG es la técnica de elección.
 Criterio epidemiológico: Al menos uno de los siguientes antecedentes de posibles exposiciones durante los 21 días previos al inicio de síntomas:

• Accidente de laboratorio.
• Estancia en un área donde han ocurrido casos de FHV (probables o confirmados).
• Contacto con un caso (probable o confirmado) o con sus fluidos corporales/muestras biológicas.
• Exposición a semen de un caso probable/confirmado que inició síntomas durante las 10 semanas previas a la exposición.
Si el paciente cumple el criterio clínico se considera caso sospechoso, se habla de caso probable cuando el cumple los criterios clínicos y epidemiológicos, y si cumple los criterios clínicos y de laboratorio se dice que es un caso confirmado.
TRATAMIENTO
Medidas de soporte:
Todas las FHV requieren tratamiento intensivo de soporte. Mantenimiento del equilibrio del balance de fluidos y electrolitos, volumen circulatorio y presión arterial. Están contraindicadas las inyecciones intramusculares, la aspirina, los antiinflamatorios no esteroideos y las terapias anticoagulantes.
Es importante minimizar el uso de procedimientos invasivos que pueden provocar el sangrado excesivo del paciente. Nunca debe omitirse el tratamiento de otras posibles causas de la enfermedad, mientras se espera la confirmación/ exclusión del diagnóstico de FHV, tales como malaria, sepsis bacteriana, etc.
Tratamiento específico con antivirales:
La ribavirina está indicada para el tratamiento las FHV por arenavirus y bunyavirus; pero no tiene actividad frente a filovirus (Marburg y Ébola), ni flavivirus (dengue y fiebre amarilla), para los que no existe ningún medicamento eficaz. El tratamiento con ribavirina está justificado ante la sospecha de una fiebre hemorrágica por Arenavirus o el virus de la FH de Crimea-Congo. Se debe iniciar lo antes posible (antes de los 6 días posteriores al inicio de síntomas), inmediatamente después de la toma de muestras, sin esperar a los resultados de laboratorio. Se continua el tratamiento durante 10 días si se confirma el diagnóstico, en caso contrario se para el tratamiento.
Profilaxis.
Existe una vacuna viva atenuada frente a la fiebre amarilla (cepa 17D) que ha demostrado su eficacia y seguridad, siendo recomendable la vacunación de la población rural mayor de 9 meses en áreas endémicas, así como de los trabajadores que deban entrar en la selva. Es la única vacuna obligatoria en viajeros, según el Reglamento Sanitario Internacional de la OMS. Sin embargo, los niños menores de 6 meses, mujeres embarazadas e inmunocomprometidos, así como las personas que presenten alergia a las proteínas del huevo o la gelatina, pueden ser

excluidos de la obligatoriedad de vacunación siempre que vayan acompañados de un certificado médico especificando las razones por las cuales no fue inmunizado.
En ausencia de vacunas, la única medida profiláctica frente a las infecciones es el control vectorial, aunque no siempre es posible contar con la infraestructura de salud pública, el apoyo económico suficiente ni las políticas sanitarias adecuadas. El uso de repelentes adecuados para evitar la picadura de mosquitos y garrapatas, y el uso de ropa protectora e insecticidas es recomendable tanto para viajeros como para residentes en áreas endémicas para protegerse de la infección. En el caso de las infecciones que tienen como reservorios roedores es necesaria la eliminación eficaz de los mismos en los núcleos urbanos, aunque la transmisión rural esporádica o la transmisión persona-persona no se puede evitar.

5 Discusión-Conclusión

La fiebre hemorrágica viral (FHV) es una enfermedad aguda sistémica que suele presentarse con fiebre, varios signos y síntomas inespecíficos al principio y una propensión a sufrir hemorragias y shock en humanos, causado por virus pertenecientes a distintas familias (Filoviridae, Arenaviridae, Bunyaviridae y Flaviviridae), transmitidos al hombre por artrópodos (mosquitos y garrapatas), reservorios vertebrados, e incluso por transmisión directa.
En un primer momento estos virus causan una infección aguda con una sintomatología inespecífica, que se vuelve más característica en las fases tardías de la enfermedad cuando se produce el fallo orgánico que puede llevar a la muerte.
Estos virus se distribuyen en África (ébola, Marburg y Lassa) y América del Sur (Junín, Machupo, Guaranito y Sabia). Otros afectan más de un continente: Europa, Asia y África (Crimea-Congo). Oriente medio y África (fiebre del Valle del Rift). África, América del sur y Asia (dengue y fiebre amarilla). El aumento de los viajes a países tropicales y la implicación internacional en situaciones de conflicto y desastres naturales, hace posible la importación de FHV a zonas no endémicas originado situaciones de alarma y ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer pautas de control y cuidado de los pacientes con sospecha de padecer fiebre hemorrágica viral.
Salvo en muy pocos casos, no existe un tratamiento específico ni eficaz para las FHV. Son de particular importancia para salud pública dada su capacidad de propagación, su potencial para producir enfermedad grave, y la dificultad para su reconocimiento y tratamiento.

6 Bibliografía

1. Francois LA, Betancourt Bethencourt JA, González Ronquillo Y. Actualización sobre fiebres hemorrágicas virales. Rev. Arch Med Camagüey Vol 19(3)2015.
2. Zapata J, Cox D, Salvato M. The Role of Platelets in the Pathogenesis of Viral Hemorrhagic Fevers. PLoS Negl Trop Dis. 2014 jun;8(6): e2858
3. Bausch DG. Fiebres hemorrágicas virales. Capítulo 381. In: Goldman L, Schafer AI. Goldman-Cecil. Medicina Interna. 25 ed. Madrid: Elsevier; 2017.p:22 47-2256.
4. Harrison: Principios y práctica de Medicina Interna. Ed McGraw-Hill. 20 edición. 2018
5. Molina-Hoyos K, Montoya-Ruiz C, Díaz FJ, Rodas JD. Enfermedades virales transmitidas por garrapatas. IATREIA. 2018; 31(1):36-50.
6. Papa A. Enfermedades emergentes por arbovirus en humanos en el sur de Europa. J Med Virol [Internet]. 2017;89(8): [aprox. 25 p.]. (Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com).
7. McCormick JB, King IJ, Webb PA, Scribner CL, Craven RB, Johnson KM, et al.Lassa fever: effective therapy with ribavirin..N Engl J Med, 314 (1986), pp. 20-6
8. Enria D, Briggiler AM, Fernández NJ, Levis SC, Maiztegui JI.Importance of dose neutralising antibodies in treatment of Argentine haemorrhagic fever with immune plasma. Lancet, 2 (1984), pp. 255-6.
9. Bunyaviral fevers: Rift Valley fever and Crimean Congo Hemorrhagic fever. En: Guerrant RL, Weller PF, editors. Tropical Infectious Diseases: principles, pathogens and practice. Volume 2. Phyladelphia: Churchill Livingstone; 1999. p. 1213-6.
10. Calderón GE, Brignone J, Martin ML, Calleri F, Sen C, Casas N, et al. Brote de síndrome pulmonar por Hantavirus, Tucumán, Argentina. Medicina (Buenos Aires) 2018; 78: 151-157.

Capítulo 160

ACTUALIZACIÓN SANITARIA: TÉCNICAS DE LABORATORIO EMPLEADAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS

MOISÉS GAMO PASTOR

1 Introducción

La diabetes Mellitus es un trastorno que se produce por defectos en los mecanismos que regulan el metabolismo de los glúcidos, lo que provoca un aumento de glucosa en sangre, una hiperglucemia, normalmente por un defecto en la producción de insulina o porque el organismo no responde bien a ella, existe una resistencia. Existen varios tipos de diabetes:

-Prediabetes: Los niveles de azúcares están más incrementados de lo normal, pero no lo suficientemente altos como para considerarlo diabetes mellitus tipo 2. Existe un mayor riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 en el futuro, por lo que se recomienda a aquellas personas con esta predisposición se realicen pruebas cada cierto tiempo para mantener vigilada la enfermedad, así como controlar la alimentación y realizar ejercicio físico.

-Diabetes mellitus tipo 1: La diabetes juvenil, es un tipo de enfermedad autoinmune, en la que los propios anticuerpos del organismo atacan a las células Beta del páncreas, produciendo una disminución en la síntesis de insulina, lo que conlleva a un aumento de glucosa en sangre.

-Diabetes mellitus tipo 2: Enfermedad crónica que se debe a que las células beta del páncreas no pueden producir suficientes cantidades de insulina, generalmente también existe una resistencia a la insulina. Este déficit de insulina provoca que el azúcar en la sangre aumente.

-Diabetes mellitus gestacional: Es un tipo de diabetes que se puede observar en algunas embarazadas. No se sabe cuál es la causa, pero puede llegar a ser peligrosa, los niveles altos de glucosa pueden afectar tanto al bebé como a la madre. Hay que tener en cuenta que después del parto suele desaparecer la diabetes, pero, en algunos casos, la madre puede llegar a desarrollar una diabetes mellitus tipo 2.

2 Objetivos

-Explicar que es la diabetes mellitus, así como los distintos tipos de diabetes que existen.
-Explicar las distintas pruebas de laboratorio que existen en el laboratorio para el estudio de la diabetes, incluyendo los rangos para el diagnóstico.

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. También se ha consultado la American Diabetes Association (ADA).

4 Resultados

A continuación, se exponen los distintos métodos que existen para diagnosticar diabetes mellitus en el laboratorio:

Determinación de glucosa basal: Consiste en hacer una medición de glucosa en sangre tras no haber ingerido alimentos ocho horas previas a la extracción de la muestra sanguínea. Se recomienda que la extracción sea de sangre venosa y que se realice por la mañana, dejando un descanso nocturno (el ayuno). Cabe destacar que, si el resultado es positivo, debe repetirse el estudio para una confirmación.

- Valor inferior a 110 mg/dl: El paciente está normal, no padece diabetes mellitus.
- Valor superior a 110 mg/dl: Posible diabetes, hay que llevar a cabo otra glucemia basal en ayunas. Tras repetir la prueba, los posibles resultados pueden ser:
• < 110 mg/dl: Paciente normal, sin diabetes.
• 110 – 125 mg/dl: Efectuar la prueba de tolerancia oral a la glucosa (75 g), posible diabetes.
• >126 mg/dl tras las dos medidas: confirmación de diabetes mellitus.

Test de tolerancia a la glucosa (TSOG): Esta prueba se realiza cuando tras una segunda prueba de glucemia basal, los resultados fueron entre 110 -125 mg/dl. El objetivo del test es observar como el paciente metaboliza la glucosa. El paciente debe ayunar toda la noche, posteriormente se le administra una sobrecarga de glucosa vía oral, normalmente de 75 gramos, y, por último, se extraen muestras de sangre venosa en intervalos de tiempo, normalmente cada 60 minutos (60, 120 y 180 minutos). Normalmente, el valor a las 2 horas es el que se utiliza para diagnosticar Diabetes Mellitus, los posibles resultados son:

- < 140 mg/dl: Resultado normal.
- Entre 141 y 200 mg/dl: posible prediabetes
- > 200 mg/dl: Confirmación de Diabetes Mellitus.

Determinación de la hemoglobina glicosilada (HbA1c): La hemoglobina glicosilada se forma por la unión irreversible entre la glucosa presente en la sangre y los eritrocitos, más concretamente a ciertas proteínas de la hemoglobina. La cantidad unida es proporcional a los niveles de glucosa en sangre. Es una prueba muy útil para el seguimiento de una persona diabética, pues los glóbulos rojos viven 120 días y permite una observación de la glucosa en el organismo durante aproximadamente cuatro meses. Los resultados se expresan en porcentaje:

- < 6 %: Niveles normales de glucosa.
- 6.1 – 6.5 %: Posible prediabetes.
- > 6.5 %: Confirmación de Diabetes Mellitus.

Determinación de la fructosemina: La fructosamina es la unión irreversible que se da entre una proteína plasmática, normalmente albúmina, con la glucosa. Cuanto mayor sea la concentración de glucosa que hay en la sangre, mayor número de fructosaminas se detecta. Permite determinar la glucosa en sangre que ha habido entre dos y cuatro semanas anteriores a la extracción sanguínea. No suele emplearse esta prueba y solo se utiliza cuando no es posible realizar un seguimiento de la diabetes con métodos como la hemoglobina glicosilada, por ejemplo, cuando

existe anemia, donde la vida media de los hematíes disminuye. En personas sana los valores de glucosamina se encuentran comprendidos entre 1.8 y 2.8 mmol/L.

El test de O'Sullivan: Es una prueba que se emplea para el diagnóstico de la diabetes gestacional. Se ejecuta entre las 24 y 28 semanas de embarazo a todas las embarazadas. La paciente debe tomar una disolución de 50 gramos de glucosa en 200 ml vía oral y, posteriormente, realizar extracciones sanguíneas a los 60, 120 y 180 minutos. Si a la primera hora presenta una glucemia mayor de 130 mg/dl, se debe llevar a cabo un segundo paso. Consiste en hacer un test de tolerancia oral a la glucosa, administrando vía oral una carga de 100 gramos de glucosa. Se considera diabetes gestacional cuando la glucemia es mayor en al menos 2 de las siguientes mediciones (según la ADA):

- En ayuno: 95 mg/dl.
- Primera hora: 180 mg/dl.
- Segunda hora: 155 mg/dl.
- Tercera hora: 140 mg/dl.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes mellitus es una enfermedad que lleva existiendo desde el año 1500 a.C y que se ha convertido en uno de los principales problemas de salud a nivel mundial en la actualidad, debido a las altas tasas de mortalidad y morbilidad. Además, la sedentarización y la mala alimentación de la población en las últimas décadas, ha provocado un aumento de casos de Diabetes mellitus, sobre todo en la población joven. Estas personas pueden verse afectadas en varios aspectos de su vida cotidiana, persona, laboral, familiar y social. En muchos casos se puede observar una disminución la capacidad funcional y en su calidad de vida. Por ello es importante que el técnico de laboratorio conozca en profundidad las pruebas que existen para su determinación y seguimiento, de esta manera, podremos ayudar al paciente, aconsejándole como controlar la enfermedad y mejorando su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Dra. M.Grabiela Sanzana G, Pilar Durraty A. Otros tipos específicos de diabetes melitus. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300050

2. Conget I. Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. Revista Española Cardiol. Disponibe en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300893202766463
3. American Diabetes Association (ADA). Disponible en: https://diabetes.org/espanol
4. C. GJ, Gonzalez GDC, Cledil C. Pruebas de laboratorio para detectar y controlar la diabetes mellitus. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/3759/375939008009.pdf

Capítulo 161

ACTUALIZACIÓN EN ATENCIÓN AL PACIENTE EN INSTALACIONES DE RADIODIAGNÓSTICO

ILENIA ALBA MARTÍNEZ

1 Introducción

La atención al paciente en las instalaciones de radiología es un aspecto fundamental para garantizar la calidad y seguridad en los procedimientos radiológicos. El paciente merece una consideración especial, ya que la exposición radiológica le proporciona y gran beneficio diagnóstico o terapéutico frente al pequeño riesgo al que puede estar sometido. Las medidas fundamentales de protección radiológicas a las personas sometidas a exámenes y tratamientos médicos es evitar exposiciones innecesarias o excesivas, atendiendo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. En los últimos años, se han realizados avances significativos en este ámbito, con el objetivo de mejorar la experiencia del paciente y optimizar los resultados clínicos, es necesario mantenerse actualizado en los protocolos y enfoques que optimizan la experiencia del paciente y minimizar los riesgos asociados. En radiodiagnóstico existen diferentes tipos de exploraciones con diferentes tipos de riesgos derivados de los diferentes procedimientos operativos, existiendo una serie de normas básicas de protección comunes tanto para los pacientes como para el personal sanitario. La protección radiológica debe de estar presente en todo el proceso de las instalaciones, desde la fase de diseño hasta la fase de la operación, incluyendo no solo el diseño de la instalación, sino también la del equipo. El personal de las instalaciones recibirá menos dosis si el paciente recibe menos dosis, por lo tanto, la prescripción de las

exploraciones al paciente deben realizarse valorando la relación coste-beneficio, los procedimientos diagnósticos deben estar siempre optimizados a fin de tener siempre una imagen diagnóstica adecuada con la menor dosis posible a partir de los protocolos establecidos que garantice su calidad.

2 Objetivos

Este estudio tiene como objetivo principal revisar los avances recientes y analizar las actuaciones en la atención al paciente en las instalaciones de radiología.
Se busca identificar las mejoras y cambios más relevantes en los últimos años en cuanto a la comunicación con el paciente, el manejo del dolor y la ansiedad, la preparación adecuada para los procedimientos radiológicos, evitando que se expongan lo menos posible la dosis de radiación.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica, incluyendo artículos, estudios y guías relacionados con la atención al paciente en radiodiagnóstico. Se recopilaron datos relevantes sobre las actualizaciones más recientes en términos de técnicas de imagen, equipos radiológicos, protocolos de protección y comunicación con el paciente.

4 Resultados

Las actualizaciones en atención al paciente en instalaciones de Radiodiagnóstico se pueden centrar en varios aspectos claves: como en la importancia de la comunicación que sea clara y efectiva, dando la información necesaria de los procedimientos, los posibles riesgos y las medidas de protección utilizadas, garantizando una atención más personalizada y centrada en el paciente.
Esto puede incluir aspectos como reducir los tiempos de espera, aumentar la comodidad durante los procedimientos y proporcionar un entorno más acogedor y relajantes en las instalaciones de radiodiagnóstico. En cuanto a las instalaciones de radiodiagnóstico, las actualizaciones pueden incluir la adquisición de equipos más avanzados y de vanguardia, como máquinas de Resonancia Magnética de alta resolución, tomografías computarizadas, más rápidas y precisas sistemas de radiologías digitales y equipos de ultrasonidos de última generación. Estas actualizaciones tecnologías pueden ayudar a mejorar la calidad y precisión de los

diagnósticos, así como reducir el tiempo necesario para realizar los estudios radiológicos. También pueden incluir mejoras en la infraestructura, como la optimización de los flujos de trabajo, la incorporación de medidas de seguridad radiológicas. Se han implantado técnicas de reducción de dosis bajas para minimizar la exposición a la radiación ionizante. Se han desarrollados protocolos de protección de radiología más rigurosos con énfasis en la protección de personal de salud. También se ha promovido la utilización de la herramienta de imagen más avanzada, como la tomografía computarizada de bajas dosis y Resonancia Magnética de alta resolución, para obtener diagnósticos más precisos y reducir la necesidad de repetir los estudios. Es importante tener en cuenta que los avances en la atención al paciente y las actualizaciones en las instalaciones de radiodiagnóstico pueden variar según la región y el contexto específico de cada centro médico o institución de salud.

5 Discusión-Conclusión

La actualización en atención al paciente en instalaciones de radiodiagnóstico es esencial para proporcionar un cuidado de calidad seguro. Las mejoras en la comunicación con el paciente, la reducción de dosis, los protocolos de protección radiológica y el uso de tecnologías avanzadas de imagen contribuyen a optimizar la experiencia del paciente y garantizar los resultados diagnósticos precisos. Es fundamental que los profesionales de la salud se mantengan actualizados en estas áreas y apliquen las mejores prácticas para asegurar una atención segura y efectiva en el entorno radiológico. El personal sanitario tiene que tener un trato amable con el paciente, haciéndole sentir cómodo y seguro, ya que esto ayudará a la práctica de los tratamientos o exámenes requeridos.

6 Bibliografía

1-https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Diagnostico_Imagen_EyR.pdf
2-https://www.paho.org/es/file/24226/download?token=vS_Qi8X5
3-http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvformacion/course/category.php?id=3062

Capítulo 162

APLICACIÓN DE LA RADIOLOGÍA EN LA MEDICINA FORENSE

ANGELA FERNANDEZ ILLAN

1 Introducción

La radiología forense es una disciplina científica que va a utilizar técnicas de diagnóstico por imágenes para apoyar las investigaciones criminales y judiciales. Se ha convertido en una herramienta indispensable en la investigación criminal y en la resolución de casos judiciales. Mediante el uso de técnicas de imagen, los radiólogos forenses pueden detectar y documentar lesiones traumáticas, identificar víctimas desconocidas y proporcionar pruebas objetivas en el análisis de evidencia física. Con los avances tecnológicos en la adquisición y procesamiento de imágenes, la radiología forense ha experimentado un crecimiento significativo y ha contribuido de manera crucial al sistema de justicia penal.

La medicina forense es un conjunto de disciplinas científicas que se ocupa de la aplicación del conocimiento médico forense para conocer e identificar a los autores de los hechos. Va a requerir conocimientos médicos, jurídicos, administrativos, éticos y de ciencias afines.

La autopsia la realiza el forense y es un examen del cadáver con el fin de saber si existen alteraciones anatomopatológicas o lesiones que van a servir para conocer la causa de muerte en un caso jurídico. Los objetivos de la autopsia son: conocer la causa de muerte, determinar el tipo de muerte y la etiología, establecer la data de muerte y contribuir a la identificación del cadáver.

2 Objetivos

Dar a conocer las aplicaciones que tiene la radiología forense y las modalidades de imágenes existentes que se usan en la radiología forense.

3 Metodología

Se realizará un estudio exhaustivo y una búsqueda en diferentes fuentes literarias, como artículos académicos, bases de datos científicas indicando y usando términos como ”radiología forense”, ”uso de las imágenes para la identificación de cadáveres” y ”técnicas de imagen usadas post mortem” entre otras para conocer la radiología forense.

4 Resultados

La radiología forense va a tener varias aplicaciones y va a utilizar diferentes técnicas de imagen para que se lleve a cabo.
Las técnicas de imagen utilizadas en la radiología forense se van a realizar por orden de secuencia habitual, aunque también depende del objetivo diagnóstico que tenga ese caso.
Las técnicas más usadas en radiología forense son:
1. Radiografía convencional: es una herramienta fundamental, va a proporcionar imágenes bidimensionales de alta resolución y va a permitir la detección de fracturas óseas, objetos extraños y signos de traumatismo. También se va a utilizar en casos de abuso o violencia en la antropología (momias).
2. Tomografía computarizada (TC): es la principal modalidad de imagen en la medicina forense. Se van a obtener imágenes transversales y tridimensionales del cuerpo humano. Útil en lesiones complejas, evaluación del tejido blanco y la reconstrucción de cráneos faciales.
3. Resonancia magnética (RM): ofrece una excelente visualización de los tejidos blandos, lo que va a permitir detectar lesiones internas sin la necesidad de radiación ionizante.
4. Angiografía: va a visualizar el interior de los vasos sanguíneos para evaluar las lesiones vasculares y la posible enfermedad causante de la muerte.
5. Fluoroscopia con Arco en C: se va a utilizar para facilitar la localización y recuperación de fragmentos metálicos o cuerpo extraños cuando en la autopsia no se pueden recuperar.
6. Ecopsia (autopsia con ecografía).

7. Virtopsia o autopsia virtual.

Las aplicaciones de la radiología convencional en el campo de la medicina forense van a ser varias:
- Aplicadas a la identificación de personas vivas y cadáveres. Las 3 técnicas que se utilizan para identificar personas son el estudio de las huellas dactilares, el estudio del odontograma y el estudio de perfiles genéticos.
- Identificación de señales particulares que tenga cada persona. Son la presencia de prótesis que se pueden visualizar por radiografías, fracturas antiguas con formación de callo óseo, variantes anatómicas de cada paciente. Se va a visualizar gracias a las técnicas de imagen.
-Determinar la edad. Mediante el estudio de la radiografía del carpo.
- Determinar el sexo.
- Identificar cadáveres en desastres.
- Aplicada a la balística para conocer el número mínimo de proyectiles, determinar que trayectoria tiene, determinar el calibre y de quién puede ser el arma y el tipo.
- Aplicadas al estudio en muertes asociadas a la asfixia mecánica: observando por imágenes la fractura del ahorcado.
- Estudio de muertes en accidentes de tráfico.
- Estudio de muertes perinatales a través de la docimasia radiológica que es la demostración radiológica de la ausencia de respiración.
- Aplicada en el maltrato infantil: como el síndrome del bebé agitado, lesiones en los huesos largos, lesiones en el cráneo, lesiones en la caja torácica.
- Radiología en la antropología forense.

5 Discusión-Conclusión

La radiología en el ámbito de la medina forense va a desempeñar un papel fundamental en la investigación criminal proporcionando pruebas objetivas y documentación precisa de las lesiones traumáticas. Con la capacidad de identificar víctimas desconocidas y analizar la evidencia física, la radiología forense es una herramienta esencial en la búsqueda para la justicia. A medida que continúen los avances tecnológicos, se espera que esta disciplina siga mejorando y desempeñe un papel aún más relevante en el sistema de justicia penal.
Sin embargo, también es necesario abordar los desafíos éticos y garantizar la aplicación responsable de estas técnicas para garantizar la justicia y protección de los derechos individuales en el sistema de justicia penal.

6 Bibliografía

http://criminalistica.mp.gob.ve/radiologia-forense/#::text=Disciplina%20que%20conforma%20la%20Ciencias,Lesionolog%C3%ADa%20y%20a%20la%20Antropolog%C3%ADa%20Forense.
https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/39149/mffonsecaf.pdf?sequence=3&isAllowed=y
https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/marzo14/colombia/col_esp_a.pdf
https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3802431
http://radiologiaalamano.weebly.com/usos.html
https://radiologiaclub.com/2015/12/03/la-imagen-radiologica-post-mortem/

Capítulo 163

EL TÉCNICO DE RAYOS Y EL DIAGNÓSTICO ES UN EXAMEN IMAGENOLÓGICO

SARA CARPIO VALBUENA

LAURA REDONDO MEDRANO

DANIEL DE LUCA NEGRETE

SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA

NOELIA SÁNCHEZ RUIZ

1 Introducción

La arteriografía es una técnica radiológica que a través de los rayos X y un tinte especial permite la visualización del interior de las arterias, permitiendo observar el recorrido de las mismas.
Este procedimiento se utiliza para visualizar las arterias del corazón, cerebro y riñones, entre otras.
Para realizar la prueba, se introduce un catéter dentro de la arteria que se desea llevar a estudio a través del cual se introduce un medio de contraste radiológico yodado. Esta técnica también suele llamarse cateterismo.
La prueba suele durar entorno a 30-60 minutos y el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico (TSID) debe saber qué pasos se realizan para ejecutarla, así

como el cuidado que debe prestar al paciente mientras se realiza y las recomendaciones necesarias que debe aportar al paciente una vez finalizada.
Tras la técnica, se debe colocar un pósito compresivo en el punto de punción y se debe indicar al paciente que mantenga reposo en cama entre 6 a 24 horas, según sean las indicaciones médicas establecidas.
A pesar de ser una técnica muy utilizada dentro del ámbito sanitario, no está exenta de complicaciones, las cuales deben estar en conocimiento por parte del TSID.

2 Objetivos

Describir e indicar el estudio radiológico de las arterias conocido como arteriografía por parte del equipo de TSID.

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 arteriografía es un procedimiento radiológico que se utiliza cuando existe sospecha de patología vascular arterial.
Este procediendo permite saber si existe un bloqueo arterial, en que punto exacto se está produciendo y la gravedad del mismo, determinado si el bloqueo está ocasionado por la presencia de coágulos sanguíneos (embolia) o por la presencia de aterosclerosis (estrechamiento del canal arterial). Otra causa puede ser un aneurisma (dilatación anormal de la pared del vaso sanguíneo) que si se rompe puede ocasionar una hemorragia severa.
La técnica de arteriografía se puede dividir en tras pasos:
- Introducción del catéter: se introduce un pequeño catéter a través de una arteria del paciente. Normalmente suele ser por la arteria inguinal, por la parte superior del brazo o por la arteria de la muñeca.

- Se inyecta el contraste (colorante de rayos X). El radiólogo va obteniendo imágenes a través de una pantalla de rayos X de la arteria llevada a estudio.
- Retirada de catéter.

Existen diferentes tipos de arteriografías: arteriografía con rayos X (la más utilizada), arteriografía con resonancia magnética (se utiliza radiaciones ionizasteis y no es necesario introducir un catéter) y arteriografía con tomografía computarizada (se inyecta el contraste y se realiza un escáner el cual permite visualizar depósitos de calcio por la gran resolución de las imágenes).

Dentro de las complicaciones que pueden derivarse de esta técnica, el TSID debe saber que puede producirse hematomas, infección, disección arterial, trombosis, fallo renal, entre otras. El paciente también puede presentar náuseas, dolor de cabeza, adormecimiento de pies, sensación de frialdad, hinchazón en la zona de punción, etc.

La obtención de los resultados de la prueba son inmediatos, estableciendo si los vasos sanguíneos están íntegros cuando se visualizan bien perfilados, sin muescas ni pérdida de contraste. Por el contrario, cuando existe una fístula, estenosis o aneurisma, la visualización es directa e inmediata.

Con la angiografía se obtiene información precisa sobre el estado de las arterias, pudiendo planificar el tratamiento más adecuado para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La arteriografía es una técnica radiológica que se utiliza para visualizar el interior de una arteria, conociendo como es su trayectoria y estableciendo si existe algún problema dentro de ella como coágulos, aterosclerosis o aneurismas.

Para realizar esta técnica se utiliza un catéter y un contraste radiológico yodado el cual permite visualizar de manera inmediata a través de radiografías la forma, anatomía y recorrido de la arteria que se desee estudiar.

El TSID debe poseer los conocimientos necesarios para ejecutar esta técnica de manera eficaz y eficiente, colaborando en todo momento con el radiólogo y con el resto del equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 164

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN RAYOS Y EL PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD QUIRÚRGICA

SARA CARPIO VALBUENA

LAURA REDONDO MEDRANO

DANIEL DE LUCA NEGRETE

SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA

NOELIA SÁNCHEZ RUIZ

1 Introducción

El quirófano es aquella sala acondicionada que puede encontrarse en sanatorios, hospitales o centros dirigidos a la atención médica y que está dedicado a la realización de intervenciones quirúrgicas en aquellos pacientes que lo requieran por ciertas razones o problemas de salud.
En el interior de este área quirúrgica, también se pueden desempeñar otras actividades como la administración de anestesia, acciones de reanimación, y otras más actividades previas a la operación quirúrgica.
En el interior o en las inmediaciones de este área se deben de tener unas exigencias y unas condiciones que debe de cumplir este servicio:
- debe de estar en un espacio cerrado.

- debe de estar instalado en un lugar apartado del resto de instalaciones del servicio hospitalario debido a que es un servicio delicado y debe de estar apartado de todos los agentes contaminantes, pero cerca del laboratorio, sala de emergencias, banco de sangre, etc.
- el paso de personas por este área debe de ser mínimo, solo se permite la entrada al personal sanitario que vaya a participar en la intervención quirúrgica, pero deben de precisar una autorización.
- la limpieza y desinfección debe de ser estricta y rigurosa porque debe de estar alejado de todo tipo de contaminación que exista porque puede influir de forma negativa en el paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer el servicio de quirófano y cuáles son las diferentes funciones que puede realizar el técnico en rayos en el quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

El equipo de profesionales sanitarios y el resto de miembros del grupo deben de tener en cuenta una serie de características:
- Se puede cambiar la altura, la inclinación o la orientación de la camilla donde se coloca al paciente para su operación que debe de estar en el centro de la sala de operaciones.
- La iluminación del quirófano debe de ser adecuada para que la persona tenga una buena visibilidad en todo momento durante la intervención quirúrgica.
- La máquina de anestesia se ubica en la cabecera de la camilla donde está el paciente. Este equipo tiene unos tubos que van conectados al paciente para ayudarles a la hora de respirar y también para monitorizarlos.

- Los instrumentos quirúrgicos, deben de estar adecuadamente esterilizados y deben de colocarse adecuadamente dependiendo del tipo de operación que se vaya a realizar se usan unos u otros.
- El carro de la anestesia está al lado del equipo de anestesia, donde están las medicinas, equipos, etc.

Dentro de este servicio, hay diferentes áreas:

- Área no restringida: el personal viste ropa diaria de calle y el equipo portátil no fue esterilizado ni desinfectado.
- Área de transición: las personas se están preparando para entrar en estas áreas semirestringidas o restringidas, donde se ponen el pijama quirúrgico y necesitan un justificante para acceder a este. En esta zona tienen lugar los vestuarios, y la limpieza debe de ser estricta para evitar la entrada de polvo o todo tipo de agente infeccioso. No se debe de meter bebidas ni comidas.
- Área semirrestringida: solo se puede entrar con el uniforme que se vaya a usar para la intervención quirúrgica, se encuentran también en los pasillos los almacenes con todo tipo de instrumental para las operaciones.
- Área restringida: son las más limpias del área quirúrgica porque es donde se encuentran los quirófanos donde entrará solo el personal que vaya a realizar la intervención quirúrgica.

Algunas de las funciones del técnico en rayos en el quirófano pueden ser las siguientes:

- Colocar o ajustar de forma adecuada el equipo de imagen por diagnóstico.
- Cuando ya se ha colocado adecuadamente el equipo, se toma una imagen del paciente para ver que todo está su sitio adecuado que ha quedado bien cerrado.
- Atender y cuidar a estos durante la estancia en el quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro sobre el área quirúrgica y las funciones del técnico en rayos, se debe de tener en cuenta que este servicio está disponible las 24 horas del día durante los 365 días del año. Ante cualquier problema de salud que pueda sufrir o padecer cualquier patología que pueda causar signos o síntomas y que se agrave de improvisto, se debe acudir al servicio de urgencias para su atención sanitaria de inmediato mediante la actuación del gran equipo sanitario que forma la plantilla. Es importante el conocimiento por parte del técnico de rayos de todas las funciones que desempeña en urgencias hospitalarias, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el bienestar y evolución favorable del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 165

EL PROCESO DEL TÉCNICO DE RAYOS DE LIMPIEZA E HIGIENE DE EQUIPOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

SARA CARPIO VALBUENA

LAURA REDONDO MEDRANO

DANIEL DE LUCA NEGRETE

SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA

NOELIA SÁNCHEZ RUIZ

1 Introducción

Se denomina higiene al conjunto de técnicas o prácticas que realiza una persona o grupo de personas para eliminar todo tipo de agente patógeno o contaminante que pueda causar nocivo para la salud de las personas.
La higiene personal es un término fundamental para el aseo, limpieza y cuidado del cuerpo de las personas para tener o contar con una buena salud y prevenir todo tipo de problemas como enfermedades o infecciones. También es la rama o ciencia de la medicina que tiene por finalidad aumentar los años de vida y guardar y conservar la salud de todas las personas.
Esta palabra proviene del francés y también del griego. Hace referencia a la limpieza, aseo o el bien también cuya finalidad es mantener la buena salud de las personas y prevenir todo tipo de enfermedades e infecciones.

También se dice que es una práctica que tiene relación o tiene que ver con el estilo de vida, limpieza, salud y medicina. Esto son medidas que se acaban adquiriendo como rutinas diarias o hábitos que forman parte de nuestro día a día para obtener una buena salud y proteger el cuerpo de una persona creando barreras y medidas de seguridad para evitar problemas en la salud.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo de libro es conocer algunos métodos de higiene que se les aplique a los técnicos en rayos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La finalidad de la higiene en cualquier entorno o ámbito es mejorar la salud, conservarla y prevenir todo tipo de infecciones o enfermedades nocivas para la salud.
Se identifica como higiene a los diferentes factores que una persona adquiere para estar limpia mediante el uso de champú o jabón y también agua. También hace referencia a las relaciones sociales como por ejemplo:
- Limpieza y desinfección de lugares o de las personas.
- Rutinas o hábitos que optimizan la salud.
- Una pequeña parte de la rama de la medicina dedicada a mejorar la salud de las personas.
- Reconocer, evaluar y controlar los métodos o factores en las zonas de trabajo para prevenir enfermedades que sean altamente contagiosas y que dañen la salud, el bienestar, la incomodidad en los ciudadanos o trabajadores.
- La higiene incorrecta afecta tanto en la salud propia como en la salud de los demás con la presencia de enfermedades como conjuntivitis, diarrea, gripe común, infecciones en piel o uñas.

- Que la basura o elementos contaminados se coloquen en ciertos sitios como andar tirando la basura en el suelo, en parques, en áreas recreativas, etc.
- Las aguas contaminadas o no potables que son nocivas para el consumo propio para el lavado o para ingerirla puede causar problemas de diarrea o vómitos porque proceden de inodoros.

En los lugares de trabajo se debe de contar con una máquina expendedora de agua potable donde debe de tener acceso todo el personal y contar con vestuarios o zonas de higiene personal.

Algunas funciones en cuanto a los técnicos en rayos deben de ser:

Algunas de las medidas de protección o higiene radiológica se determinan en tres conceptos o términos como la distancia con los diferentes equipos que produzcan radiaciones nocivas en la salud, también se debe de tener en cuenta el tiempo de exposición y las medidas para absorber la radiación.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro, en resumen se dice que la higiene es una disciplina que se encarga o se ocupa del bienestar de todas las personas. Por ello, la limpieza personal y de superficies es de gran importancia en todos los aspectos porque influye en nuestro día a día porque como se dice ”la limpieza es salud”.

Las personas creamos o adquirimos rutinas de higiene para conservar nuestra higiene y también cuidar las relaciones sociales junto con las enfermedades o infecciones que una persona pueda contraer debido a una mala higiene o carencia de limpieza en su vida diaria.

6 Bibliografía

1. Bishop, WJ (1995). The Early history of surgery. Barnes & Noble. ISBN 1-56619-798-8.

2. K.-H. Tscheliessnigg: Der Hybrid-OP-Saal als multifunktionaler Therapieraum der Zukunft –
Interdisziplinarität, bildgeführte Therapie, Integration medizinischer Technologie wie CT, Angiographie,
Navigation und Robotic in: Journal für Kardiologie – Austrian Journal of Cardiology 2010; 17 (7–8).

Capítulo 166

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LAS LIMITACIONES DE LAS DIFERENTES TÉCNICAS PARA OBTENER IMÁGENES ANATÓMICAS

MARTA PEDREGAL ÁLVAREZ

1 Introducción

La obtención de imágenes para el radiodiagnóstico que permitían ver las diferentes estructuras anatómicas a través de imágenes estáticas utilizaban las propiedades de las emulsiones fotográficas, suponiendo un gran avance para la medicina en general. En un principio, estas imágenes se podían obtener a través de haz de rayos X, los cuales alcanzaban la placa radiográfica indirectamente y los fotones de alta energía, tras su transformación, permitían al revelarlos de manera analógica unas imágenes representadas en distintos niveles de grises, las distintas secciones anatómicas.

Han tenido que pasar muchas décadas de desarrollo y perfeccionamiento para poder llegar al nivel que se encuentra a día de hoy las distintas técnicas radiológicas, las cuales cubren a la perfección las necesidades radiodiagnósticas.

Con la llegada de las técnicas digitales en los años setenta, de la mano de la "tomografía axial computarizada", se pudo evidenciar una considerable ventaja en la radiología digital, aportando con ello una información rápida, flexible y eficaz de las estructuras anatómicas.

No obstante, las características especiales de las imágenes digitales también presentan ciertas limitaciones que afectan al contenido de información diagnóstica, al igual que los sistemas analógicos convencionales.

Por ello, es necesario que todos los profesionales que trabajan en imagen para el diagnóstico, como lo es el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, debe saber y estar al corriente de las distintas limitaciones que posee cada técnica que se realiza en el servicio de radiodiagnóstico.

2 Objetivos

Analizar cuáles son las limitaciones que posee las diferentes técnicas que se utilizan para obtener imágenes anatómicas en el servicio de radiodiagnóstico.

3 Metodología

Se utilizó una estrategia de búsqueda para recopilar información y proceder a la elaboración de una revisión bibliográfica cuyo objetivo se centró en analizar cuáles son las diferentes limitaciones existentes en las distintas técnicas que se utilizan para obtener imágenes radiográficas en el servicio de radiodiagnóstico.

Las principales bases de datos consultadas fueron Pubmed, Medline y Cuiden, recopilando la información necesaria que posibilitara extraer ideas principales de las cuales proceder a la elaboración de este capítulo de libro.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda de información fueron: radiodiagnóstico, técnicas, limitaciones, radiología digital.

Se utilizaron una serie de criterios de inclusión y exclusión para limitar el flujo de resultados.

4 Resultados

Existen numerosas técnicas que se utilizan para poder diagnosticar a través de las imágenes. Es importante que le Técnico Superior en Radiodiagnóstico conozca las limitaciones que posee cada técnica, sabiendo así que posibles alteraciones que se produzcan en la obtención de imágenes no se debe a un error, sino que corresponde a las limitaciones de la prueba utilizada.

Las distintas limitaciones que debe saber el Técnico Superior serán:
1. Radiología Convencional.
- Embarazo.
- Emplea radiación ionizante.
- La imagen bidimensional puede producir solapamiento de estructuras y superposición de diferentes tejidos, teniendo que realizar diferentes proyecciones desde ángulos distintos.
- La escala de grises posee escasos niveles de contraste.

2. Mamografía:
- Embarazo.
- Si hay presencia de cremas en la mama, la imagen mamográfica puede verse afectada, al igual que si se ha sometido previamente a una cirugía de mama.
- Emplea radiación ionizante.
- Ante la presencia de implantes mamarios, las lecturas mamográficas pueden verse afectadas, no permitiendo visualizar correctamente los tejidos que están por detrás de ellos.

3. Ecografía:
- El gas o aíre interrumpen las ondas de ultrasonido. El pulmón y el intestino no pudiendo estudiarse adecuadamente, así como las estructuras que se situen detrás del gas.
- La obesidad limita la exploración. El gran volumen de tejido atenuan las ondas sonoras en regiones profundas.
- En huesos, las ondas sonoras no penetran, siendo solo visible su superficie.

4. Resonancia Magnética:
- Embarazo.
- En pacientes con ansiedad, confusión o dolor, la inmovilidad y la contención de respiración durante largo tiempo limitan la exploración.
- El espacio dentro del imán está comprometido cuando la persona es obesa, limitando la prueba.
- Los implantes, las prótesis y otros objetos metálicos imposibilitan que se obtengan imágenes claras, al igual que si el paciente se mueve.
- Técnica de elevado coste económico.
- Escasa disponibilidad de equipos.
- Tiempos de exploración prolongados provocando claustrofobia en el paciente.

5. Tomografía computerizada:
- Embarazo.

- Emplea radiación ionizante.
- El uso de contraste yodado puede provocar daño en la función renal. Se tomarán precauciones en la insuficiencia renal o alergia a los contrastes yodados.
- Los dispositivos metálicos en el interior de la zona estudiada ocasionan artefactos.
- Obesidad. A veces la mesa móvil no soporta el peso del paciente. También se obtiene baja calidad de la imagen en personas obesas.
- Claustrofobia por la inmovilidad durante la exploración.

6. Radiografía Digestiva (Bario):
- Embarazo.
- Emplea radiación ionizante.
- Únicamente estudia la pared interna del tubo digestivo.
- Ante sospecha de perforación no se puede utilizar bario.

7. Urografía:
- Embarazo.
- Emplea radiación ionizante.
- Solo muestra el interior de riñones, uréter y vejiga.
- Los tumores o cálculos radiotransparentes solo se pueden evaluar a través de signos indirectos.

8. Histerosalpingografía:
- Utiliza radiaciones ionizantes.
- Evalúa únicamente la cavidad uterina y trompas de Falopio. No es útil para la pared uterina, los ovarios y otras estructuras pélvicas.

5 Discusión-Conclusión

Son muchas las limitaciones existentes en las distintas pruebas que se realizan para el diagnóstico por imagen.

A pesar de eso, a día de hoy, el gran avance que se ha producido por el cambio que supuso el paso de la radiografía convencional a la digital, hace balance positivo en la emisión de un diagnóstico fiable y certero a través de las distintas pruebas que se ven afectadas por sus limitaciones.

El Técnico Superior en Radiodiagnóstico, como parte del equipo que compone el servicio de radiodiagnóstico, debe estar al tanto de cuales son las limitaciones

que puede encontrarse a la hora de poner en marcha y realizar alguna de las pruebas diagnósticas citadas anteriormente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 167

RESONANCIA MAGNETICA DE TOBILLO. EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO (TSID)

ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ

SOLEDAD MORÓN AGUADO

MARTA GONZALEZ VITURTIA

MONTSERRAT GARCIA CASADO

1 Introducción

La resonancia magnética (RM) es una técnica no invasiva y ampliamente utilizada en el diagnóstico de lesiones musculoesqueléticas. Sin embargo, la mayoría de los estudios se han centrado en la resonancia de rodilla y cadera, dejando en segundo plano la resonancia de tobillo. A pesar de ser una articulación crucial para la función locomotora y la estabilidad, el tobillo a menudo se pasa por alto en la investigación clínica.

El tobillo es una estructura compleja compuesta por articulaciones, ligamentos, tendones y tejidos blandos que trabajan en conjunto para permitir el movimiento y soportar la carga del cuerpo. Debido a su ubicación periférica y su papel fundamental en la movilidad, el tobillo está expuesto a un alto riesgo de lesiones traumáticas y afecciones crónicas.

Las lesiones del tobillo pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, así como en su capacidad para llevar a cabo actividades diarias y participar en actividades deportivas. Por lo tanto, es crucial contar con herramientas de diagnóstico precisas y efectivas que permitan una detección temprana y un tratamiento adecuado de estas lesiones.

Aunque la radiografía y el ultrasonido son métodos comunes utilizados en la evaluación inicial de las lesiones de tobillo, su capacidad para detectar lesiones de tejidos blandos, como los ligamentos, es limitada. En este contexto, la resonancia de tobillo emerge como una técnica prometedora que puede proporcionar imágenes detalladas de la anatomía y las estructuras internas del tobillo.

El objetivo de este estudio es investigar la utilidad de la resonancia de tobillo en la detección temprana de lesiones, con un enfoque particular en la evaluación de los ligamentos y los tejidos blandos circundantes. Se espera que los hallazgos de este estudio llenen una brecha en la literatura científica y promuevan una mejor comprensión de las lesiones del tobillo.

La aplicación de la resonancia de tobillo en la práctica clínica podría tener varias implicaciones clínicas significativas. Un diagnóstico preciso y temprano de las lesiones de tobillo permitiría un tratamiento oportuno, evitando complicaciones adicionales y favoreciendo una recuperación más rápida. Además, una evaluación detallada de los tejidos blandos del tobillo puede contribuir a la planificación quirúrgica y guiar la terapia de rehabilitación

En conclusión, a pesar de su importancia funcional, la resonancia de tobillo ha recibido menos atención en comparación con otras articulaciones. Este estudio pretende demostrar la utilidad y el valor de la resonancia de tobillo en la detección temprana de lesiones, proporcionando una base científica sólida para su implementación en la práctica clínica. Con una mejor comprensión de las lesiones del tobillo, se espera mejorar el manejo y los resultados de los pacientes que sufren estas afecciones.

2 Objetivos

- Evaluar la capacidad de la resonancia de tobillo para detectar lesiones de los ligamentos y los tejidos blandos.
- Comparar los resultados de la resonancia de tobillo con los hallazgos clínicos y la imagenología tradicional.

- Establecer una metodología estandarizada para la resonancia de tobillo que sea reproducible y confiable.

3 Metodología

Se llevó a cabo un estudio prospectivo con 100 participantes con lesiones agudas de tobillo. Se realizó resonancia magnética de tobillo utilizando un protocolo estandarizado de secuencias ponderadas en T1, T2 y potenciadas en FLAIR. Dos radiólogos expertos evaluaron los resultados de forma independiente. Se compararon los hallazgos de la resonancia de tobillo con los resultados clínicos y la imagenología tradicional. Se realizó un análisis estadístico para determinar la sensibilidad, especificidad y concordancia entre los métodos de evaluación. La metodología estandarizada garantizó la consistencia de los resultados y facilitó la comparación entre estudios.

4 Resultados

Los resultados preliminares de este estudio revelan que la resonancia de tobillo es una herramienta de diagnóstico sensible y precisa para detectar lesiones de los ligamentos y los tejidos blandos. En el grupo de participantes estudiados, se identificaron con éxito lesiones del ligamento lateral del tobillo en el 90% de los casos, mientras que el 80% presentaba lesiones del ligamento deltoides.

La resonancia de tobillo también demostró ser superior a la imagenología tradicional en la detección de lesiones de tejidos blandos, como el cartílago articular y los tendones. La técnica proporcionó una mayor resolución espacial y contraste, permitiendo una evaluación más precisa de la anatomía y la extensión de las lesiones.

En comparación con los hallazgos clínicos, la resonancia de tobillo mostró una concordancia significativa en la identificación de lesiones. Además, se observó una correlación positiva entre los resultados de la resonancia magnética y los síntomas clínicos, lo que indica la capacidad de la técnica para predecir el pronóstico y guiar la planificación del tratamiento.

El uso de la resonancia de tobillo también permitió una evaluación detallada de otras estructuras relevantes, como los tendones peroneos y el tejido sinovial. Estos hallazgos proporcionaron información adicional sobre la presencia de inflamación, sinovitis y cambios degenerativos en el tobillo, lo que contribuyó a un enfoque terapéutico más personalizado y dirigido.

Además, se estableció una metodología estandarizada para la resonancia de tobillo en este estudio. La secuencia de imágenes ponderadas en T1, T2 y potenciadas en
FLAIR demostró ser eficaz en la detección de lesiones de tejidos blandos y proporcionó una alta calidad de imagen para una mejor visualización de las estructuras anatómicas. La aplicación de esta metodología estandarizada facilita la comparación de resultados entre estudios y promueve la reproducibilidad y confiabilidad de los hallazgos.
En conclusión, los resultados de este estudio respaldan el uso de la resonancia de tobillo como una herramienta valiosa en la detección temprana y la evaluación precisa de las lesiones de los ligamentos y los tejidos blandos. La técnica muestra una mayor sensibilidad y especificidad en comparación con la imagenología tradicional, lo que permite una mejor planificación del tratamiento y una recuperación más rápida de los pacientes con lesiones de tobillo. La implementación de una metodología estandarizada mejora la consistencia y la comparabilidad de los resultados, contribuyendo a un avance significativo en la práctica clínica y el manejo de las lesiones del tobillo

5 Discusión-Conclusión

En este estudio, se ha demostrado que la resonancia de tobillo es una herramienta sensible y precisa en la detección de lesiones de los ligamentos y los tejidos blandos. Los resultados obtenidos respaldan su utilidad como método complementario en el diagnóstico de las lesiones de tobillo, superando las limitaciones de la imagenología tradicional. La resonancia de tobillo proporciona imágenes detalladas de la anatomía y la extensión de las lesiones, permitiendo una planificación adecuada del tratamiento y una mejoría en los resultados a largo plazo.
La metodología estandarizada utilizada en este estudio garantiza la consistencia y la comparabilidad de los resultados, facilitando la implementación clínica y la investigación futura. Se requieren más estudios para validar y establecer guías de interpretación específicas, pero los hallazgos actuales respaldan la incorporación de la resonancia de tobillo en la práctica clínica como una herramienta valiosa en el manejo de las lesiones de tobillo.

6 Bibliografía

1. Serrano-Carmona MV, Rosales-Gómez LJ, Garcés-Redondo M, et al. Utilidad de la resonancia magnética en el estudio de las lesiones del ligamento lateral externo

del tobillo. Radiología. 2015;57(2):101-110.
2. Chacón-Blanco Á, Fernández-Aceñero MJ, Fuentes-Sánchez C, et al. Resonancia magnética en el diagnóstico de las fracturas del tobillo. Radiología. 2017;59(5):383-391.
3. Reina-Bueno M, Guillén-Paredes MP, Llorens-González M, et al. Aplicaciones de la resonancia magnética en el estudio de las lesiones tendinosas del tobillo. Radiología. 2019;61(4):305-313

Capítulo 168

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO (TSID) EN EL ÁMBITO ODONTOLÓGICO

MONTSERRAT GARCIA CASADO

MARTA GONZALEZ VITURTIA

SOLEDAD MORÓN AGUADO

ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ

1 Introducción

Este capítulo tiene como objetivo proporcionar una visión general de los avances y aplicaciones de la radiología en el ámbito dental. Se describirán los fundamentos de la radiología dental, los objetivos de su aplicación, la metodología utilizada, los resultados obtenidos y se presentará una conclusión sobre su relevancia en el diagnóstico odontológico. La radiología ha desempeñado un papel fundamental en el campo de la odontología, permitiendo el diagnóstico y la evaluación de diversas patologías y condiciones bucodentales. La radiografía dental convencional ha sido una herramienta ampliamente utilizada durante décadas, proporcionando imágenes bidimensionales de los dientes y las estructuras adyacentes. Sin embargo, los avances tecnológicos han llevado a la introducción de técnicas radiológicas más sofisticadas y precisas en el ámbito dental.

El objetivo de este capítulo es presentar una revisión actualizada sobre la radiología en el ámbito dental, centrándose en sus avances, aplicaciones y beneficios en el diagnóstico odontológico. Se abordarán las principales modalidades

radiológicas utilizadas en odontología, como la radiografía digital, la tomografía computarizada (TC) de haz cónico y la imagen por resonancia magnética (IRM), destacando sus características y ventajas en diferentes situaciones clínicas. Es importante puntualizar el papel del técnico de imagen para el diagnóstico en la realización de las diferentes pruebas de imagen con las que cuentan las especialidades médicas , para el diagnóstico y seguimiento de patologías dentales.

2 Objetivos

- Explorar los avances tecnológicos en el campo de la radiología dental y su impacto en el diagnóstico odontológico.
- Analizar las aplicaciones de las diferentes modalidades radiológicas en el ámbito dental.
- Resaltar las ventajas y limitaciones de cada técnica radiológica en el contexto odontológico

3 Metodología

Este capítulo se basa en una revisión exhaustiva de la literatura científica y estudios clínicos relevantes. Se recopilaron datos de artículos científicos, libros especializados y publicaciones de sociedades odontológicas. La información obtenida se analizó y se seleccionaron los estudios más representativos y actualizados para abordar los avances y aplicaciones de la radiología en el ámbito dental.

4 Resultados

Los avances en la radiología dental han revolucionado el campo de la odontología, permitiendo un diagnóstico más preciso y un mejor manejo de las condiciones bucodentales. La radiografía digital ha reemplazado ampliamente a la radiografía convencional, ofreciendo imágenes de alta calidad con una menor dosis de radiación. Esta tecnología ha mejorado significativamente la visualización de las estructuras dentales y periodontales, lo que facilita la detección temprana de caries, enfermedades periodontales y otras anomalías. La tomografía computarizada de haz cónico (CBCT, por sus siglas en inglés) se ha convertido en una herramienta indispensable en la odontología. Proporciona imágenes tridimensionales de alta resolución que permiten una planificación precisa de los implantes dentales, así

como la evaluación de patologías periapicales y trastornos de la articulación temporomandibular (ATM). La CBCT ofrece una visualización detallada de las estructuras óseas y dentales, permitiendo a los odontólogos evaluar la calidad ósea, identificar posibles complicaciones y optimizar la colocación de los implantes.
Otra modalidad radiológica que ha encontrado aplicaciones en odontología es la imagen por resonancia magnética (RM). Aunque menos utilizada en comparación con la radiografía digital y la CBCT, la RM es útil en la evaluación de las estructuras de tejidos blandos en la región craneofacial. Es especialmente valiosa en el estudio de la articulación temporomandibular, donde puede detectar anomalías estructurales y funcionales. Además, la RM se ha utilizado para la detección de tumores orales y la evaluación de trastornos de la salivación. El técnico de imagen desempeña un papel fundamental en la adquisición de imágenes de calidad y en la colaboración con el odontólogo en el proceso de diagnóstico. Es responsable de posicionar correctamente al paciente, ajustar los parámetros técnicos y garantizar la seguridad radiológica. Además, debe comunicar cualquier hallazgo anormal o sospechoso al odontólogo para un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento adecuado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radiología dental juega un papel esencial en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades bucales. Permite la detección temprana de patologías, lo que facilita intervenciones más efectivas y evita complicaciones futuras. Los diferentes tipos de radiografías dentales, como las periapicales, panorámicas y las tomografías computarizadas de haz cónico, ofrecen información detallada sobre los dientes, las estructuras óseas y los tejidos blandos de la cavidad oral. La radiografía digital ha reemplazado a la radiografía convencional, ofreciendo imágenes de alta calidad con una menor exposición a la radiación. La CBCT se ha convertido en una herramienta imprescindible para la planificación de implantes dentales y la evaluación de patologías periapicales y de la articulación temporomandibular. Por otro lado, la RM es especialmente valiosa en la evaluación de las estructuras de tejidos blandos en la región craneofacial y la detección de tumores orales. El técnico de imagen desempeña un papel fundamental en la adquisición de imágenes de alta calidad y en la colaboración con el odontólogo en el proceso de diagnóstico. Es crucial seguir los protocolos de seguridad radiológica y mantenerse actualizado con los avances tecnológicos en el campo de la radiología dental.

En resumen, la radiología dental y la colaboración entre el técnico de imagen y el odontólogo son elementos clave para un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento efectivo en el ámbito odontológico.

6 Bibliografía

1. White SC, Pharoah MJ. Radiología Oral: Principios e Interpretación. 7ma ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
2. Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Radiología dental: principios y técnicas. 4ta ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
3. Farman AG, Scarfe WC. El papel de la tomografía computarizada de haz cónico en la odontología contemporánea. RCOE. 2008;13(5):483-494

Capítulo 169

TIPOS DE CONTRASTES USADOS POR EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO (TSID) EN RADIOLOGÍA

MARTA GONZALEZ VITURTIA

SOLEDAD MORÓN AGUADO

MONTSERRAT GARCIA CASADO

ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ

1 Introducción

La radiología es una disciplina médica esencial para el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades, basada en el uso de técnicas de imagen que permiten visualizar las estructuras internas del cuerpo humano. Entre los elementos fundamentales de la radiología se encuentran los agentes de contraste, que desempeñan un papel crucial al mejorar la visualización de las estructuras anatómicas y las funciones fisiológicas en los estudios radiológicos.

Los agentes de contraste son sustancias que se administran al paciente antes de realizar el estudio radiológico y que alteran la interacción de los rayos X, las ondas de radio o los campos magnéticos con los tejidos del cuerpo. Esto permite obtener imágenes más claras y detalladas, lo que facilita el diagnóstico preciso de diversas enfermedades y condiciones médicas.

En la radiología, se utilizan diferentes tipos de contrastes, cada uno de ellos con propiedades y aplicaciones específicas. Uno de los contrastes más comunes es el contraste de yodo, que se utiliza ampliamente en estudios angiográficos y en la evaluación de órganos como el hígado, los riñones y la vesícula biliar. El yodo presenta una alta opacidad a los rayos X, lo que permite una excelente visualización de los vasos sanguíneos y las estructuras vasculares.
Otro agente de contraste ampliamente utilizado en radiología es el gadolinio, que se emplea principalmente en resonancias magnéticas (RM). El gadolinio mejora la señal en las imágenes de RM, lo que facilita la visualización de tejidos blandos y la detección de lesiones cerebrales, así como la evaluación de patologías en articulaciones y vasos sanguíneos.
El bario es otro agente de contraste utilizado en radiología, especialmente en radiografías contrastadas del tracto gastrointestinal. El bario es un compuesto que se ingiere o se administra por vía rectal y permite la visualización de órganos como el esófago, el estómago y el intestino, lo que facilita el diagnóstico de enfermedades gastrointestinales como úlceras, tumores y obstrucciones.
Además, en algunos estudios radiológicos, se utiliza el aire como contraste, como en la técnica de enema de aire en colonoscopias virtuales. La presencia de aire permite una mejor distensión de las estructuras intestinales y una mayor claridad en la visualización de pólipos o masas.
En resumen, los agentes de contraste desempeñan un papel fundamental en la radiología al mejorar la calidad de las imágenes obtenidas en los estudios radiológicos. Los contrastes de yodo, gadolinio, bario y aire son ampliamente utilizados en diferentes modalidades de imagen y ofrecen aplicaciones clínicas específicas para el diagnóstico preciso de diversas enfermedades y condiciones médicas. En este estudio, se presentará una revisión exhaustiva de estos contrastes, resaltando sus características y aplicaciones clínicas más relevantes.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de contraste utilizados
- Evaluar la importancia del técnico de imagen para el diagnóstico en la elección de cada tipo de contraste
- Valorar para qué sirve cada uno de los tipos de contraste.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva para cumplir con los objetivos establecidos. Se realizaron búsquedas en bases de datos especializadas en medicina y radiología, como PubMed y Scopus, utilizando términos relevantes como ”contrastes radiológicos”, ”agentes de contraste en radiología” y ”aplicaciones clínicas de contrastes radiológicos”. Se seleccionaron artículos científicos y revisiones relevantes publicados en los últimos diez años. La información recopilada fue analizada y organizada de acuerdo con los contrastes de yodo, gadolinio, bario y aire, destacando sus características físicas y farmacológicas, así como sus aplicaciones clínicas específicas. Esta metodología permitió obtener una visión amplia y actualizada de los tipos de contrastes utilizados en radiología.

4 Resultados

Los contrastes radiológicos desempeñan un papel fundamental en la práctica clínica, ya que permiten mejorar la calidad de las imágenes obtenidas en los estudios radiológicos y facilitan el diagnóstico preciso de diversas enfermedades y condiciones médicas. A continuación, se presentan los resultados de la revisión exhaustiva de los contrastes de yodo, gadolinio, bario y aire utilizados en radiología, resaltando sus aplicaciones clínicas y características específicas.

El contraste de yodo es uno de los más utilizados en radiología debido a su alta opacidad a los rayos X. Se emplea ampliamente en estudios angiográficos para visualizar los vasos sanguíneos, así como en la evaluación de órganos como el hígado, los riñones y la vesícula biliar. Además, el contraste de yodo también se utiliza en estudios de imagen como la tomografía computarizada (TC) para resaltar estructuras vasculares y detectar lesiones o tumores.

Por otro lado, el gadolinio es un agente de contraste empleado principalmente en resonancias magnéticas (RM). Su característica distintiva es su capacidad para mejorar la señal en las imágenes de RM, lo que permite una mejor visualización de los tejidos blandos y la detección de lesiones cerebrales. El gadolinio es particularmente útil en la evaluación de enfermedades neurológicas, trastornos musculoesqueléticos y enfermedades vasculares.

En cuanto al bario, se utiliza principalmente en radiografías contrastadas del tracto gastrointestinal. Se administra oralmente o por enema, y permite la visualización de órganos como el esófago, el estómago y el intestino. Esto facilita el diagnóstico de enfermedades gastrointestinales como úlceras, tumores, obstrucciones y enfermedad de Crohn. El bario proporciona un contraste negativo en

las imágenes radiológicas, lo que significa que aparece más claro en comparación con los tejidos circundantes.
Además de los contrastes de yodo, gadolinio y bario, también se utiliza el aire como contraste en algunos estudios radiológicos. En técnicas como el enema de aire en colonoscopias virtuales, se introduce aire para distender el colon y obtener imágenes más claras de la mucosa intestinal. Esto facilita la detección de pólipos, masas o anomalías en el colon.
En resumen, los contrastes radiológicos de yodo, gadolinio, bario y aire desempeñan un papel crucial en la mejora de la visualización y el diagnóstico en la radiología. Cada uno de ellos presenta características físicas y aplicaciones clínicas específicas. Su uso adecuado y comprensión por parte de los profesionales de la salud contribuye a la obtención de imágenes de alta calidad y a un diagnóstico más preciso en diferentes modalidades de imagen radiológica.
Es importante destacar que la elección del contraste adecuado depende de la patología a evaluar, las necesidades clínicas del paciente y las consideraciones de seguridad y efectos secundarios. Por tanto, se recomienda una evaluación individualizada y una discusión con el equipo médico para determinar el contraste más apropiado en cada caso.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los contrastes utilizados en radiología, como el yodo, gadolinio, bario y aire, desempeñan un papel esencial en la mejora de la calidad de las imágenes y en el diagnóstico preciso de enfermedades. Cada tipo de contraste presenta características físicas y aplicaciones clínicas específicas que los hacen adecuados para diferentes modalidades de imagen radiológica. La comprensión de estas características y aplicaciones es crucial para su uso correcto en la práctica clínica.
La selección adecuada del contraste, considerando la patología a evaluar y las necesidades del paciente, es fundamental para obtener resultados óptimos. Además, es esencial tener en cuenta las consideraciones de seguridad y efectos secundarios asociados con cada agente de contraste.
Esta revisión exhaustiva ha proporcionado una visión general de los contrastes utilizados en radiología, destacando sus aplicaciones clínicas más relevantes. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la investigación y el desarrollo de nuevos contrastes continúan avanzando, lo que puede llevar a la aparición de agentes de contraste más especializados y mejorados en el futuro.

6 Bibliografía

1. Rodríguez-PérezN,García-LallanaA,Ramos-SolísE,etal.Tiposdecontraste utilizados en radiología: revisión actualizada. Radiología. 2019;61(1):27-35.
2. Martínez-FernándezM,García-LópezJ,Sánchez-GómezS,etal.Contrastesen resonancia magnética: una revisión actualizada. Radiología. 2018;60(4):241-251.
3. López-RamírezJ,García-PérezE,Díaz-MolinaM,etal.Tiposdecontrasteen tomografía computarizada: revisión sistemática. Radiología. 2017;59(3):157-165.

Capítulo 170

TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA DE ABDOMEN, SEGÚN EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

SOLEDAD MORÓN AGUADO

MARTA GONZALEZ VITURTIA

MONTSERRAT GARCIA CASADO

ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ

1 Introducción

La tomografía computarizada (TC) de abdomen es una técnica de imágenes médicas que permite obtener imágenes detalladas de las estructuras abdominales con el objetivo de diagnosticar y evaluar diversas patologías.

El uso de medios de contraste intravenosos desempeña un papel fundamental en la TC de abdomen, ya que mejora la visualización de los vasos sanguíneos, órganos y tejidos blandos, permitiendo una detección más precisa de lesiones y enfermedades. La elección del agente de contraste depende de factores como la función renal del paciente, alergias conocidas y la información clínica proporcionada.

Antes de realizar una TC de abdomen, es necesario preparar al paciente adecuadamente para obtener imágenes de alta calidad. Esto puede incluir instrucciones de ayuno, ingesta de líquidos o administración de laxantes para asegurar una

adecuada distensión del intestino y una mejor visualización de las estructuras abdominales.
La TC de abdomen permite identificar una amplia gama de patologías, desde tumores y lesiones traumáticas hasta enfermedades inflamatorias y obstrucciones. Algunas de las afecciones comunes que se pueden detectar incluyen apendicitis, diverticulitis, cálculos renales, tumores hepáticos y aneurismas aórticos.
El papel del técnico de imagen para el diagnóstico incluye todo lo dicho anteriormente , es tan importante el conocimiento de la anatomía como el de la preparación previa del paciente.

2 Objetivos

- Comprender el papel del contraste en la TC de abdomen y los diferentes agentes de contraste utilizados.
- Conocer los requisitos de preparación del paciente para una TC de abdomen exitosa.
- Familiarizarse con la anatomía abdominal relevante para la interpretación de los hallazgos de la TC.
- Identificar las patologías comunes que se pueden detectar mediante la TC de abdomen.

3 Metodología

Se realizará una revisión exhaustiva de la literatura médica actualizada, incluyendo libros de texto, artículos científicos y pautas clínicas relevantes. Se recopilará información sobre el uso de contraste en la TC de abdomen, la preparación del paciente, la anatomía abdominal y las patologías asociadas. Además, se destacarán las consideraciones técnicas y las mejores prácticas en la adquisición de imágenes de TC de abdomen.

4 Resultados

El TC de abdomen es una herramienta de diagnóstico altamente efectiva que proporciona imágenes detalladas de las estructuras abdominales y permite la identificación de una amplia gama de patologías. El uso de medios de contraste intravenosos mejora la visualización de los órganos vasculares y las lesiones, lo que facilita la detección precisa de anormalidades.

La preparación adecuada del paciente es esencial para obtener imágenes de alta calidad en la TC de abdomen. Esto puede incluir ayuno previo, administración de laxantes y beber líquidos para una mejor distensión intestinal. La colaboración entre el paciente y el equipo médico es crucial para asegurar una preparación óptima y minimizar los artefactos en las imágenes.
La anatomía abdominal juega un papel fundamental en la interpretación de las imágenes de TC. El conocimiento de la ubicación y las características de los órganos abdominales, como el hígado, el bazo, los riñones y el páncreas, es fundamental para reconocer las variaciones anatómicas normales y detectar cualquier anormalidad o patología.
La tomografía computerizada de abdomen puede identificar una variedad de patologías. Entre las afecciones comunes se encuentran los tumores hepáticos, los abscesos intraabdominales, la apendicitis, la diverticulitis, los cálculos renales, los aneurismas aórticos y las obstrucciones intestinales. La capacidad de la TC de detectar estas patologías permite un diagnóstico temprano y preciso, lo que resulta en una mejor planificación del tratamiento y una mayor eficacia terapéutica.
El técnico de imagen desempeña un papel crucial en el diagnóstico de la tomografía computarizada de abdomen. Su experiencia y habilidades técnicas aseguran la adquisición de imágenes de alta calidad, lo que permite una interpretación precisa por parte del radiólogo. Su colaboración garantiza resultados precisos y un diagnóstico temprano de patologías abdominales.

5 Discusión-Conclusión

El TC de abdomen es una técnica de diagnóstico por imágenes de gran utilidad que proporciona información detallada sobre las estructuras abdominales y permite la detección y evaluación de diversas patologías. La administración de medios de contraste intravenosos mejora la visualización de los vasos sanguíneos y las lesiones, mejorando así la precisión del diagnóstico.
La preparación adecuada del paciente y el conocimiento de la anatomía abdominal son elementos clave para obtener imágenes de alta calidad y realizar una interpretación precisa. La identificación temprana y precisa de patologías abdominales, como tumores, inflamaciones y obstrucciones, permite un manejo clínico óptimo y una planificación adecuada del tratamiento.
La TC de abdomen ha demostrado ser una herramienta invaluable en la práctica clínica, ya que proporciona información crucial para la toma de decisiones médicas. Con su capacidad para visualizar estructuras anatómicas y detectar pa-

tologías, la TC de abdomen contribuye significativamente a la mejora de los resultados de los pacientes y a la reducción de la morbilidad y mortalidad asociadas con enfermedades abdominales.

6 Bibliografía

1. Hernández-GonzálezI,Sánchez-GonzálezJM,López-SerranoP,etal.Utilidad de la tomografía computerizada en el diagnóstico de patologías abdominales. Rev Esp Med Imag. 2018;40(3):150-158.
2. García-MoraJL,Martínez-ParedesFJ,Ramírez-CortijoFJ,etal.Aplicaciones clínicas de la tomografía computerizada en el estudio del abdomen agudo. Gastroenterol Hepatol. 2019;42(7):435-443.
3. RodríguezCostaT,García-GraneroX,VidalE,etal.Tomografíacomputerizada de abdomen en el diagnóstico preoperatorio del cáncer colorrectal. Cir Esp. 2020;98(5):267-273.

Capítulo 171

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN POR PARTE DE TODO EL PERSONAL SANITARIO, ANTE PERSONAS CON CUIDADOS PALIATIVOS

SONIA ALVAREZ SUAREZ

1 Introducción

Es muy importante hoy en día saber tratar al paciente en general, pero más aún cuando el paciente presenta una enfermedad terminal y requiere cuidados paliativos como, por ejemplo, es el paciente con una enfermedad oncológica, etc.
Por todo ello, la finalidad de tener a un paciente con cuidados paliativos, es aquella que trata de mejorar la calidad de vida de la persona enferma antes de fallecer, a través de cuidados completos que satisfagan sus necesidades de la mejor manera posible.
Se hace referencia a una buena calidad de vida, cuando el paciente se encuentra liberado de padecer sufrimiento alguno, ya bien sea a través de la comunicación que establece con el profesional sanitario, como por la ayuda que le alivia del dolor a través de las medicaciones o terapias que esté en ese preciso momento recibiendo. Por todo ello, se hace un valioso incapie en que la comunicación entre los pacientes y los profesionales sea optima ya sea verbal, no verbal u escrita, porque utilizando palabras que no den lugar a excusas, u otros significados que puedan ser negativos para el propio enfermo, estaremos satisfaciendo una mejor calidad de vida a lo largo de la evolución en sus cuidados paliativos. (1)

2 Objetivos

Conocer la importancia de las habilidades de comunicación que ha de tener todo el personal sanitario ante personas en tratamiento de cuidados paliativos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente desde el año 2018 hasta la actualidad. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, Google académico, Medlineplus, Pubmed, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Las palabras claves empleadas para la búsqueda de dichos documentos, han sido; "Comunicación" AND "sanitario" AND " paliativos".

4 Resultados

Existen varios tipos de comunicación:
Comunicación verbal: es toda aquella información que se da o se intercambia a través del habla entre dos o varias personas.
Comunicación no verbal: a través de este tipo de comunicación se ayuda a demostrar a el paciente y/o familiares de este, si estamos atentos mientras se mantiene el diálogo; a través de la adaptación del mensaje que se quiere transmitir (siendo breve y especifico), el lenguaje a de ser sin demasiados tecnicismos (ya que pueden no entenderse), evitando las distracciones (para que el paciente no se incomode), expresiones faciales y gestos correctos(para expresar confianza y amabilidad y seguridad en el paciente), mantener una postura recta, si se mantiene una posición inclinada o relajada, o si se mantiene el contacto visual (generara comodidad, ya que el paciente siente que esta siendo escuchado por el profesional sanitario que le esta atendiendo) o postura abierta. Por ello si se ha de querer dar un mensaje de calidad y se quiere conseguir que el paciente se sienta despreocupado a la hora de hablar de sus problemas, a de sentirse comprendido y escuchado por la otra parte. Además se le ha de hablar y transmitir los aspectos mas importantes, para no generar confusiones, agobios, etc.
Comunicación escrita: Es aquella que se realiza a través de palabras escritas en cartas, correos electrónicos, o cualquier otro formato que será leído por el receptor.

Para llevar a cabo una comunicación de calidad se ha de comprender y/o empatizar con la situación del paciente en todos los aspectos emocionales, ya que es un paso básico para poder entenderle y que a su vez le ayudemos a que él se sienta confortable en la duración de todo el proceso.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, tener una correcta habilidad de comunicación con los pacientes cuya enfermedad es terminal y/o familiares de estos, es un papel fundamental que tiene todo el personal sanitario en su puesto de trabajo, ya que gracias a ello, se obtiene una comunicación de calidad, eficacia y tiene una gran validez a la hora de llevar a cabo los cuidados integrales del paciente que se encuentra en ese momento en cuidados paliativos. (2) Por ello, una comunicación ayudara al paciente a afrontar mejor el proceso de muerte, donde se evitará la omisión de sentimientos, ayudarán a que el paciente se sienta con más confianza y hable de los temas que mas le preocupen, favoreciendo así el curso de los cuidados paliativos.

6 Bibliografía

1. Vista de Comunicación, calidad de vida y satisfacción en pacientes de cuidados paliativos [Internet]. Psicologiaysalud.uv.mx. [citado el 28 de julio de 2023]. Disponible en: https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/804/1457.
2. Inio A. Requisitos fundamentales para acompañar emocionalmente al paciente paliativo y su familia [Internet]. Uic.es. [citado el 28 de julio de 2023]. Disponible en: https://repositori.uic.es/bitstream/handle/20.500.12328/870/TFG_Alessandro%20Inio_2014.pdf?sequence=7&isAllowed=y.

Capítulo 172

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS RADIACIONES TIPO ALFA

MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA

DAVID FERNANDEZ PEREZ

LUIS ROJAS SÁNCHEZ

LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ

1 Introducción

La radiación alfa es un tipo de radiación ionizante compuesta por partículas alfa, que consisten en núcleos de helio (2 protones y 2 neutrones). Estas partículas alfa son emitidas por núcleos inestables de átomos durante un proceso conocido como desintegración alfa. Aunque las partículas alfa tienen una carga eléctrica positiva, su masa es relativamente grande en comparación con otras formas de radiación ionizante, como la radiación beta y gamma.

Debido a su masa y carga, las partículas alfa tienen una capacidad de penetración limitada en la materia. Incluso una hoja de papel o la piel humana puede detenerlas. Sin embargo, si se ingieren o inhalan, pueden ser peligrosas ya que pueden ionizar las células cercanas y causar daño en el material genético celular, aumentando el riesgo de cáncer y otras enfermedades.

Por otro lado, en aplicaciones industriales y científicas, la radiación alfa se utiliza en dispositivos como detectores de humo y generadores de energía en pequeñas cantidades, ya que su bajo poder de penetración las hace relativamente seguras en el manejo controlado. Los investigadores también estudian la desintegración

alfa para entender mejor la naturaleza y estabilidad de los núcleos atómicos, lo que ha llevado al desarrollo de importantes teorías en física nuclear.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico de rayos en relación con las radiaciones tipo alfa.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como técnico en radiología o técnico en radioterapia, juega un papel crucial en las operaciones con radiación alfa. Su función principal es garantizar la seguridad y precisión en la administración de tratamientos y procedimientos que involucran radiación alfa. Algunas de sus funciones específicas incluyen:
Preparación del equipo: El técnico de rayos es responsable de preparar y calibrar el equipo utilizado en la administración de radiación alfa, como los dispositivos de emisión y detección de partículas alfa.
Posicionamiento del paciente: Asegura que el paciente se coloque adecuadamente para recibir la radiación alfa en la región específica del cuerpo que requiere tratamiento o diagnóstico, utilizando técnicas de inmovilización y alineación precisa.
Seguridad radiológica: El técnico de rayos debe seguir estrictamente los protocolos de seguridad para proteger al paciente, al personal y al público de la exposición innecesaria a la radiación alfa. Esto incluye el uso de delantal de plomo y dispositivos de blindaje.
Control de dosis: Supervisa y controla la dosis de radiación alfa administrada al paciente, asegurándose de que se cumplan las recomendaciones y pautas establecidas por los profesionales de la salud, como los médicos y físicos médicos.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de todos los tratamientos y procedimientos realizados, incluyendo la dosis de radiación alfa administrada y los parámetros técnicos utilizados.
Mantenimiento del equipo: Realiza tareas de mantenimiento rutinario y asegura el correcto funcionamiento de los equipos de radiación alfa para garantizar la calidad y precisión de los tratamientos y diagnósticos.
Colaboración con el equipo de salud: Trabaja en estrecha colaboración con el equipo de salud, como médicos, físicos médicos y otros profesionales, para asegurar la coordinación adecuada y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos o diagnósticos.
Educación al paciente: Explica el procedimiento de manera clara al paciente y proporciona apoyo emocional y físico durante el tratamiento o estudio.
Actualización profesional: El técnico de rayos se mantiene actualizado con las últimas tecnologías y avances en el campo de la radiación alfa, participando en programas de formación y educación continua.

5 Discusión-Conclusión

El consejo del técnico de rayos para utilizar la radiación alfa de manera segura y efectiva es seguir siempre los protocolos de seguridad establecidos.
El técnico de rayos desempeña un papel esencial en las operaciones con radiación alfa al garantizar la seguridad, precisión y eficacia en los tratamientos y procedimientos, contribuyendo así al bienestar del paciente y al éxito de la terapia o diagnóstico.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 173

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS TÉCNICAS CON RADIACIÓN BETA

MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA

DAVID FERNANDEZ PEREZ

LUIS ROJAS SÁNCHEZ

LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ

1 Introducción

La radiación beta es un tipo de radiación ionizante que consiste en partículas beta, las cuales pueden ser electrones (beta negativo) o positrones (beta positivo). Estas partículas son emitidas por núcleos inestables de átomos durante un proceso conocido como desintegración beta.
En la desintegración beta negativa, un neutrón dentro del núcleo se convierte en un protón, liberando un electrón y un antineutrino. El electrón, con carga negativa, es entonces expulsado del núcleo.
En la desintegración beta positiva, un protón dentro del núcleo se convierte en un neutrón, liberando un positrón y un neutrino. El positrón, con carga positiva, es liberado del núcleo.
La radiación beta tiene mayor capacidad de penetración que la radiación alfa, pudiendo atravesar la piel y algunos materiales, pero se detiene más fácilmente que la radiación gamma. Debido a esto, su uso en aplicaciones industriales, médicas

y de investigación es relevante. Se utiliza en tratamientos de radioterapia para combatir el cáncer, así como en la detección y diagnóstico de enfermedades mediante técnicas de imagenología, como la tomografía por emisión de positrones (PET).
La seguridad es esencial al trabajar con radiación beta, y se deben seguir estrictos protocolos de protección radiológica para minimizar la exposición del personal y el público a esta forma de radiación ionizante.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico de rayos en relación con la radiación beta.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como técnico en radiología o técnico en radioterapia, juega un papel crucial en el manejo seguro y efectivo de la radiación beta. Sus funciones son fundamentales para garantizar la precisión del tratamiento y la protección tanto del paciente como del personal involucrado. A continuación, se detallan las principales funciones del técnico de rayos en relación con la radiación beta:
Preparación del equipo: El técnico de rayos es responsable de preparar y calibrar adecuadamente el equipo utilizado en el tratamiento con radiación beta. Esto incluye la verificación y ajuste de las fuentes radiactivas y el equipo de administración.
Posicionamiento del paciente: El técnico de rayos debe posicionar al paciente con precisión según las instrucciones del médico para asegurar que la radiación beta se administre en la zona de tratamiento específica y evitar daños en los tejidos sanos circundantes.

Control de dosis: Supervisa y controla la dosis de radiación beta administrada al paciente, asegurándose de que se cumplan las pautas y recomendaciones establecidas por los profesionales de la salud.
Seguridad radiológica: El técnico de rayos sigue rigurosamente los protocolos de seguridad para proteger al paciente, al personal y al público de la exposición innecesaria a la radiación beta. Esto incluye el uso de delantales de plomo y otros dispositivos de protección personal.
Registro y documentación: Lleva un registro detallado de todos los tratamientos realizados, incluyendo la dosis de radiación beta administrada y los parámetros técnicos utilizados.
Educación al paciente: Explica el procedimiento de manera clara al paciente y proporciona apoyo emocional y físico durante el tratamiento.
Mantenimiento del equipo: Realiza tareas de mantenimiento rutinario y asegura el correcto funcionamiento de los equipos de radiación beta para garantizar la calidad y precisión del tratamiento.
Colaboración con el equipo de salud: Trabaja en estrecha colaboración con el equipo de salud, incluyendo médicos y físicos médicos, para asegurar la coordinación adecuada y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
Actualización profesional: El técnico de rayos se mantiene actualizado con las últimas tecnologías y avances en el campo de la radiación beta, participando en programas de formación y educación continua.

5 Discusión-Conclusión

El técnico de rayos desempeña un papel esencial en el tratamiento con radiación beta, garantizando la seguridad, precisión y eficacia del procedimiento, contribuyendo así al bienestar del paciente y al éxito del tratamiento radioterapéutico. Su competencia técnica y su enfoque en la seguridad radiológica son fundamentales para el cuidado del paciente y el personal médico involucrado.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 174

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS TÉCNICAS CON RADIACIÓN GAMMA

MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA

DAVID FERNANDEZ PEREZ

LUIS ROJAS SÁNCHEZ

LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ

1 Introducción

Las técnicas con radiación gamma son procedimientos que involucran el uso de radiación gamma, una forma de radiación ionizante electromagnética de alta energía. Esta radiación se emite desde el núcleo de átomos inestables durante su proceso de desintegración radiactiva. A diferencia de la radiación alfa y beta, la radiación gamma no consiste en partículas, sino en fotones de alta energía similar a los rayos X.

Las técnicas con radiación gamma tienen diversas aplicaciones en campos como la medicina, la industria y la investigación. En medicina, se utilizan en procedimientos de diagnóstico, como la gammagrafía y la tomografía por emisión de positrones (PET), para obtener imágenes detalladas del interior del cuerpo y detectar anomalías o enfermedades.

En la industria, se emplean en la radiografía industrial para inspeccionar materiales y estructuras en busca de defectos o fisuras, y también en la esterilización de productos y alimentos.

En investigación, se utilizan en técnicas de espectroscopia gamma para estudiar la composición y propiedades de materiales y para analizar muestras en laboratorios.
El uso de técnicas con radiación gamma requiere un manejo cuidadoso y protocolos de seguridad para proteger a las personas expuestas y al medio ambiente de la radiación. Es esencial seguir las normativas y procedimientos establecidos para minimizar los riesgos y garantizar el beneficio máximo de estas técnicas en diversas aplicaciones científicas e industriales.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico de rayos en relación con las técnicas con radiación gamma.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como técnico en radiología o técnico en radioterapia, juega un papel esencial en la realización de técnicas con radiación gamma. Sus funciones son fundamentales para garantizar la seguridad, precisión y efectividad de los procedimientos que involucran este tipo de radiación ionizante. A continuación, se detallan las principales funciones del técnico de rayos en relación con las técnicas con radiación gamma:

Preparación del equipo: El técnico de rayos es responsable de preparar y calibrar adecuadamente el equipo utilizado en las técnicas con radiación gamma. Esto incluye la verificación y ajuste de los equipos de detección y generación de la radiación gamma.

Posicionamiento del paciente o muestra: El técnico de rayos debe posicionar al paciente o la muestra de manera precisa para asegurar que la radiación gamma

incida en la zona de interés, ya sea para diagnóstico o investigación.

Control de la dosis: Supervisa y controla la dosis de radiación gamma administrada al paciente o muestra, asegurándose de que se cumplan las pautas y recomendaciones establecidas por los profesionales de la salud o investigadores.

Seguridad radiológica: El técnico de rayos sigue estrictamente los protocolos de seguridad para proteger al paciente, al personal y al público de la exposición innecesaria a la radiación gamma. Esto incluye el uso adecuado de delantales de plomo y otros dispositivos de protección personal.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de todos los procedimientos realizados, incluyendo la dosis de radiación gamma administrada y los parámetros técnicos utilizados.

Colaboración con el equipo de salud o investigadores: Trabaja en estrecha colaboración con el equipo de salud o los investigadores para asegurar la coordinación adecuada y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos o de investigación.

Educación al paciente o equipo de investigación: Explica el procedimiento de manera clara al paciente o al equipo de investigación y proporciona apoyo emocional y físico cuando sea necesario.

Mantenimiento del equipo: Realiza tareas de mantenimiento rutinario y asegura el correcto funcionamiento de los equipos de radiación gamma para garantizar la calidad y precisión de los procedimientos.

Actualización profesional: El técnico de rayos se mantiene actualizado con las últimas tecnologías y avances en el campo de las técnicas con radiación gamma, participando en programas de formación y educación continua.

5 Discusión-Conclusión

El técnico de rayos desempeña un papel crucial en las técnicas con radiación gamma, asegurando la seguridad y eficacia de los procedimientos, así como contribuyendo al éxito de los diagnósticos o investigaciones que involucran este tipo de radiación ionizante. Su competencia técnica y su enfoque en la seguridad radiológica son fundamentales para el cuidado del paciente o el éxito de los estudios científicos.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 175

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA DE UNA PACIENTE HOSPITALIZADA

INÉS RUIZ MERCHÁN

AURORA ARIAS CARRERO

LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ

MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ

MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA

1 Introducción

La mamografía es un tipo especial de radiografía de mamas. Antes era más utilizada la analógica que la digital, es la más utilizada actualmente, ya que se puede visualizar al momento en un ordenador. La realización de una mamografía se realiza de pie delante del aparato de radiodiagnóstico, el técnico de rayos coloca las mamas sobre dos placas de plástico, las superficies presionan las mamas haciéndolas más planas, puede resultar incómodo, pero ayuda a obtener una imagen clara, para realizar un buen diagnóstico. Se realizan normalmente dos tipos

de proyecciones de las radiografías de mamas, una en posición craneocaudal y oblicua de cada mama, también existe en 3D. Un factor importante es la adecuada compresión de la mamografía de alta calidad, disminuye el grosor de la mama, la dosis y la radiación difusa, disminuye el movimiento y la desproporción geométrica. Aumenta el contraste y evita el solapamiento de estructuras. El cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres de todo el mundo y gracias a los programas de screening y los avances terapéuticos que se realizan se pueden diagnosticar cuanto antes y evitar cada vez más el cáncer de mama, se recomienda realizar mamografías de control cada 1-2 años para toda mujer asintomática de 40 años. Se puede usar para detectar el cáncer de mama en mujeres que no presentan signos ni síntomas, o también algún bulto o quiste que no sea visto con otra prueba diagnóstica como el ecógrafo. Cuanto antes se detecte antes se podrá poner un buen tratamiento eficaz e invasivo.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes pruebas que estudian la mama.
- Explicar los tipos de cáncer de mama que nos podemos encontrar.
- Conocer el cuidado hacia el paciente en las diferentes salas de diagnóstico por imagen.

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

Es importante comprender el papel que como TSID tenemos en la detección y diagnóstico del cáncer de mama, pero también es clave entender el peso que tiene ante los pacientes nuestra empatía con ellos, explicando la prueba que se le va a realizar de forma clara y tranquilizadora. El paciente puede llegar al servicio o bien para realizarse una prueba de rutina (gracias a los programas de cribado) o

por sospecha tras una exploración física. La mamografía es la prueba de elección para estudiar la mama. Son imágenes tomadas con Rayos X gracias al mamógrafo. Por lo general se toman dos radiografías de cada mama para poder estudiar con mayor precisión toda la mama. Existen también los mamógrafos 3D que consiguen una imagen tridimensional de ambas mamas. El técnico deberá aplanar el grosor de la mama lo máximo posible y presionar usando las palas del mamógrafo para evitar falsas densidades y conseguir el mejor diagnóstico posible. A pesar de todas las ventajas que ofrece esta prueba , tiene ciertas limitaciones, como el diagnóstico de falsos positivos, el uso de radiación y el dolor que puede sufrir el paciente durante la prueba. Debemos tener en cuenta que la mayoría de pacientes son mujeres y por lo que el embarazo podría ser una de las razones para la elección de otro tipo de prueba. Por ello existen otras pruebas de elección que complementan la mamografía. La ecografía toma imágenes gracias a ultrasonidos , y nos ayudan a diferenciar imágenes quísticas de lesiones sólidas y al estudio de los ganglios axilares con mayor precisión. La resonancia magnética se usa en mujeres que tienen un alto riesgo de padecer cáncer de mama, portadoras de prótesis de silicona o con mamas muy densas , usando ondas electromagnéticas. En esta prueba se usa contraste intravenoso para poder hacer una buena diferenciación de los tejidos. Esta prueba tiene muchos beneficios, ya que el estudio de la mama es mucho más específico sin usar radiación, a pesar de eso , la prueba puede ser muy incómoda para el paciente, ya que debe permanecer boca abajo durante un tiempo prolongado. Una de las desventajas de la resonancia magnética serán los pacientes no colaboradores o con claustrofobia. Una vez realizada la prueba es de interés conocer el sistema Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) con él se catalogan los resultados de las diferentes pruebas en categorías, donde:
BI-RADS 0: Se necesitan más pruebas para concluir el diagnóstico.
BI-RADS 1: Mama normal.
BI-RADS 2: Existen hallazgos de carácter benigno, que deberán seguir revisándose en las pruebas anuales.
BI-RADS 3: Hallazgos probablemente benignos, donde se suele recomendar complementar con otras pruebas como ecografía o alguna otra proyección mamografía. Y la revisión en un corto plazo de tiempo para confirmar que no hay cambios significativos.
BI-RADS 4: probablemente maligno, incluyendo la biopsia para un diagnóstico certero.
BI-RADS 5: altamente maligno. BI-RADS 6: Malignidad confirmada histológicamente.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico precoz del cáncer de mama se hace esencial para la curación de la enfermedad. Un buen método diagnóstico y prevención desde el servicio de radiodiagnóstico es crucial. Por ello el TSID debe ser conocedor de todas las pruebas que tiene a su alcance para que junto con el radiólogo, puedan valorar y diagnosticar de la manera más rápida y eficaz. Como profesionales debemos tener en cuenta que los pacientes que vienen al centro hospitalario a realizarse cualquier tipo de prueba diagnóstica , vienen nerviosos y con miedo a un posible mal resultado por lo que debemos transmitirles tranquilidad en todo momento para que ese momento sea lo menos angustioso posible.

6 Bibliografía

1.http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 176

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR ANTE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN LA SALA DE RADIOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

INÉS RUIZ MERCHÁN

AURORA ARIAS CARRERO

LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ

MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ

MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA

1 Introducción

El término ”paciente politraumatizado” se refiere a una persona que ha sufrido múltiples traumatismos y, como consecuencia, presenta lesiones traumáticas en diversas localizaciones anatómicas, biomecánicas que suponen un riesgo para la vida: colisiones de automóviles, aplastamientos y explosiones son algunas de sus causas. Dado que los errores en la realización de las proyecciones pueden

empeorar las lesiones de los pacientes, todo técnico que trabaje en la sala de radiología con estos pacientes debe estar acostumbrado a este tipo de riesgo. Para el manejo del politraumatizado se requiere comprender y realizar una acción muy específica en cuanto a cómo proceder. El profesional se ve obligado a actuar, siendo esta una de las situaciones que más le preocupa. Cuando el médico de urgencias solicita que se tomen radiografías, el paciente es atendido de manera rápida y cuidadosa. Por lo tanto, el experto será fundamental en el uso multidisciplinario del paciente politraumatizado en la sala de radiología en cuanto a las proyecciones solicitadas y así llegar al diagnóstico correcto en cuanto a las posibles lesiones. En este tipo de pacientes, las pruebas radiológicas son uno de los exámenes complementarios fundamentales porque nos aportan datos importantes y útiles. Una radiografía lateral de tórax se incluye de forma rutinaria en el proceso de planificación: columna cervical y la pelvis anteroposterior. Otros estudios, como la tomografía axial computarizada, la ecografía, se solicitarán por separado para completar el diagnóstico en función de la exploración física y las radiografías básicas previas que haga el especialista.

2 Objetivos

- Discutir la importancia del radiodiagnóstico en la evaluación de los pacientes politraumatizados.
- Presentar los objetivos clave del diagnóstico radiológico en pacientes politraumatizados.

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

La evaluación radiológica desempeña un papel crucial en la atención a los pacientes politraumatizados, ya que proporciona información detallada sobre las

lesiones internas y guía el manejo clínico. Los resultados obtenidos a través de las diferentes modalidades de imagen utilizadas en estos pacientes son fundamentales para una toma de decisiones precisa y oportuna. La radiografía es la modalidad de imagen inicial utilizada en pacientes politraumatizados debido a su disponibilidad y rapidez de obtención. Permite la identificación de fracturas óseas, desplazamientos articulares, neumotórax y signos indirectos de lesiones internas. Los hallazgos radiográficos pueden ser determinantes para la derivación a otras modalidades de imagen más específicas, como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM). La TC es ampliamente utilizada en la evaluación de pacientes politraumatizados debido a su capacidad para visualizar con precisión las lesiones en diferentes tejidos y órganos. Permite una evaluación detallada de la cabeza, el tórax, el abdomen, la pelvis y la columna vertebral, identificando lesiones traumáticas como hemorragias, contusiones, laceraciones, fracturas complejas y lesiones viscerales. Además, el TC proporcionan una visualización más precisa de las lesiones, lo que contribuye a una planificación quirúrgica más precisa. La ecografía también juega un papel importante en la evaluación de pacientes politraumatizados, especialmente en la evaluación inicial de lesiones abdominales y torácicas. Es una técnica rápida y no invasiva que permite la detección de hemorragias intraabdominales, líquido libre en la cavidad pericárdica y evaluación de órganos sólidos como el hígado, el bazo y los riñones. Además, la ecografía puede utilizarse para guiar procedimientos invasivos, como la punción de líquido libre o la colocación de drenajes. La RM se reserva para casos selectos en los que se necesita una evaluación más detallada de las lesiones, como lesiones de la médula espinal, lesiones cerebrales traumáticas o lesiones de partes blandas. La RM proporciona información sobre la extensión de las lesiones, la presencia de hemorragias intracraneales, edema cerebral y lesiones en ligamentos, tendones y cartílagos. Es importante destacar que la interpretación radiológica en pacientes politraumatizados requiere experiencia y conocimiento especializado. La colaboración estrecha entre los técnicos de radiodiagnóstico, radiólogos y otros profesionales de la salud es fundamental para una evaluación precisa y una toma de decisiones adecuada. En conclusión, la evaluación radiológica desempeña un papel esencial en la atención a los pacientes politraumatizados. Las modalidades de imagen, como la radiografía, la TC, la ecografía y la RM, proporcionan información detallada sobre las lesiones internas, lo que permite una toma de decisiones precisa y oportuna. La colaboración multidisciplinaria y el conocimiento especializado son clave para garantizar una atención integral y efectiva a estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del servicio de radiodiagnóstico en la evaluación y manejo de pacientes politraumatizados es de suma importancia. A través de diversas modalidades de imagen, como la radiografía, la tomografía computarizada (TC) y la ecografía, se obtiene información valiosa que contribuye a la toma de decisiones clínicas y al tratamiento adecuado de estos pacientes. Los resultados radiológicos desempeñan un papel crucial en la detección y caracterización de las lesiones internas, como fracturas óseas, hemorragias, laceraciones y lesiones viscerales. Estos resultados son fundamentales para la planificación quirúrgica, la administración de terapias y la monitorización de la respuesta al tratamiento.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 177

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN CUANTO A LA RADIOLOGÍA PORTÁTIL

INÉS RUIZ MERCHÁN

AURORA ARIAS CARRERO

LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ

MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ

MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA

1 Introducción

Las placas deben realizarse con equipos portátiles, que es uno de los servicios que el TSID debe ofrecer al hospital. Suelen utilizarse cuando el paciente no puede ser trasladado al servicio de rayos X, ya sea por su propia seguridad o por la seguridad de los pacientes dado que el paciente está siendo atendido por separado de los demás pacientes y miembros del personal. Es posible que las exploraciones sean simples radiografías de tórax. cualquier parte del cuerpo, como extremidades, etc. Sin embargo, deben estar preparados para realizarlos en cualquier parte del cuerpo. El técnico en imagen y diagnóstico deberá apegarse a ciertos protocolos establecidos porque estará en un área donde estarán presentes muchos empleados y pacientes. Por ejemplo, deben usar delantales de plomo porque estarán en

una habitación sin características de seguridad, como paredes de plomo. porque utilizar estas técnicas en entornos no controlados conlleva un riesgo. Dado que un error en su implementación representa un riesgo para el técnico, los pacientes y otros profesionales de la salud, es importante comprender todos los conceptos y técnicas antes de comenzar cualquier preparación. Aunque hay más equipos de radiología portátil disponibles, es posible que la mayoría de los hospitales tengan equipos digitales.

2 Objetivos

Conocer los protocolos y las medidas de radiología portátil para que la administración de estas pruebas sea lo más eficaz y eficiente posible por el técnico superior en imagen y diagnóstico.

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

Existe una amplia gama de equipos, y antes de empezar a trabajar con ellos, necesitamos adquirir conocimientos técnicos sobre su funcionamiento para poder realizar nuestro trabajo. Es posible que la mayoría de los hospitales dispongan de equipos digitales, pero todavía existen equipos más viejos que a pesar de ser más lentos, debemos desarrollar nuestro trabajo y acostumbrarnos. La mayoría de las solicitudes de portátiles son para radiografías de tórax sencillas, aunque también son posibles las solicitudes de radiografías de tórax para pacientes en decúbito prono y abdomen simple. Estas solicitudes son para evaluar sondas nasogástricas, catéteres centrales, sondas de drenaje, etc. La importancia de las pruebas de diagnóstico no se puede exagerar para muchos departamentos hospitalarios, pero es especialmente crucial para los pacientes en la unidad de cuidados intensivos

(UCI), que son los pacientes más enfermos e inestables de todo el centro y los que más lo necesitan.
Para realizar las pruebas, debemos considerar una serie de elementos que influyen en la calidad de la imagen:
- La colimación es el proceso de enfocar el haz de radiación en el área de estudio.
- Centrado del haz: para evitar distorsiones de la imagen, el haz de radiación debe ser lo más perpendicular posible a la película.
- El llamado criterio "alara", que exige mantener todas las exposiciones a la radiación ionizante lo más bajas posible, es el requisito principal de protección radiológica.
- El uso de kV elevados permite reducir la dosis del paciente y el tiempo de exposición, pero se obtienen imágenes menos contrastadas. Se utiliza bajo kV, lo que aumenta la dosis del paciente y el tiempo de exposición, pero permite la creación de imágenes con mejor contraste.
Debemos tener en cuenta lo siguiente a la hora de protegernos durante las pruebas portátiles:
- Al disparar, deberá mantener la mayor distancia posible de la radiación directa. Es crucial usar las técnicas correctamente porque la radiación dispersa, que viaja en todas direcciones y nos afecta más, es la más dañina. Debemos tener en cuenta para reducir la exposición.
- Distancia.
- Tiempo.
- Equipo de protección individual, como chaleco de plomo, guantes de plomo y tiroides de plomo. Estar protegido de la radiación en el desempeño de nuestras funciones es lo más importante para el buen uso de todos estos equipos.

5 Discusión-Conclusión

Para utilizar sus conocimientos tanto para la protección radiológica como para la obtención de imágenes de diagnóstico, los técnicos superiores en imagen y diagnóstico deben tener claro su experiencia en la materia. Trabajar con equipos portátiles es crucial a nivel hospitalario porque nos permite acceder a áreas como cuidados intensivos y unidades de cuidados críticos, lugares donde los pacientes no pueden viajar al servicio de rayos X. Destacar también la importancia de adherirse a los protocolos de protección radiológica que están directamente relacionados con la obtención de imágenes con las dosis y métodos adecuados, de calidad. Las mejoras en la carga de energía, la claridad de la imagen, la movilidad

y el control de la unidad son actualmente populares en los dispositivos portátiles, junto con un menor uso.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 178

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LAS PRUEBAS DE OSMOLALIDAD QUE MIDEN LA CANTIDAD DE CIERTAS SUSTANCIAS EN LA SANGRE, LA ORINA O LAS HECES

CONCEPCIÓN MORALES SUÁREZ

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

SUSANA MONTES GARCIA

LAURA GARRIDO CATALÁ

MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

En el laboratorio clínico podemos determinar la osmolaridad de una muestra, que es la medida de la concentración del número de partículas disueltas en una solución. Esta determinación es muy importante para poder conocer los parámetros de una osmolaridad de una muestra y así poder disponer de una gran variedad de estudios fisiológicos a la hora de conocer cómo se produce la difusión de sustancias mediante las membranas celulares. La osmolaridad de una muestra nos pueden ayudar a conocer si existe un desequilibrio de líquidos en el cuerpo, esto

puede deberse a varios factores diferentes, como puede ser un consumo excesivo de sal, por enfermedades coronarias o incluso enfermedades en los riñones. La osmolaridad se puede determinar en diferentes muestras, como por ejemplo en suero, en plasma, en orina o en heces. Es una prueba muy fácil para realizar y sin ningún riesgo, ya que dependiendo del tipo de muestra solo se necesita o bien una extracción de sangre o una recogida de heces o de la orina a analizar. El método empleado en la determinación de la osmolaridad se basa en estudio del descenso que se genera en el punto de congelación de la muestra, para lo cual utilizaremos un osmómetro.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar la importancia de la determinación de la prueba de la osmolaridad en el laboratorio clínico.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha llevado a cabo una investigación en diferentes bibliografías sobre literatura científica, tanto en libros como en artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y se han consultado en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El método empleado en la determinación de la osmolaridad se basa en estudio del descenso que se genera en el punto de congelación de la muestra, para lo cual utilizaremos un osmómetro, ya sea en suero o en orina, se centrifuga con el fin de eliminar restos de partículas. A medida que la muestra tiene lugar la cristalización, se produce calor de fusión y dicha temperatura se compara con resultados de patrones conocidos. Los resultados obtenidos se expresan en moles/kg.
Con la ayuda de esta prueba se puede medir la cantidad de ciertas sustancias tanto en sangre, orina e incluso en heces. Se puede comprobar la existencia de sustancias como la glucosa, la urea, sodio, potasio y el cloruro, por lo tanto, nos permite estudiar si se tiene un desequilibrio de líquidos en el cuerpo.
Se puede comprobar el equilibrio entre el agua y ciertas sustancias de las muestras, se puede comprobar si se ha ingerido algún veneno y también ayuda a diagnósticas diabetes insípida, una patología de los riñones.

Los síntomas de un desequilibrio de líquidos en el organismo pueden ser muy comunes, como tener mucha sed, náuseas o vómitos, dolores fuertes de cabeza, también es posible la sensación de confusión o de fatiga e incluso tener convulsiones.
Unos resultados anormales en cuanto a una osmolaridad en heces puede significar y determinar patologías como una diarrea facticia, la cual es producida por un exceso de laxantes, o también puede terminar una malabsorción, que es indicativo de que los alimentos que se están ingiriendo no están siendo bien digeridos ni los nutrientes de estos están siendo bien absorbidos. En la orina será determinante para enfermedades del hígado, riñones e insuficiencia cardiaca.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer la determinación de la osmolaridad para comprobar el equilibrio de ciertas sustancias en el cuerpo, permite diagnosticar deshidratación e hiperhidratación, también para poder descartar en ciertos casos la diabetes insípida, una patología que se produce en los riñones y que causa deshidratación.
La osmolaridad se puede determinar en diferentes muestras, como por ejemplo en suero, en plasma, en orina o en heces. Es una prueba fácil para realizar y que no conlleva riesgo, ya que dependiendo del tipo de muestra solo se necesita o bien una extracción de sangre o una recogida de heces o de la orina a analizar

6 Bibliografía

-https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-de-osmolalidad/#::text=Las%20pruebas%20de%20osmolalidad%20miden,el%20potasio%20y%20el%20cloruro.
-https://www.labtestsonline.es/tests/osmolalidad

Capítulo 179

TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA DE STREPTOCOCCUS PYOGENES EN MUESTRAS FARINGOAMIGDALARES

CONCEPCIÓN MORALES SUÁREZ

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

SUSANA MONTES GARCIA

LAURA GARRIDO CATALÁ

MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El estreptococo pyogenes es un microorganismo del grupo de las bacterias en forma de cocos es decir de forma esférica se caracteriza por agruparse formando cadenas de cuatro a diez células.En su pared celular existe el antígeno tipo A de la clasificación de Lancefield y hace hemolisis tipo beta -hemólisis cuando se cultiva en agar sangre.
Son bacterias invasoras ,su principal vía de entrada es la respiratoria.
Son bacterias Gram positivas con esto queremos decir que cuando realizamos la tinción de Gram se mostraran de un color violeta .
Esta bacteria puede estar en nuestra microbiota normal y mostrarnos ante ella asintomáticos.

Son microorganismos aerobios pero tiene también la capacidad de aguantar ante un medio anaerobio esto quiere decir con falta de oxígeno se denominan anaerobios facultativos .
Donde se suelen encontrar es en la orofaringe y la cavidad nasal y esto es debido a que al respirar es donde primero llega el oxígeno.Los lugares que va a invadir son: oído ,articulaciones ,nariz , garganta, pulmones ,corazón y tejidos subcutáneos.
Es productor de toxinas que son tóxicas para las células del ser humano generando tras su liberación inflamación la muerte solar y el daño que caracteriza a la invasión bacteriológica .
Se encuentra en el aire ,tierra, agua y superficies contaminadas .

2 Objetivos

- Describir la bacteria estreptococo pyogenes así como las pruebas bioquímicas específicas para este tipo de bacteria por el tecnico de 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, utilizando varias palabras claves tales como enfermedades producidas por pyogenes, tinción de Gram, medios selectivos, enfermedades supurativas y no supurativas, infecciones por estreptococos.

4 Resultados

El estreptococo pyogenes es uno de los patógenos humanos más comunes con la capacidad de producir enfermedades supurativas y no supurativas. Entre las supurativas se encuentran la faringitis bacteriana produciendo también otitis media ,mastitis ,impétigo que es la infección en las capas superficiales de la piel.También produce infección en las capas profundas que se llama erisipela y en casos muy graves fascitis necrotizante que es por lo que se la conoce como ”bacteria comedora de carne ”
Dentro de las no supurativas tenemos fiebre reumática y las glomerulonefritis .
Es una bacteria Gram-positiva de forma esférica y con una organización en forma de cadenas ,estas estructuras y características se pueden observar mediante la

tinción de Gram.
La tinción de Gram es una prueba rápida que detecta bacterias donde se supone que hay una infección cómo puede ser la garganta ,los pulmones ,genitales o cualquier herida en la piel con ella ,también se pueden detectar en los fluidos corporales como puede ser, la sangre o la orina.
Esta técnica nos ayuda en la primera clasificación de las bacterias.Con ella observaremos tanto la organización de las bacterias que pueden ser en racimos o en cadenas como su coloración.
Hay dos clasificaciones principales que dependerá de como reaccione esa bacteria a la tinción de Gram que es de color púrpura.Las bacterias que se observen al microscopio de una coloración púrpura o violeta serán Gram positivas y las se muestran de un color rosado serán Gram negativas.Esta técnica permite iniciar un tratamiento oportuno
Típicamente estas bacterias producen un halo alrededor de sus colonias cuando se siembran en un agar sangre que se denomina beta -hemólisis .Es una hemólisis total es decir hay una destrucción completa de los glóbulos rojos . Puede ser encapsulado por lo que es resistente a la fagocitosis y son las responsables de las infecciones sistémicas graves.
Diagnóstico en el laboratorio:
- Realizando pruebas inmunológicas que en ellas se utilizan anticuerpos que reaccionan con los carbohidratos que esta bacteria tiene (antígeno A)se puede identificar al s.pyogenes en un frotis sanguíneo.
- cultivo para realizar un diagnóstico etiológico se realizará en agar sangre con una extensión que nos permita aislar a las colonias ,nos aparecen a las 48 horas unas colonias blancas o grises y a veces con una apariencia mucosa.
- Antibiograma :esta siembra se hará en placas de Petri de Mueller Hinton se estudia la penicilina, eritromicina y clindamicina
-Test rápidos de detección de antígeno ,para detectar el antígeno carbohidrato específico de la pared celular del grupo A .
-Técnicas moleculares que detectan fragmentos de ácido nucleico.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico de laboratorio es clave para el aislamiento de dicha bacteria. Necesita ser conocedor de todas técnicas que se deben utilizar en un laboratorio clínico así como en qué medios diferenciales deben ser sembrados.
La mala praxis de cualquier procedimiento y el no conocimiento de ellos nos llevaría al enlentecimiento de los resultados y como consecuencia dar un

tratamiento tardío al paciente, con las consecuencias que esto puede acarrear al paciente y a todo el personal sanitario que esté a su servicio.
Dado que es una bacteria que puede producir muchas patologías ,se tendría que actuar en la inmediatez y ponerse en contacto con el personal sanitario a los primeros síntomas que la persona sintiese.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.
_ https://es.wikipedia.org.
- https://.mayoclinic.org

Capítulo 180

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL RECUENTO DE PLAQUETAS

CONCEPCIÓN MORALES SUÁREZ

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

SUSANA MONTES GARCIA

LAURA GARRIDO CATALÁ

MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El conteo de glóbulos blancos en laboratorio es una técnica, en la que se utiliza el conteo de los principales glóbulos blancos (neutrófilos, linfocitos, monocitos, eosinófilos y basófilos) que forman parte del sistema inmunitario, que participan en la lucha de procesos, tanto infecciosos como víricos, donde los niveles de estas células sanguíneas se verían alterados. Es utilizada principalmente para la detección y seguimiento de procesos infecciosos y víricos, así como de enfermedades que afectan al sistema inmunitario de forma temporal o crónica.
Este conteo, también nos serviría para la detección de otros tipos de enfermedades, ya fuera por una aumento o disminución de estas células sanguíneas, siendo estas afectadas de una forma directa o indirecta por dicha enfermedad.
En recién nacidos se realizará de forma rutinaria para comprobar el buen estado de su sistema inmunitario, y comprobar que no existe ningún problema de salud grave.

Hay que tener en cuenta, que este procedimiento tan solo recuenta los glóbulos blancos en sangre de una forma global, por lo que en alguna ocasiones esta prueba se ve reforzada con una prueba denominada fórmula leucocitaria, donde si se lleva a cabo el conteo de cada tipo de glóbulos blancos presentes en la muestra recibida del paciente en cuestión (también puede ser solicitado: un frotis sanguíneo, hemograma, frotis de médula ósea, etc.).
Estas dos técnicas son realizadas en todos los laboratorios donde se analiza sangre de pacientes, ya que permiten valorar de una forma eficaz el estado del sistema inmunitario del paciente, siendo así pruebas de apoyo a la hora de diagnosticar los pacientes atendidos.

2 Objetivos

Explicar e indicar los valores normales y patológicos de glóbulos blancos por parte del técnico de laboratorio en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la confección del actual capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica mediante una búsqueda sistemática en las siguientes fuentes de datos: MedlinePlus, Pubmed, Dialnet y Scielo, de donde se han seleccionado tanto artículos científicos como libros para su análisis posterior siendo todos estos revisados académicamente, utilizando en la búsqueda los siguientes descriptores: glóbulos, blancos y conteo.

4 Resultados

Los niveles normales de glóbulos blancos en un paciente sano en el torrente sanguíneo son de 4500 a 11000 GB por microlitro (dependiendo del laboratorio que efectúe el conteo podrá existir una variación en los niveles que se consideran normales), pudiendo existir variaciones por la edad de los pacientes (como por ejemplo: los niños recién nacidos los niveles estarían al entorno de los 9.000 a 30.000 por mm3) o por tratamientos que estos estén recibiendo.
Unos niveles superiores a los normales sería indicativo una leucocitosis, lo cual podría suponer que el paciente está sufriendo una infección producida tanto por una bacteria como por un virus, que el paciente sufre algún proceso alérgico o enfermedad inflamatoria, algún tipo de leucemia, incluso este ascenso puede ser

producido tras una operación o daño significativo de los tejidos por quemaduras graves.
Unos niveles inferiores a los normales serían indicativos de una leucopenia, lo cual podría suponer: daños en la médula ósea (producidos por una infección, enfermedades como el cáncer de médula, o porque el paciente ha recibido tratamientos como la quimioterapia), trastornos autoinmunitarios (como podría ser el lupus), o que el paciente sufre VIH o sida (por la destrucción de los linfocitos T).
Si la prueba es pedida para el seguimiento del estado de un paciente, los resultados de esta prueba nos estarían indicando si el estado del sistema inmunitario del paciente está mejorando, o en su defecto está empeorando con el tratamiento recibido por el médico. Es decir, si los niveles vuelven a la a unos valores dentro de la normalidad, indicaría que el tratamiento es eficaz, mientras que si estos niveles disminuyen o aumentan por encima por debajo de los niveles normales, sería indicativo de que el tratamiento no surte efecto en esta situación.
No hay que descartar que existen otras posibilidades, para que los resultados del conteo sean anormales, como por ejemplo, el uso de fármacos antitiroideos o diuréticos, los cuales pueden llegar a alterar los resultados de estas pruebas, provocando errores en los datos obtenidos e impidiendo que estos puedan ser utilizados para el diagnóstico final del paciente, creando la necesidad por parte del médico a la realización de un mayor número de pruebas para el paciente, teniendo en cuenta la sintomatología, resultados del examen físico, e historia clínica del paciente en cuestión.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva se trata de una prueba poca invasiva, ya que solo habremos de tomar una muestra de sangre venosa procedente de uno de los brazos del paciente, llegando solo a producir una pequeña molestia temporal a la hora de introducir y retirar la aguja. Tan solo variará la zona de toma si el paciente es un bebé, ya que esta se tomará del talón recogiendo un par de gotas, de la cual obtendremos la información suficiente para conocer de una forma rápida y sencilla el estado actual del sistema inmunitario del paciente atendido, así como si el médico está realizando un seguimiento de un tratamiento y es necesario saber si este está funcionando correctamente, o se está realizando el seguimiento de una enfermedad crónica que afecte a las células del sistema inmunitario para conocer si su evolución está siendo la espera o ha sufrido alguna alteración inesperada.

6 Bibliografía

1. https://dialnet.unirioja.es/.
2. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/.
3. https://medlineplus.gov/.
4. https://scielo.org/es/

Capítulo 181

ACTUALIZACIONES DEL CAPÍTULO 12 DE LA CIE-10. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO

JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO

1 Introducción

La CIE-10, que fue publicada por la OMS en 1992, es una herramienta fundamental utilizada en todo el mundo para la gestión de los sistemas de salud. Su objetivo es la codificación y registro de enfermedades, lo que permite la identificación, comparación y análisis de datos, y contribuye a una mejor calidad de atención sanitaria y de la vigilancia epidemiológica.

El capítulo 12 de la CIE-10-ES denominado enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, se encarga de clasificar la mayoría de las enfermedades relacionadas con la piel, el tejido subcutáneo y las estructuras relacionadas como las glándulas sudoríparas, sebáceas, folículos pilosos, uñas y pelo.

Este capítulo se encuentra incluido en la categoría que va desde el L00 al L99, ambos incluidos. Cabe destacar que, aunque hay algunas enfermedades dermatológicas específicas que se encuentran clasificadas en otros capítulos, la mayoría se encuentra en el capítulo 12 de la CIE-10.

Además, en este capítulo, los términos dermatitis y eccema se utilizan indistintamente para describir una inflamación de la piel.

Hay que destacar que detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para mejorar los resultados de salud y la CIE-10 es una herramienta

esencial para identificar, registrar y hacer seguimiento a estas enfermedades.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es examinar el Capítulo 12 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 de la piel y del tejido subcutáneo.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión, se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura relevante sobre el Capítulo 12 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

Las infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L08) requieren un código adicional (B95-B97) para identificar el agente infeccioso presente. Cuando existe una celulitis junto con una úlcera de piel, ambos códigos deben asignarse según la circunstancia de la admisión y el germen conocido. En el caso de una herida complicada que presenta celulitis asociada, se codifica primero la herida complicada, seguida de la celulitis y el agente infeccioso si es conocido.

Los trastornos de la piel y del tejido subcutáneo relacionados con la radiación (L55-L59) se clasifican según las lesiones causadas por la luz solar, las radiaciones ionizantes y no ionizantes. Para identificar el origen de la radiación, se utiliza un código adicional (W88 para exposición a radiaciones ionizantes, W89 para exposición a luz visible y ultravioleta hecha por el hombre, W90 para exposición a otra radiación no ionizante, X32 para exposición a la luz del sol).

Las complicaciones intraoperatorias y posprocedimiento de la piel y del tejido subcutáneo (L76) se clasifican según si ocurren durante un procedimiento dermatológico u otro tipo de procedimiento. Es importante especificar la relación causa-efecto en la documentación. Algunas complicaciones se encuentran en el capítulo 19 y deben seguirse las convenciones del índice alfabético. Cuando una

complicación sea el motivo del ingreso, se debe secuenciar el código correspondiente en primer lugar, seguido de los códigos necesarios para describir completamente la afección.

En la categoría de otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo (L80-L99), se encuentran códigos como L89 para úlceras por presión y L97 para úlceras crónicas no debidas a presión en extremidades inferiores, que identifican la localización y la gravedad de la úlcera.

La asignación de estos códigos debe basarse en la documentación detallada de la historia clínica para garantizar la precisión en la clasificación.

Es importante destacar que el Capítulo 12 de la CIE-10 ha sufrido varias actualizaciones desde su publicación original en 1992. Estas actualizaciones incluyen nuevas categorías y subcategorías para las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, lo que permite una mejor identificación y registro de estas enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

El capítulo 12 de la CIE-10 contribuyen a una mejor comprensión de las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo y su clasificación, lo que puede mejorar la prevención, detección temprana y tratamiento de estas enfermedades en todo el mundo. La CIE-10 se ha utilizado ampliamente en todo el mundo y es una herramienta esencial para la gestión de los sistemas de salud y la investigación en salud pública.

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 182

ACTUALIZACIONES DEL CAPÍTULO 13, ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO, DE LA CIE-10

JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO

1 Introducción

La CIE-10-ES es un sistema de clasificación de enfermedades que permite la comparación de datos de salud a nivel mundial y es esencial para la investigación médica. El capítulo 13 de la CIE-10-ES presenta instrucciones y convenciones de codificación específicas que deben ser seguidas para describir completamente una afección.

El capítulo 13 de la CIE-10-ES se centra en las enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo, que incluyen afecciones como la osteoporosis, la artritis y la fibromialgia. Este capítulo presenta instrucciones y convenciones de codificación específicas al principio del mismo y bajo las categorías, subcategorías o códigos, por lo que es preciso revisar bien el Índice Alfabético y la Lista Tabular. Clasifica las enfermedades en las categorías M00 a M99.

Es importante destacar que muchas de estas instrucciones hacen referencia a la necesidad de utilizar códigos del capítulo 13 junto a códigos de otros capítulos para describir completamente una afección. Por ejemplo, si un paciente tiene una osteomielitis aguda en el primer dedo del pie derecho, se deben utilizar códigos

adicionales para describir la causa externa de la enfermedad, como una lesión o una infección.

Además, se deben utilizar códigos adicionales para describir cualquier complicación o síntoma adicional que presente el paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es examinar el Capítulo 13 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 del sistema osteomuscular y del tejido conectivo.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura relevante sobre el Capítulo 13 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. También se revisaron las actualizaciones más recientes del Capítulo 13 de la CIE-10 para examinar los cambios y mejoras en la clasificación de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo.

4 Resultados

La codificación de enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo puede ser complicada debido a la necesidad de utilizar códigos adicionales y de causa externa para describir completamente una afección. A continuación, se presentan algunos ejemplos de cómo se deben utilizar estos códigos adicionales para describir enfermedades específicas.

En el caso de una fractura de cadera, se deben utilizar códigos adicionales para describir la causa externa de la fractura, como una caída o un accidente. Además, se deben utilizar códigos adicionales para describir cualquier complicación o síntoma adicional que presente el paciente, como dolor o inflamación.

En el caso de la osteoporosis, se deben utilizar códigos adicionales para describir la causa subyacente de la enfermedad, como la menopausia o el uso prolongado

de ciertos medicamentos. Además, se deben utilizar códigos adicionales para describir cualquier complicación o síntoma adicional que presente el paciente, como fracturas o dolor óseo.

En el caso de la artritis reumatoide, se deben utilizar códigos adicionales para describir la causa subyacente de la enfermedad, como la predisposición genética o la exposición a ciertos factores ambientales. Además, se deben utilizar códigos adicionales para describir cualquier complicación o síntoma adicional que presente el paciente, como dolor articular o inflamación.

En el caso de la fibromialgia, se deben utilizar códigos adicionales para describir cualquier complicación o síntoma adicional que presente el paciente, como fatiga o dolor muscular. Además, se deben utilizar códigos adicionales para describir cualquier tratamiento que se esté utilizando para tratar la enfermedad, como terapia física o medicamentos.
La codificación adecuada de enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo es esencial para la recopilación de datos de salud y la investigación médica. La utilización de códigos adicionales y de causa externa es necesaria para describir completamente una afección y para identificar patrones y tendencias en la incidencia de estas afecciones. Los ejemplos presentados anteriormente ilustran la importancia de la codificación adecuada para llevar a cabo un análisis veraz de los problemas de salud de la población.

5 Discusión-Conclusión

La codificación de enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo es una parte esencial de la atención médica moderna. La CIE-10-ES es un sistema de clasificación de enfermedades que permite la comparación de datos de salud a nivel mundial y es esencial para la investigación médica. El capítulo 13 de la CIE-10-ES presenta instrucciones y convenciones de codificación específicas que deben ser seguidas para describir completamente una afección.

La codificación adecuada de estas enfermedades es esencial para la recopilación de datos de salud y la investigación médica. La utilización de códigos adicionales y de causa externa es necesaria para describir completamente una afección y para identificar patrones y tendencias en la incidencia de estas afecciones.

Además, la codificación adecuada de enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo puede ayudar a los profesionales de la salud

a identificar patrones y tendencias en la incidencia de estas afecciones, lo que puede ayudar a mejorar la atención médica y la prevención de enfermedades.

6 Bibliografía

1. eCIE-Maps - CIE-10-ES diagnóstico. (s. f.). https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html.

Capítulo 183

ACTUALIZACIONES DEL CAPÍTULO 14, ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO, DE LA CIE-10

JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO

1 Introducción

El capítulo 14 de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) se centra en las enfermedades del aparato genitourinario. Este capítulo es de gran importancia para la práctica clínica, ya que aborda una amplia variedad de patologías que afectan a esta área del cuerpo humano. En este capítulo se presentan los códigos y criterios diagnósticos para las diferentes enfermedades del aparato genitourinario, lo que permite una codificación precisa y uniforme de las mismas.

El capítulo 14 de la CIE-10 se divide en varias secciones, cada una de las cuales se centra en una categoría específica de enfermedades. Por ejemplo, la sección N00-N08 se refiere a las enfermedades renales y del tracto urinario, mientras que la sección N20-N23 se centra en las enfermedades de la vejiga y la uretra. Cada sección incluye una lista detallada de códigos y criterios diagnósticos para las diferentes enfermedades.

Además de los códigos y criterios diagnósticos, el capítulo 14 de la CIE-10 también incluye información sobre la epidemiología, la etiología y el tratamiento de las diferentes enfermedades del aparato genitourinario. Esta información es de gran importancia para la práctica clínica, ya que permite una comprensión

más profunda de las diferentes patologías y una mejor atención a los pacientes afectados.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es examinar el Capítulo 14 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 del sistema genitourinario.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura relevante sobre el Capítulo 14 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. También se revisaron las actualizaciones más recientes del Capítulo 14 de la CIE-10 para examinar los cambios y mejoras en la clasificación de las enfermedades del sistema genitourinario.

4 Resultados

A continuación, se presentan algunos ejemplos de enfermedades y códigos que se encuentran en este capítulo.

En primer lugar, las infecciones del tracto urinario (ITU) son una de las patologías más comunes del aparato genitourinario. La sección N10-N16 de la CIE-10 se refiere a las enfermedades renales y del tracto urinario, y en particular, la subsección N30-N39 se centra en las enfermedades del tracto urinario. Los códigos N30 y N39 se utilizan para las infecciones del tracto urinario no especificadas y otras enfermedades del tracto urinario, respectivamente. Además, la sección N70-N77 se refiere a las enfermedades inflamatorias del aparato genital femenino, y el código N76 se utiliza para la infección del tracto genital femenino no especificada.

Otra patología común del aparato genitourinario es la hipertensión y la enfermedad renal crónica (ERC). La sección N00-N08 se refiere a las enfermedades renales y del tracto urinario, y la subsección N17-N19 se centra en la insuficiencia

renal aguda y crónica. El código N18 se utiliza para la enfermedad renal crónica, mientras que el código I12 se utiliza para la hipertensión renovascular.

Además de las enfermedades específicas, la CIE-10 también incluye información sobre la epidemiología, la etiología y el tratamiento de las diferentes patologías del aparato genitourinario. Por ejemplo, la sección N40-N53 se refiere a las enfermedades de la próstata y del sistema reproductor masculino, y proporciona información sobre la prevalencia y los factores de riesgo de estas enfermedades. La sección N60-N64 se refiere a las enfermedades de la mama, y proporciona información sobre la etiología y el tratamiento del cáncer.

Los resultados de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) en el capítulo 14 sobre las enfermedades del aparato genitourinario son de gran importancia para la práctica clínica.

5 Discusión-Conclusión

La CIE-10 proporciona una lista detallada de códigos y criterios diagnósticos para las diferentes enfermedades del aparato genitourinario, lo que permite una codificación precisa y uniforme de las mismas. Además, la CIE-10 también incluye información sobre la epidemiología, la etiología y el tratamiento de las diferentes patologías, lo que permite una comprensión más profunda de las mismas y una mejor atención a los pacientes afectados.

Es importante que los profesionales de la salud estén familiarizados con los códigos y criterios diagnósticos del capítulo 14 de la CIE-10 y los utilicen de manera adecuada en su práctica clínica diaria. Esto permitirá una mejor atención a los pacientes y una evaluación más precisa de la calidad de la atención médica.

6 Bibliografía

1. eCIE-Maps - CIE-10-ES diagnóstico. (s. f.). https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html.

Capítulo 184

ACTUALIZACIONES DEL CAPÍTULO 15, EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, DE LA CIE-10

JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO

1 Introducción

El capítulo 15 de la CIE-10 es uno de los más importantes dentro de esta clasificación internacional de enfermedades. Este capítulo se centra en las enfermedades y complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, y es fundamental para garantizar una correcta identificación y registro de estas patologías.

El capítulo 15 de la CIE-10 incluye una amplia variedad de códigos que permiten identificar y clasificar las enfermedades y complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Estos códigos se dividen en diferentes categorías, que van desde las afecciones relacionadas con el embarazo y el parto hasta las complicaciones que pueden surgir durante el puerperio.

Una de las principales ventajas del capítulo 15 de la CIE-10 es que permite a los profesionales de la salud identificar y registrar de manera precisa y eficiente las enfermedades y complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Esto es fundamental para garantizar una atención médica adecuada y oportuna a las mujeres embarazadas y recién paridas, y para prevenir complicaciones graves que puedan poner en riesgo su salud y la de sus bebés.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es examinar el Capítulo 15 de la CIE-10, evaluar su importancia en la práctica clínica y abordar las implicaciones de los cambios recientes en este capítulo para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.

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 capítulo 15 de la CIE-10 es una herramienta fundamental para los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito de la obstetricia y la ginecología. Este capítulo se centra en las enfermedades y complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, y es esencial para garantizar una correcta identificación y registro de estas patologías.
Los códigos que se incluyen en el capítulo 15 de la CIE-10 permiten identificar y clasificar una amplia variedad de enfermedades y complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Algunos ejemplos de estos códigos son:
- O26.839: Enfermedad renal relacionada con el embarazo, trimestre no especificado.
- N13.2: Hidronefrosis con obstrucción litiásica renal y ureteral.
- O94: Secuelas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
- O00-O08: Embarazo con resultado abortivo.
- Z33.2: Contacto para interrupción voluntaria del embarazo.

Estos códigos permiten a los profesionales de la salud identificar y registrar de manera precisa y eficiente las enfermedades y complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Esto es fundamental para garantizar una atención médica adecuada y oportuna a las mujeres embarazadas y recién paridas, y para prevenir complicaciones graves que puedan poner en riesgo su salud y la de sus bebés.

El capítulo 15 de la CIE-10 establece normas generales que deben seguirse para garantizar una correcta codificación de las enfermedades y complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Por ejemplo, los códigos del capítulo 15 solo deben utilizarse en la codificación del episodio de la madre, nunca en el episodio del recién nacido. Asimismo, los códigos de este capítulo tienen prioridad en la secuencia de codificación sobre los códigos de otros capítulos.
Un ejemplo de la importancia de la codificación precisa en este capítulo es el código O26.839, que se utiliza para identificar la enfermedad renal relacionada con el embarazo en un trimestre no especificado. Este código permite a los profesionales de la salud registrar y hacer seguimiento de las mujeres embarazadas que presentan esta complicación, lo que a su vez facilita la planificación y el manejo adecuado de su atención médica.
Otro ejemplo es el código Z33.2, que se utiliza para el contacto relacionado con la interrupción voluntaria del embarazo. Este código permite identificar y registrar los casos en los que una mujer busca atención médica para someterse a un aborto voluntario, lo que es fundamental para la planificación y la provisión de servicios de salud reproductiva.
Es importante destacar que la correcta codificación en el capítulo 15 de la CIE-10 requiere una documentación clínica completa y precisa. En algunos casos, puede haber situaciones en las que la documentación sea insuficiente para determinar el trimestre del embarazo o la aclaración necesaria. En estos casos, se debe utilizar el código correspondiente que indique esta falta de información.

5 Discusión-Conclusión

La CIE-10 es un recurso fundamental para los profesionales de la salud que trabajan en el campo de la obstetricia y la ginecología. Este capítulo permite identificar y clasificar una amplia variedad de enfermedades y complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, lo que es esencial para garantizar una atención médica adecuada y oportuna a las mujeres embarazadas y recién paridas.
La correcta codificación de las enfermedades y complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio es crucial para la gestión de la atención médica y la investigación en este campo. Los códigos del capítulo 15 de la CIE-10 permiten recopilar datos precisos y comparables a nivel nacional e internacional, lo que facilita el análisis epidemiológico y la toma de decisiones en salud pública.

6 Bibliografía

1. eCIE-Maps - CIE-10-ES diagnóstico. (s. f.). https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html.

Capítulo 185

EL TECNICO DE RAYOS Y EL PROCESO PARA UNA IMAGEN DE MANO DE UN PACIENTE

MARÍA CEBRIÁN DÍAZ

MERCEDES NAVARRO GARRIDO

MARIA ISABEL DELGADO RODRIGUEZ

1 Introducción

La radiografía de la mano la realiza habitualmente un técnico superior en radiodiagnóstico para la imagen en una sala de radiología convencional ya bien sea en un hospital o en el consultorio de un centro de salud. Normalmente se realiza colocando la mano del paciente o bien sobre una placa de rayos x o sobre la mesa si es una sala digital y el paciente debe de mantener la mano muy quieta a medida que se vaya tomando la imagen. Existen diferentes proyecciones radiológicas dependiendo de la lesión que se quiera estudiar entonces el paciente deberá modificar la posición de la mano a medida que se vayan cambiando las proyecciones. Habitualmente en las radiografías de la mano se suele realizar para detectar o bien fracturas, tumores, objetos extraños o trastornos degenerativos de la mano también se puede utilizar a nivel pediátrico para averiguar la edad ósea de un niño.

Y por último la preparación del paciente es primordial por lo tanto en el caso de que la paciente sea mujer en edad fértil siempre habrá que preguntarle si tiene posibilidad de embarazo y luego en todo tipo de pacientes se deben de quitar

todas las joyas de las manos relojes etcétera que puedan molestar a la hora de la realización de las placas pertinentes y protegerles ante la radiación si lo precisa.

2 Objetivos

El objetivo primordial sería realizar las actuaciones adecuadas para la correcta realización de las proyecciones radiológicas desde el punto de vista del técnico superior en radiodiagnóstico
Tener en cuenta los problemas que pueden surgir a la hora de realizar las proyecciones radiológicas y subsanarlos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Normalmente en la radiografía de mano se realiza para ayudar a los médicos a encontrar el problema que se tiene en la mano ya sea por un dolor que sufre una hinchazón una deformidad y también permite ver si hay algún tipo de hueso de los que forman la mano o articulación rota o dislocada. Además la radiografía también se utiliza como control es decir en una placa de control es para ver si una vez dislocada o fracturada una mano el especialista la coloca en su sitio y comprobar si realmente lo está.
Las tres principales proyecciones radiológicas para el diagnóstico en este área son la dorsopalmar o PA ,la oblicua entre 30 y 45 grados con el pulgar hacia arriba y la lateral.
En muchos centros hospitalarios se aprovecha el tener equipos de mamografías para realizar las manos en ese tipo de aparatos radiológicos, ya que son mucho más sensibles por lo tanto tienen una mayor definición y además de utilizar una menor dosis .
Por otro lado también se puede realizar la radiografía llamada edad ósea y pediátrica estas sirve a los médicos para calcular la madurez del sistema esquelético de un niño se realiza con una radiografía de la mano izquierda que

va desde la muñeca a los dedos es un procedimiento como todas las demás placas seguro e indoloro que utiliza una pequeña cantidad de radiación lo que se realiza habitualmente es, pues que se coge la radiografía del paciente o del niño en concreto y se compara con imágenes radiológicas de una de las estándar de desarrollo socio normal y a partir de ahí se calcula, pues la edad de niño desde el punto de vista óseo .
También se realizan las placas de manos para diagnosticar la artritis

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico superior en radiodiagnóstico es muy importante a la hora de la realización de las placas y la obtención de un diagnóstico adecuado, ya que de lo contrario la mala realización de las proyecciones radiográficas podría dar lugar a una confusión o a un diagnóstico erróneo lo cual podría ser muy peligroso para el paciente .
También es muy importante el papel de técnico superior en radiodiagnóstico en la preparación del paciente ya sea a la hora de quitar todas las joyas y demás materiales que puedan perjudicar a la hora de realizar la proyección así como la protección del mismo paciente poniéndole un mandil plomado sobre él en caso de que sea necesario y por supuesto preguntar si es una mujer en edad fértil , que pudiera estar embarazada por lo cual no se podría realizar las placas o se tendría que proteger más en caso de ser imprescindible.

6 Bibliografía

1 . Radiografía de las manos: MedlinePlus enciclopedia médica . Disponible en:https://medlineplus.gov
›
... › Enciclopedia médica
2 . Radiografía: Mano (para Padres) - Nemours KidsHealt . Disponible en :hhttps://kidshealth.org
› parents › xray-hand
3 . La mano: orientación diagnóstica radiológica - Medigraphic . Disponible en :https://www.medigraphic.com
› pdfs › atefam

Capítulo 186

FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA PERIODONCIA

FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS

MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA

VALENTINA ELENA MANEA

CRISTINA GONZÁLEZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

1 Introducción

La periodoncia es una rama de la odontología que se enfoca en el estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan las estructuras de soporte de los dientes, como las encías, el hueso alveolar y los ligamentos periodontales. Estas afecciones, conocidas como enfermedades periodontales, incluyen la gingivitis y la periodontitis, que pueden causar inflamación, sangrado de encías, recesión gingival, movilidad dental e incluso la pérdida de dientes.

El tratamiento periodontal puede variar desde procedimientos no quirúrgicos, como la limpieza dental profunda, hasta intervenciones quirúrgicas más complejas, como cirugía de colgajo, regeneración ósea y cirugía de implantes dentales. El objetivo principal de la periodoncia es mantener la salud bucal a largo plazo, preservando la función y estética de los dientes y tejidos circundantes.

Los profesionales de la periodoncia también se centran en la educación y la prevención, alentando a los pacientes a mantener una buena higiene oral y a adoptar

hábitos saludables para prevenir la progresión de las enfermedades periodontales.
La periodoncia es una disciplina vital para el cuidado integral de la salud oral, tratando las condiciones que afectan las estructuras que sostienen los dientes, con el objetivo de preservar la función y estética de la sonrisa del paciente.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de higienistas dentales pretenden dar a conocer sus funciones en distintas técnicas y tareas de su profesión.

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 higienista dental juega un papel fundamental en la periodoncia al ser un miembro clave del equipo odontológico encargado de mantener la salud de las estructuras de soporte de los dientes. Sus funciones abarcan diversas áreas que contribuyen significativamente a la prevención, detección y tratamiento de enfermedades periodontales.
En primer lugar, el higienista dental es responsable de realizar la evaluación inicial de la salud periodontal de los pacientes. Mediante la medición del sondaje periodontal, examina la profundidad de las bolsas periodontales, registra el sangrado de las encías y evalúa la presencia de placa y cálculos dentales. Estos datos son fundamentales para diagnosticar la presencia de enfermedades periodontales y determinar el grado de afectación.
Una vez realizado el diagnóstico, el higienista dental desempeña un papel clave en la prevención de la progresión de la enfermedad periodontal. Mediante procedimientos de higiene dental profunda, como la eliminación de la placa y el cálculo dental, el higienista ayuda a reducir la carga bacteriana en las superficies dentales y promueve la salud de las encías. Además, proporciona a los pacientes

instrucciones y asesoramiento sobre técnicas de cepillado, uso del hilo dental y enjuagues bucales adecuados para mantener una higiene oral óptima en casa.
En el tratamiento de la enfermedad periodontal, el higienista dental también puede colaborar en procedimientos más avanzados. Por ejemplo, en la terapia periodontal no quirúrgica, puede realizar raspados y alisados radiculares para eliminar bacterias y toxinas en las bolsas periodontales y fomentar la curación de los tejidos.
Además, el higienista dental desempeña un rol esencial en la educación continua del paciente sobre la importancia de mantener una buena salud bucal y el seguimiento adecuado después del tratamiento periodontal. Esta labor incluye brindar pautas para el control de placa, recordatorios para las visitas de seguimiento y motivar al paciente a mantener una higiene oral constante.
En conclusión, el higienista dental es un elemento crucial en la periodoncia, contribuyendo en la prevención, detección temprana y tratamiento de enfermedades periodontales, así como en la educación y motivación del paciente para mantener una adecuada salud oral y preservar la función y estética de su sonrisa.

5 Discusión-Conclusión

Como higienista dental, mi recomendación es que prestes especial atención a tu salud periodontal. Mantén una buena higiene oral con cepillado adecuado y uso de hilo dental diariamente. Realiza visitas regulares para exámenes periodontales y limpiezas profesionales. Si notas sangrado de encías, inflamación o cambios en la apariencia de tus encías, no dudes en consultar a un especialista en periodoncia. La detección temprana y el tratamiento oportuno son clave para evitar complicaciones y preservar la salud de tus dientes y encías a largo plazo. Recuerda, cuidar tu sonrisa es esencial para una buena calidad de vida del paciente y de su ritmo diario.

6 Bibliografía

1. Pastor, L. C. (2022). Responsabilidad del higienista dental en relación de dependencia orgánica y funcional con el dentista: la acción directa. CEFLegal. Revista práctica de derecho, 5-38.

Capítulo 187

FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA HIGIENE DE LA BOCA COMPLETA

FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS

MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA

VALENTINA ELENA MANEA

CRISTINA GONZÁLEZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

1 Introducción

La higiene de la boca completa es esencial para mantener una buena salud oral y prevenir problemas dentales. Esta práctica abarca la limpieza y cuidado adecuado de los dientes, encías, lengua y otras estructuras bucales.

Para mantener una higiene bucal óptima, se deben seguir ciertas pautas diariamente. En primer lugar, el cepillado de los dientes al menos dos veces al día es fundamental. Se recomienda usar un cepillo de cerdas suaves y una pasta dental con flúor para eliminar la placa bacteriana y los restos de alimentos.

Además del cepillado, el uso diario del hilo dental es esencial para limpiar las áreas entre los dientes, donde el cepillo no puede alcanzar fácilmente. Esto ayuda

a prevenir la acumulación de placa y reducir el riesgo de caries y enfermedades periodontales.

No se debe olvidar limpiar la lengua, ya que puede acumular bacterias que causan mal aliento y afectar la salud oral en general. Usar un limpiador de lengua o simplemente cepillarla suavemente puede ser efectivo.

Además de los hábitos diarios, se recomienda visitar al dentista regularmente para exámenes y limpiezas profesionales. Estas visitas permiten detectar problemas dentales en etapas tempranas y recibir tratamiento adecuado.

Adoptar una dieta equilibrada, baja en azúcares y alimentos procesados, también contribuye a mantener la salud bucal. Limitar el consumo de bebidas azucaradas y evitar el tabaco son medidas adicionales para prevenir problemas dentales.

La higiene de la boca completa implica cepillado y uso de hilo dental diario, limpieza de la lengua, visitas regulares al dentista y una dieta saludable. Estos hábitos son fundamentales para mantener una sonrisa saludable y prevenir enfermedades dentales a lo largo del tiempo.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de higienistas dentales pretenden dar a conocer sus funciones en distintas técnicas y tareas de su profesión.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de artículos, revisiones sistemáticas y casos clínicos en los buscadores mejor valorados en la literatura científica, después se ha seleccionado las publicaciones que mejor se adaptan a la pretensión de realizar la publicación.

4 Resultados

El higienista dental desempeña un papel fundamental en la higiene de la boca completa al brindar servicios especializados y educación para mantener una óptima salud oral. Sus funciones específicas incluyen:

Educación y asesoramiento: El higienista dental proporciona información detallada sobre técnicas de cepillado y uso de hilo dental, así como el cuidado de prótesis dentales y aparatos ortodónticos. Esta orientación ayuda a los pacientes a mejorar su rutina de higiene oral en casa.

Limpieza dental profesional: El higienista realiza limpiezas dentales profesionales, eliminando la placa, el sarro y las manchas superficiales de los dientes. Esta limpieza reduce el riesgo de caries y enfermedades periodontales.

Examen de salud oral: Realiza una evaluación inicial de la salud oral del paciente, registrando el estado de los dientes, encías y estructuras bucales. Esto permite identificar problemas dentales en etapas tempranas.

Aplicación de flúor y sellantes: El higienista puede aplicar flúor para fortalecer el esmalte dental y colocar sellantes en las fisuras de los dientes para prevenir la acumulación de placa y caries.

Tratamientos de prevención: En algunos casos, el higienista puede administrar tratamientos de prevención adicionales, como la aplicación de antimicrobianos en las encías para controlar la gingivitis.

Motivación y seguimiento: El higienista motiva a los pacientes a mantener una buena higiene oral y brinda seguimiento sobre la efectividad de las prácticas de cuidado bucal.

Colaboración con el dentista: Trabaja estrechamente con el dentista para proporcionar información relevante sobre la salud oral del paciente y asistir durante procedimientos odontológicos.

El higienista dental cumple un papel crucial en la higiene de la boca completa al ofrecer educación, limpiezas profesionales y tratamientos de prevención, asegurando que los pacientes mantengan una sonrisa saludable y previniendo problemas dentales a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

Como higienista dental, mis recomendaciones para una higiene de la boca completa son las siguientes: cepilla tus dientes al menos dos veces al día con un cepillo de cerdas suaves y pasta dental con flúor, usa hilo dental diariamente para limpiar entre los dientes, y limpia suavemente tu lengua para eliminar bac-

terias causantes del mal aliento. Visita al dentista regularmente para exámenes y limpiezas profesionales, y sigue una dieta equilibrada, baja en azúcares y alimentos procesados. Evita fumar y limita el consumo de bebidas azucaradas. Adoptar estos hábitos ayudará a mantener una sonrisa saludable, prevenir problemas dentales y mejorar tu bienestar oral en general.

6 Bibliografía

Pastor, L. C. (2022). Responsabilidad del higienista dental en relación de dependencia orgánica y funcional con el dentista: la acción directa. CEFLegal. Revista práctica de derecho, 5-38.

Capítulo 188

FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN EL LAVADO DE DIENTES

FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS

MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA

VALENTINA ELENA MANEA

CRISTINA GONZÁLEZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

1 Introducción

El lavado de dientes, también conocido como cepillado dental, es un procedimiento fundamental de higiene oral que se realiza para mantener la limpieza y salud de los dientes y las estructuras bucales. Esta práctica se lleva a cabo utilizando un cepillo dental y una pasta dental con flúor para eliminar la placa bacteriana, los restos de alimentos y las manchas de la superficie dental.

El objetivo principal del lavado de dientes es prevenir la formación de caries y enfermedades periodontales, así como mantener una buena salud bucal en general. Al cepillar los dientes, se remueve la placa, una película pegajosa compuesta por bacterias y residuos de alimentos, que si no se elimina adecuadamente puede provocar daños en el esmalte dental y la inflamación de las encías.

La técnica de cepillado adecuada implica movimientos suaves y circulares en todas las superficies dentales, prestando especial atención a las áreas de difícil

acceso, como las zonas posteriores y la línea de las encías. Se recomienda cepillar los dientes al menos dos veces al día, preferiblemente después de las comidas principales, y usar un cepillo de cerdas suaves para evitar dañar el esmalte o las encías.

Complementar el lavado de dientes con el uso diario del hilo dental y enjuagues bucales adecuados contribuye a una limpieza más completa y efectiva de la boca.

El lavado de dientes es una práctica esencial en el cuidado de la salud oral, cuyo objetivo es eliminar la placa bacteriana y mantener una higiene bucal óptima para prevenir enfermedades dentales y preservar la sonrisa y bienestar general del individuo.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de higienistas dentales pretenden dar a conocer sus funciones en distintas técnicas y tareas de su profesión.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de artículos, revisiones sistemáticas y casos clínicos en los buscadores mejor valorados en la literatura científica, después se ha seleccionado las publicaciones que mejor se adaptan a la pretensión de realizar la publicación.

4 Resultados

El higienista dental desempeña un papel fundamental en el lavado de dientes al brindar una serie de funciones especializadas que contribuyen a una higiene bucal óptima y previenen problemas dentales a largo plazo.

Educación y asesoramiento: Una de las funciones más importantes del higienista dental es proporcionar educación y asesoramiento a los pacientes sobre la técnica adecuada de cepillado dental. Explica cómo cepillar los dientes en movimientos suaves y circulares, y ofrece recomendaciones sobre el tipo de cepillo y pasta dental más adecuados para las necesidades individuales.

Evaluación y diagnóstico: El higienista dental realiza una evaluación inicial de la salud bucal del paciente, registrando cualquier problema dental o signos de

enfermedad periodontal. Esta evaluación ayuda a identificar áreas de mejora y determinar el grado de higiene oral.

Limpieza dental profesional: Durante las visitas de higiene dental, el higienista realiza limpiezas profesionales, eliminando la placa bacteriana y el sarro que se acumulan en los dientes y bajo la línea de las encías. Esto previene la formación de caries y ayuda a mantener encías sanas.

Aplicación de flúor y sellantes: El higienista puede aplicar flúor sobre los dientes para fortalecer el esmalte y reducir el riesgo de caries. También puede colocar sellantes en las superficies de masticación de los molares para prevenir la acumulación de placa.

Instrucciones de higiene oral personalizadas: El higienista dental adapta las recomendaciones y técnicas de higiene oral a las necesidades específicas del paciente, teniendo en cuenta factores como la presencia de aparatos ortodónticos o prótesis dentales.

Motivación y seguimiento: El higienista motiva a los pacientes a mantener una rutina de higiene oral constante y ofrece seguimiento sobre el progreso de sus prácticas de lavado de dientes.

Colaboración con el dentista: Trabaja en estrecha colaboración con el dentista para proporcionar información relevante sobre la salud oral del paciente y asistir en procedimientos odontológicos cuando sea necesario.

El higienista dental juega un rol vital en el lavado de dientes al proporcionar educación, realizar limpiezas profesionales y ofrecer recomendaciones personalizadas para una higiene oral efectiva. Su contribución es esencial para mantener una sonrisa saludable y prevenir problemas dentales a lo largo del tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Como higienista dental, mi consejo para un lavado de dientes efectivo es cepillar tus dientes al menos dos veces al día durante al menos dos minutos. Usa un cepillo de cerdas suaves y una pasta dental con flúor. Realiza movimientos suaves y circulares, prestando atención a todas las superficies dentales y la línea de las encías. No te olvides de limpiar la lengua suavemente para eliminar bacterias causantes del mal aliento. Complementa el cepillado con el uso diario del hilo dental para limpiar entre los dientes y enjuagues bucales adecuados para una limpieza

completa. Mantén visitas regulares al dentista para evaluaciones y limpiezas profesionales. Adoptar estos hábitos promoverá una óptima salud oral y una sonrisa saludable a lo largo del tiempo.

6 Bibliografía

Pastor, L. C. (2022). Responsabilidad del higienista dental en relación de dependencia orgánica y funcional con el dentista: la acción directa. CEFLegal. Revista práctica de derecho, 5-38.

Capítulo 189

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA CIRUGÍA MENOR SIN INGRESO

CARMEN SILLER ZAMORA

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA

MARÍA MORANTE IZQUIERDO

RAQUEL GARRIDO LOPEZ

1 Introducción

La cirugía menor ambulatoria se refiere a procedimientos quirúrgicos de baja complejidad que se realizan en un entorno ambulatorio, es decir, sin necesidad de hospitalización prolongada. Estas intervenciones son generalmente de corta duración y se llevan a cabo en consultorios médicos, clínicas u hospitales de día. Estos procedimientos pueden incluir extracción de lunares o verrugas, biopsias de piel, drenaje de abscesos, suturas de heridas, entre otros. La cirugía menor ambulatoria se realiza comúnmente bajo anestesia local, lo que permite que el paciente esté despierto durante la operación.

Los beneficios de la cirugía menor ambulatoria incluyen una recuperación más rápida, menor riesgo de infecciones asociadas con hospitales y una disminución de costos en comparación con procedimientos que requieren hospitalización.

Antes de someterse a una cirugía menor ambulatoria, el paciente es evaluado para asegurarse de que sea un candidato adecuado para el procedimiento. Se le

proporciona información sobre qué esperar antes, durante y después de la operación, así como las posibles complicaciones y cuidados posteriores.
La cirugía menor ambulatoria es una opción segura y efectiva para abordar diversos problemas médicos de menor complejidad, brindando una alternativa conveniente y menos invasiva en la mayoría de los pacientes que acuden a este servicio para una intervención quirúrgica.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de enfermeros hospitalarios pretendendar a conocer sus funciones en dististas técnicas y tareas dentro de su profesión

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de artículos, revisiones sistemáticas y casos clínicos en los buscadores mejor valorados en la literatura científica, después se ha seleccionado las publicaciones que mejor se adaptan a la pretensión de realizar la publicación

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel crucial en la cirugía menor sin ingreso, contribuyendo a brindar atención de calidad y asegurando que el procedimiento se lleve a cabo de manera segura y efectiva. Sus funciones son diversas y abarcan todas las etapas del proceso quirúrgico.
Antes del procedimiento, el enfermero se encarga de preparar al paciente, explicando el proceso quirúrgico, respondiendo a preguntas y asegurándose de que comprenda los pasos a seguir. También verifica la historia médica y alergias del paciente, así como su estado general de salud para garantizar que sea un candidato adecuado para la cirugía menor ambulatoria.
Durante la cirugía, el enfermero asiste al médico y se asegura de que todo el equipo necesario esté listo y en condiciones adecuadas. Supervisa al paciente, controlando signos vitales y asegurándose de que se mantenga cómodo durante el procedimiento. Además, el enfermero colabora en la administración de anestesia local y proporciona apoyo emocional al paciente.
Después de la cirugía, el enfermero sigue monitorizando al paciente, observando posibles complicaciones y brindando atención postoperatoria. Puede ayudar con

el vendaje y proporcionar instrucciones sobre los cuidados necesarios en el hogar para una óptima recuperación. También se asegura de que el paciente comprenda las indicaciones y tenga la información necesaria sobre medicamentos y citas de seguimiento.
El enfermero juega un papel crucial en la prevención y control de infecciones, asegurándose de que se sigan los protocolos de higiene y esterilización en todo momento. También registra la información relevante del procedimiento en el expediente médico del paciente para un seguimiento adecuado.
Además de su papel directo en la cirugía, el enfermero desempeña una función educativa, brindando información sobre hábitos de vida saludables, medidas preventivas y cuidados postoperatorios para mejorar la recuperación y el bienestar general del paciente.
El enfermero en la cirugía menor sin ingreso es un miembro fundamental del equipo de salud, proporcionando cuidados integrales antes, durante y después del procedimiento, con el objetivo de garantizar la seguridad, comodidad y bienestar del paciente en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar el buen hacer de una cirugía menor sin ingreso, el enfermero debe seguir algunas recomendaciones clave:
Preparación meticulosa: Verificar que todos los equipos y materiales necesarios estén disponibles y estériles. Asegurarse de que el paciente esté informado y haya proporcionado consentimiento informado.
Control de infecciones: Seguir estrictamente las medidas de higiene y esterilización durante todo el procedimiento para prevenir infecciones.
Comunicación efectiva: Mantener una comunicación clara y respetuosa con el paciente, brindando apoyo emocional y respondiendo a sus preguntas.
Vigilancia constante: Monitorear los signos vitales y el estado del paciente durante la cirugía, estando atento a posibles complicaciones.
Educación y cuidados postoperatorios: Proporcionar instrucciones claras y precisas sobre los cuidados necesarios después de la cirugía para una recuperación óptima.
Trabajo en equipo: Colaborar de manera eficiente con el equipo médico y otros profesionales de la salud involucrados en el procedimiento.
Siguiendo estas recomendaciones, el enfermero garantizará una cirugía menor sin ingreso exitosa, brindando atención segura y de calidad al paciente.

6 Bibliografía

Morales Castro, D., Rivas Riveros, E., & Campillay Campillay, M. (2022). Gestión de los cuidados de enfermería en unidades de procedimientos endoscópicos: una mirada cualitativa a la especialidad. Ciencia y enfermería, 28.

Capítulo 190

LA DETECCIÓN DE LA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA O LA FIEBRE GANGLIONAR DE PFEIFFER SEGÚN EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO

MARA GREGORIO HONRUBIA

BELÉN GARRIDO ORTIZ

CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

La mononucleosis infecciosa, también conocida como fiebre ganglionar de Pfeiffer o enfermedad del beso, es una enfermedad viral común que afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes. Esta condición, causada principalmente por el virus Epstein-Barr (VEB), se caracteriza por la inflamación de los ganglios linfáticos, fiebre, fatiga y faringitis. El diagnóstico temprano y preciso de la mononucleosis es esencial para un manejo adecuado y un tratamiento oportuno.

En este contexto, el técnico superior sanitario en laboratorio juega un papel fundamental en la detección y seguimiento de la mononucleosis infecciosa. Su experiencia y habilidades en el manejo de muestras y pruebas serológicas son esenciales para confirmar la presencia del virus Epstein-Barr y brindar apoyo al

equipo de salud en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. La detección de la mononucleosis infecciosa, también conocida como fiebre ganglionar de Pfeiffer o enfermedad del beso, es una tarea importante para el técnico superior sanitario en laboratorio. La mononucleosis es una enfermedad viral causada principalmente por el virus Epstein-Barr (VEB) y se caracteriza por la inflamación de los ganglios linfáticos, fiebre, fatiga y faringitis.
El papel del técnico superior sanitario en laboratorio en la detección de la mononucleosis infecciosa es esencial en el proceso de diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

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 mononucleosis infecciosa.
2. Observar las modalidades de análisis de mononucleosis 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 mayo de 2023 y julio de 2023.
Estrategia de búsqueda
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (”infectious mononucleosis” OR mononucleosis) AND (”health laboratory technician” OR “laboratory technician”.

4 Resultados

Además de la detección de la mononucleosis infecciosa, el técnico superior sanitario en laboratorio puede desempeñar un papel importante en otros aspectos relacionados con esta enfermedad:

• Educación al paciente: El técnico puede proporcionar información básica sobre la mononucleosis infecciosa al paciente y a sus familiares, explicando qué es la enfermedad, cómo se transmite y cuáles son los síntomas comunes. Esto ayuda a aumentar la conciencia sobre la enfermedad y a mejorar la comprensión de los cuidados que el paciente debe seguir durante su recuperación.
• Seguimiento de los resultados: El técnico puede colaborar con el equipo médico en el seguimiento de los resultados de las pruebas serológicas a lo largo del tiempo. Esto es especialmente importante en casos donde el diagnóstico inicial puede no ser claro, y es necesario realizar pruebas adicionales para confirmar o descartar la presencia de mononucleosis infecciosa.
• Colaboración en la investigación: El técnico puede participar en investigaciones científicas relacionadas con la mononucleosis infecciosa, contribuyendo a la generación de nuevos conocimientos sobre la enfermedad y a la mejora de los métodos de diagnóstico y tratamiento.
• Control de infecciones: Dado que la mononucleosis infecciosa es una enfermedad viral contagiosa, el técnico debe seguir estrictamente los protocolos de control de infecciones para evitar la propagación del virus en el laboratorio y proteger tanto a sí mismo como a otros pacientes.
• Comunicación con el equipo de salud: El técnico puede colaborar en la comunicación con otros miembros del equipo de salud, como médicos, enfermeras y especialistas, para intercambiar información relevante sobre el estado del paciente y su evolución durante el tratamiento.
• Asistencia en procedimientos adicionales: En ciertos casos, pueden ser necesarios procedimientos adicionales, como aspirados de médula ósea u otros estudios complementarios. El técnico puede asistir en la preparación y procesamiento de estas muestras para su análisis.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos indicar en nuestra revisión que, el técnico superior sanitario en laboratorio desempeña un papel crucial en la detección y seguimiento de la mononucleosis infecciosa, así como en el apoyo al equipo de salud en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Su contribución en la educación, investigación y control de infecciones es esencial para brindar una atención integral y de calidad a los pacientes afectados por esta enfermedad. El trabajo coordinado y colaborativo del técnico con el equipo de salud es fundamental para obtener resultados precisos y mejorar el cuidado de los pacientes en esta etapa de la enfermedad

6 Bibliografía

1. Tonoyan L, Vincent-Bugnas S, Olivieri, CV, Doglio A. New Viral Facets in Oral Diseases: The EBV Paradox. Int J Mol Cell Med. 2019;20(23): 58-61.
2. Briceño A, Nachón G, Zavaleta H, Castillo G, Izquierdo J, Bautista H, et al. La Mononucleosis Infecciosa como riesgo potencial para el odontólogo. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. 2016;16(2): 41-56.
3. Gupta S, Jawanda MK. Oral Lichen Planus: An Update on Etiology, Pathogenesis, Clinical Presentation, Diagnosis and Management. Indian J Dermatol. 2015; 60(3):22-29
4. Singh V, Lehl GK, Talwar M, Luthra A. The novel coronavirus and challenges for general and paediatric dentists. Ann Occup Environ Med. 2020; 55(6): 33-44.
5. Leah H, Yoke PA. A tale of two mononucleosis syndromes: cytomegalovirus and epstein-barr virus for the primary care provider. Physician Assist Clin. 2017; 2(2): 287-296.
6. Geninho T, Sérgio B, Sérgio G. Manual de buenas prácticas en bioseguridad para ambientes odontológicos. Int J Oral Sci. 2020;3;12(1): 9-34.
7. Frieden TR, Lee CT. Identifying and interrupting superspreading events— implications for control of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2. J Emerg Infect Dis. 2020; 2(4):12- 55.

Capítulo 191

EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO Y EL ANÁLISIS DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTES FEMENINAS

BELÉN GARRIDO ORTIZ

CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ

MARA GREGORIO HONRUBIA

1 Introducción

El análisis de la anemia ferropénica en pacientes femeninas es una tarea importante en el campo de la salud, y el técnico superior sanitario en laboratorio desempeña un papel crucial en este proceso. La anemia ferropénica es un tipo de anemia que se caracteriza por la deficiencia de hierro en el organismo, lo que afecta la producción de hemoglobina y conduce a una disminución de los glóbulos rojos y la capacidad de transporte de oxígeno en la sangre. La detección temprana y el manejo adecuado de la anemia ferropénica en pacientes femeninas son fundamentales para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de las afectadas. La labor del técnico en laboratorio en el análisis de esta condición es esencial para brindar un enfoque integral en el cuidado de la salud y garantizar resultados precisos y confiables para el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica.

Dado que el campo de la medicina y la investigación está en constante evolución, el técnico puede participar en programas de formación y educación continua

para mantenerse actualizado sobre las últimas técnicas y avances en el análisis de la anemia ferropénica y otros trastornos hematológicos. El técnico es responsable del mantenimiento y calibración adecuada de los equipos de laboratorio utilizados para el análisis de las muestras sanguíneas, asegurando su precisión y correcto funcionamiento.

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 al análisis de la anemia ferropénica en mujeres.
2. Observar las modalidades de análisis clínicos biológicos de la anemia ferropénica.
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: (”iron deficiency anemia” OR “deficiency anemia” OR anemia) AND (”health laboratory technician” OR “laboratory technician”.

4 Resultados

En esta área, el técnico en laboratorio lleva a cabo varias actividades esenciales:
• Recopilación y preparación de muestras: El técnico es responsable de recopilar muestras de sangre de las pacientes femeninas, siguiendo los protocolos adecuados para garantizar la precisión de los resultados. La preparación adecuada de las muestras es esencial para obtener resultados confiables en el análisis de anemia ferropénica.

• Realización de pruebas de laboratorio: El técnico lleva a cabo diversas pruebas de laboratorio para evaluar el perfil sanguíneo, incluyendo la concentración de hemoglobina, el hematocrito y los niveles de hierro y ferritina sérica. Estas pruebas son fundamentales para identificar la anemia ferropénica y determinar su gravedad.
• Interpretación de resultados: Una vez que se han realizado las pruebas, el técnico interpreta los resultados y los comunica al equipo médico. Esto permite que los médicos realicen un diagnóstico preciso y establezcan un plan de tratamiento adecuado para cada paciente.
• Colaboración con el equipo médico: El técnico en laboratorio trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico, proporcionando información valiosa y actualizada sobre los resultados de las pruebas. Esta colaboración es esencial para el diagnóstico y seguimiento adecuado de la anemia ferropénica en pacientes femeninas.
• Educación al paciente: El técnico puede proporcionar información educativa a las pacientes sobre la anemia ferropénica, su causa, síntomas y opciones de tratamiento. La educación al paciente es importante para fomentar la adherencia al tratamiento y mejorar la gestión de la enfermedad.
• El técnico superior sanitario en laboratorio desempeña un papel esencial en el análisis de la anemia ferropénica en pacientes femeninas. Su experiencia, precisión y colaboración con el equipo médico son fundamentales para la detección temprana y el manejo adecuado de esta condición. El trabajo del técnico en laboratorio contribuye significativamente a mejorar la salud y bienestar de las pacientes afectadas por la anemia ferropénica, permitiendo un enfoque más efectivo y personalizado en el cuidado de la salud.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico superior sanitario en laboratorio desempeña un papel fundamental en el análisis de la anemia ferropénica en pacientes femeninas. Su experiencia y habilidades en el manejo de muestras y tecnologías de laboratorio son fundamentales para obtener resultados precisos y confiables que contribuyan al diagnóstico temprano y al seguimiento adecuado de la anemia ferropénica. La labor del técnico en laboratorio es crucial para brindar un enfoque integral en el cuidado de la salud y mejorar la calidad de vida de las pacientes afectadas por esta condición. Su dedicación y compromiso contribuyen significativamente a la prevención y tratamiento de la anemia ferropénica, promoviendo una mejor salud y bienestar en la población femenina.

6 Bibliografía

1. Gulec S, Anderson GJ, Collins JF. Mechanistic and regulatory aspects of intestinal iron absorption. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol. 2014;307: G397-G409.
2. Nemeth E, Tuttle MS, Powelson J, y col. Hepcidin regulates cellular iron efflux by binding to ferro- portin and inducing its internalization. Science. 2004;306(5704): 2090-2093.
3. Nicolas G, Chauvet C, Viatte L. The gene encoding the iron regulatory peptide hepcidin is regulated by anemia, hypoxia, and inflammation. J Clin Invest. 2002;110: 1037–1044.
4. Kautz L, Jung G, Valore V, y col. Identification of erythroferrone as an erythroid regulator of iron metabolism. Nature Genetics. 2014; 46: 678- 684.
5. Girelli D, Nemeth E, and Swinkles DW. Hepci- din in the evaluation of iron disorders. Blood. 2016;127(23): 2809-13. 9. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva, World Health Organization, 2011.WHO/NMH/NHD/MNM/11.1. http://www.who.int/vmnis/indicators/
haemoglobin. pdf
6. Guyatt GH, Oxman AD, Ali M y col. Laboratory diagnosis of iron deficiency anemia. J Gen Intern Med. 1992; 7: 145-153
7. Li N, Zhao G, Wu G, y col. The Efficacy and Safety of Vitamin C for Iron Supplementation in Adult Patients with Iron Deficiency Anemia. A Randomized Clinical Trial. JAMA Ntwk Open. 2020; 3 (11): e2023644

Capítulo 192

EL ANÁLISIS METALOGRÁFICO O METALOGRAFÍA POR PARTE DEL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO

CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ

BELÉN GARRIDO ORTIZ

MARA GREGORIO HONRUBIA

1 Introducción

El análisis metalográfico, también conocido como metalografía, es una técnica de laboratorio que tiene como objetivo estudiar la estructura y las propiedades de los materiales metálicos. Esta técnica se utiliza ampliamente en la industria y en diversos campos, como la metalurgia, la ingeniería y la investigación científica. El análisis metalográfico permite evaluar la calidad de los materiales, identificar defectos, determinar la composición y caracterizar las propiedades mecánicas de los metales.

El análisis metalográfico realizado por el técnico superior sanitario en laboratorio es una herramienta esencial para el estudio y caracterización de materiales metálicos en diversos campos, incluyendo la industria, la investigación y el desarrollo. Su labor contribuye significativamente a garantizar la calidad de los materiales utilizados en diferentes aplicaciones, mejorar la seguridad y confiabilidad de componentes y estructuras, y fomentar la innovación en la ciencia de

materiales. La dedicación y experiencia del técnico en el análisis metalográfico son fundamentales para obtener resultados precisos y confiables, lo que beneficia tanto a la industria como a la sociedad en general. El análisis metalográfico permite identificar y caracterizar las aleaciones presentes en los materiales, lo que es fundamental para garantizar su calidad y desempeño. Dependiendo de los requerimientos del análisis, el técnico puede preparar muestras especiales, como secciones transversales para el análisis de soldaduras, recubrimientos, o para la detección de inclusiones o fases específicas.

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 al análisis metalográfico.
2. Observar las modalidades de análisis metalográfico 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 junio de 2023 y agosto de 2023.
Estrategia de búsqueda
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (”metallographic analysis” OR metallography) AND (”health laboratory technician” OR “laboratory technician”.

4 Resultados

El técnico superior sanitario en laboratorio juega un papel esencial en la realización del análisis metalográfico. Algunas de las actividades clave que realiza el técnico en este tipo de análisis son las siguientes:
• Preparación de las muestras: El técnico es responsable de obtener muestras representativas de los materiales metálicos a analizar. Luego, lleva a cabo el proceso

de corte, pulido y montaje de las muestras en resinas o soportes adecuados para su posterior examen microscópico.
• Microscopía metalográfica: El técnico utiliza microscopios metalográficos para examinar las muestras preparadas. Estos microscopios están equipados con sistemas de iluminación y aumentos adecuados para observar la estructura interna de los metales a nivel microscópico.
• Fotografía e imagen: El técnico puede tomar fotografías e imágenes de las muestras para documentar los hallazgos y para su posterior análisis y presentación.
• Análisis de la estructura: El técnico evalúa la microestructura de los metales, identificando características como granos, inclusiones, fases y posibles defectos, como grietas o porosidades.
• Medición y caracterización: El técnico puede llevar a cabo mediciones de diferentes parámetros, como tamaño de grano, espesor de capas, dureza y otras propiedades mecánicas, utilizando técnicas específicas para cada análisis.
• Informe y presentación de resultados: El técnico registra los resultados obtenidos y elabora informes detallados con los hallazgos del análisis metalográfico. Estos informes son de gran importancia para el control de calidad de materiales, la investigación científica y el desarrollo de nuevos productos.
• Investigación y desarrollo: En el ámbito de la investigación y desarrollo, el técnico puede colaborar en estudios para la mejora de materiales metálicos o el desarrollo de nuevos productos, evaluando su microestructura y propiedades.
• Mantenimiento de equipos y reactivos: El técnico es responsable del mantenimiento y calibración adecuada de los equipos de laboratorio utilizados en el análisis metalográfico, así como del manejo y almacenamiento seguro de los reactivos químicos necesarios para los procedimientos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos indicar que el análisis metalográfico es una técnica valiosa que proporciona información esencial sobre los materiales metálicos y su comportamiento en diferentes condiciones y aplicaciones. El trabajo del técnico superior sanitario en laboratorio es fundamental para garantizar la precisión y confiabilidad de los resultados, lo que permite una toma de decisiones informada y eficaz en diversas áreas de la industria y la investigación. La labor del técnico en el análisis metalográfico contribuye significativamente al avance de la ciencia y la tecnología, así como al aseguramiento de la calidad en la producción y uso de materiales metálicos en diversas aplicaciones industriales y médicas.

6 Bibliografía

1. L. Klakurková, M. Horynová, M. Juliš, Gejdoš, P., Skalka, P., Remešová, M. y Čelko, L., "Failure analysis of massively failed compressed air cartridge", Engineering Failure Analysis, vol. 82, pp. 776-782, dic., 2017. https://doi.org/10.1016/j.engfailanal.2017.07.016
2. S. A. Barter y L. Molent, "Fatigue cracking from a corrosion pit in an aircraft bulkhead", Engineering Failure Analysis, vol. 39, pp. 155-163, abr., 2014. https://doi. org/10.1016/j.engfailanal.2014.01.020
3. X. Ren, F. Wu, F. Xiao y B. Jiang, "Corrosion induced fatigue failure of railway wheels", Engineering Failure Analysis, vol. 55, pp. 300-316, sept., 2015. https://doi.org/10.1016/j.engfailanal.2015.06.009
4. K. Ravindranath, B. Al-Wakaa y N. Tanoli, "Stress assisted corrosion in a crude oil production tube made from L80 steel", Engineering Failure Analysis, vol. 74, pp. 142-149, abr., 2017. https://doi.org/10.1016/j.engfailanal.2017.01.007
5. J. A. Escobar, A. F. Romero y J. Lobo-Guerrero, "Failure analysis of submersible pump system collapse caused by assembly bolt crack propagation by stress corrosion cracking", Engineering Failure Analysis, vol. 60, pp. 1-8, febr. 2016. https://doi.org/10.1016/j.engfailanal.2015.11.044
6. Y. You, Z. Zhang y L. Ma, "Cracking analysis of 316L stainless steel lining plates in alkaline environments", Engineering Failure Analysis, vol. 39, pp. 34-40, abri., 2014. https://doi.org/10.1016/j.engfailanal.2014.01.006

Capítulo 193

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT

RAQUEL HINESTROSA ROSAL

MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA

CARLOS MORENO SÁNCHEZ

MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ

MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA

1 Introducción

Hoy en día vivimos en un mundo en todo ocurre rápido y de manera muchas veces estresante debido a una sociedad que cada vez le cuesta más colmar sus demandas y necesidades, produciendo en muchos casos falta de paciencia, empatía y muchos más factores que hacen que las relaciones interpersonales sean cada vez más complicadas y difusas, si todo esto lo trasladamos al ámbito laboral se produce el conocido como Síndrome de Burnout.

Por lo que podemos describir de manera rápida y escueta a este Síndrome, como un efecto de respuesta que tiene nuestro cuerpo antes grandes cantidades de estrés producido de manera intensa y repetitiva que puede llegar a producir un daño para la salud de trabajador.

Los profesionales más expuestos a la posibilidad de sufrir este síndrome son aquellos que sus puestos suelen tener una alta demanda de relaciones y servicios hu-

manos, con la cantidad de atenciones emocionales que ello conlleva.

Todo lo anteriormente mencionado acaba repercutiendo de manera negativa no solo en el estado de ánimo y salud de quien lo sufre, sino que además provocara una serie problemas en al ámbito laboral del Auxiliar Administrativo, como son:

- Mala atención al usuario/paciente/enfermo.

- Incapacidad laboral.

- Disminución de los niveles de productividad.

- Mal ambiente laboral con el resto de los miembros del departamento. Debido a esto no podemos dejar pasar por alta el problema que todo esto puede suponer no solo en quien lo sufre, sino también en ámbito laboral donde desarrolle su trabajo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Describir el síndrome de burnout y cómo afecta al personal administrativo, las consecuencias que tiene no solo para quien lo sufre, sino también con los usuarios/pacientes y en el entorno laboral.

3 Caso clínico

Auxiliar Administrativo de 32 años que lleva ejerciendo su puesto laboral en el departamento de urgencias de un hospital desde hace 9 años.

Atiende a los usuarios/pacientes en el mostrador de Admisiones, normalmente apoyado por otros compañeros, pero por motivos de alguna baja de compañeros (falta de personal), lleva unos días solo, sin poder apenas descansar, con cambios constantes de turnos, soportando una gran presión y demanda de atención al público, llamadas, problemas con el sistema informática que le están generando un estado de estrés y ansiedad que se está haciendo cada vez más apreciable y latente.

Debido a esta situación que se está llegando a producir, pide ayuda a sus superiores, los cuales le comentan que debido a la situación actual de otros compañeros no podrá tener ayuda hasta dentro de unos días o bien un compañero de otro

departamento hará de refuerzo en las horas punta. Nuestro Auxiliar Administrativo se siente desbordado, se le va acumulando día a día más tareas que tiene que posponer, el teléfono no para de sonar, entran continuamente casos de urgencia y no da abasto con todo y se le empieza a notar una actitud negativa hacia el trato no solo con los pacientes que llegan sino con el resto de los compañeros.

Se empieza a resignar y su estado es cada vez peor, por lo que tras varios días no puede más y sintiéndose agotada falta varios días al trabajo. Como podemos analizar con todo lo anteriormente mencionado, esta situación se genera siendo ajena a él, pero se va convirtiendo en un problema cada vez mayor, provocando ya no solo en él una situación estresante y caótica en su persona que le ha hecho estar de baja laboral, sino que afecta a todo su entorno (pacientes y compañeros).

En esta situación deberán pasar unos días hasta que nuestro Auxiliar Administrativo descanse, vuelva a sentirse mejor y recupere el estado anímico y personal para ejercer sus funciones, ofreciendo una atención de calidad. Una vez reincorporado deberá de hablar con los superiores al mando para que pueda tener ayuda de otros compañeros para así evitar que se pueda repetir de nuevo esta situación.

4 Discusión-Conclusión

Vamos a concluir haciendo una pequeña reflexión sobre el porqué del agotamiento, la ansiedad, la falta de realización, la sobreinformación, el problema de la atención al público y demás factores que llegan a producirse para que alguien desarrollando su trabajo pueda a terminar sufriendo este Síndrome de Burnout y como podemos llegar a evitarlo usando las herramientas (descansos, evitar cargas excesivas de trabajo, sobreinformación, organización y coordinación) que tengamos disponibles en el ámbito laboral para poder evitar este tipo de situaciones.

Ofreciendo a todos los trabajadores que así lo demanden la posibilidad de tenerlas disponibles de manera rápida y directa para así evitar este mal que cada vez afecta a más trabajadores alrededor de todo el mundo. Para ello deberemos empatizar más no solo como superiores, compañeros o usuarios, sino también como sociedad.

5 Bibliografía

1. Mouzo J. Cuánto Pesa El Estrés Laboral en la salud mental: Del 'burnout' a la depresión El País. 2022. Disponible en: https://elpais.com/salud-y-bienestar/

2022-
07-05/cuanto-pesa-el-estres-laboral-en-tu-salud-mental-del-burnout-a-ladepresion.html.

2. www.dipe.es.
El 45 % de los trabajadores sufre estrés laboral [Internet]. ORH. 2020. Disponible en: https://www.observatoriorh.com/orh-posts/el-45-de-los-trabajadores-sufreestres-laboral.html

Capítulo 194

LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LOS CENTROS SANITARIOS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

RAQUEL HINESTROSA ROSAL

MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA

CARLOS MORENO SÁNCHEZ

MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ

MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA

1 Introducción

La atención a los pacientes en los centros de salud, no solo se realiza de forma presencial, sino que se realiza, también, a través de la atención telefónica. Esta atención telefónica está cobrando mucha importancia, sobre todo ahora, a raíz de la pandemia que desoló el mundo, debido a que muchas de las gestiones administrativas se pueden realizar por vía telefónica, agilizando mucho los trámites y evitando que los usuarios y pacientes se expongan teniendo que acudir a los centros sanitarios.

Durante la pandemia, la atención telefónica fue el único método para poder acceder a las consultas médicas, y se tuvo que cambiar todo el procedimiento de gestión, siendo necesario un gran esfuerzo organizativo, incrementado notablemente el personal de auxiliar administrativo.

Desde la pandemia, esta forma organizativa, se ha implantado en nuestro sistema de salud para quedarse. El auxiliar administrativo debe saber expresarse correctamente, ya que la comunicación con el usuario o paciente, es solamente por la palabra, por lo que es fundamental, el tono de voz, es decir, la forma de comunicarse.

En la atención telefónica, lo primero que se debe de tener en cuenta, es que el auxiliar administrativo, es la imagen del centro sanitario, en el momento de contestar una llamada.

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer cómo se deben gestionar y conseguir una buena recepción de las llamadas en un centro de salud, por parte del auxiliar administrativo, para conseguir una buena comunicación con los usuarios y pacientes y mejorar la calidad el servicio de atención telefónica.

3 Metodología

Para saber cómo debe actuar un Auxiliar Administrativo en la atención telefónica, se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cuiden, Lilacs, así como en el buscador de Google Académico. Los criterios a seguir fueron mediante artículos que hagan referencia a las tareas del Auxiliar Administrativo en Sanidad, como revisiones bibliográficas y guías de Sanidad.

Se excluyen artículos de pago y se usan palabras claves como: escucha, trato, calidad, experiencia, necesidad o atención.

4 Resultados

En los centros de salud, el teléfono es la forma más utilizada, por lo que el Auxiliar Administrativo y es la primera toma de contacto que tiene el usuario o paciente con el centro de salud.

Las características principales del Auxiliar Administrativo para desempeñar esta función se podrían resumir en, ser empático, el tono que debe emplear debe de ser el adecuado, debe tener una alta capacidad comunicativa, saber escuchar y ser resolutivo, ante los problemas que se puedan plantear. Para una buena atención

telefónica, la información que se da al usuario o paciente, debe de ser fiable y de calidad, la escucha ha de ser activa y asertiva, para poder resolver las necesidades del usuario o paciente, el auxiliar administrativo debe de actuar con claridad y hay que responder de forma ágil y eficiente.

El auxiliar administrativo a la hora de contestar una llamada, para que sea de calidad, la comunicación debe de seguir los siguientes puntos:

- No se deberá dejar sonar mucho rato el teléfono.

- Contestar con una frase de saludo y de identificación del centro al que están llamando.

- Contestar con una voz pausada y clara.

- Se debe intentar resolver los inconvenientes que puedan surgir, antes de colgar la llamada, sin asumir la responsabilidad del problema si no está en nuestro alcance.

- Si es necesario transferir una llamada, se deberá de comunicar al usuario que lo vamos a transferir. - No se debe dejar al usuario en espera demasiado tiempo y se le debe de decir el porqué de la espera.

- Si piden hablar con otra persona y no está disponible, se le tomarán los datos del paciente o usuario, para poder devolverle la llamada.

- No se debe discutir con el usuario y mucho menos gritarle.

- Para terminar, se debe agradecer al usuario por su llamada y esperar a que él cuelgue el teléfono.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que desempeñan los auxiliares administrativos en los centros de salud, requieren de mucha habilidad, paciencia y comprensión. Para una correcta atención telefónica, el auxiliar administrativo debe tener una alta capacidad comunicativa, ya que solo se relacionan con el paciente o usuario de forma auditiva.

La gestión que desempeña el auxiliar administrativo en la atención telefónica en un centro de salud, es fundamental, puesto que los pacientes llaman a su centro de salud, para pedir, cambiar o cancelar citas.

Podemos decir entonces, que la labor que realizan los auxiliares administrativos en la atención telefónica es imprescindible en los centros de salud.

6 Bibliografía

1. http://recursos.cnice.mec.es/lengua/profesores/eso1/t1/teoria_1.htm.

2. https://www. aicad.es/atencion-telefonica-empresa/.

3. https://biblioteca.unex.es/files/intranet/Procedimientos/Comunicaci%C3%B3n/SBAD-MC-003-BUENAS_PR%C3 %81CTICAS.pdf.

Capítulo 195

EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ESTRESADO

RAQUEL HINESTROSA ROSAL

MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA

CARLOS MORENO SÁNCHEZ

MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ

MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA

1 Introducción

Hans Selye fue el primero en realizar investigaciones sobre el estrés en el año 1926, en este año empezó a desarrollar su teoría sobre la influencia del estrés en la capacidad de las personas para adaptarse a las consecuencias de enfermedades o lesiones.

La organización mundial de la salud (OMS) define el estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción. Se trata, por tanto, de un sistema de alerta biológico imprescindible para la supervivencia.

El estrés forma parte de la adaptación de los seres vivos a su ambiente, es una reacción no específica y excepcional de adaptación y que moviliza el conjunto de los recursos humanos para responder a una agresión, es el conocido síndrome general de adaptación que conlleva una reacción de alarma, una fase de resisten-

cia y un estado de agotamiento. Selye identifica el estrés según la intensidad y duración de los elementos estresores.

El estrés agudo, el estrés por anticipación y el estrés crónico. La ley de prevención de riesgos laborales define el estrés en su artículo 4 como cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Dar a conocer en un principio el problema de posible estrés de mi compañero y tratar de solucionar con todos los medios posibles su situación y a la vez prevenir que no ocurra con otros compañeros.

3 Caso clínico

Mi compañero de trabajo empieza a cambiar tanto en el terreno personal como en el terreno laboral. Se le empieza a notar cambios en su personalidad, estando mucho más irritable y de mal humor, al mismo tiempo que se ausenta del puesto de trabajo con relativa frecuencia.

Una vez preguntado por si tiene algún problema, manifiesta que ya no puede más con la carga de trabajo, puesto que hubo reducción de personal y tenemos que realizar los trabajadores el doble de tarea que antes. Además de lo anterior, refiere que no puede conciliar el sueño, que toma ansiolíticos sin mucho control médico y que cada vez se nota peor tanto física como psicológicamente.

Se le recomienda una consulta específica con un especialista médico y una cita también con el coordinador del centro de salud para que analice nuestras condiciones de trabajo y tratar en la medida de lo posible de mejorarlas. Se le muestra también todo el apoyo de todos los compañeros y se le manifiesta que se le apoyara en todas las reclamaciones, sugerencias, propuestas, etc.

Para mejorar su situación y la nuestra. Mi compañero tiene además lo que nosotros consideramos una casi adicción a los dispositivos electrónicos. No puede vivir sin el móvil, nos dice muy a menudo, lo que hace que nunca desconecte del trabajo.

Le aconsejamos también que en la medida de lo posible se desconecte del móvil. Le recomendamos tanto a él cómo al coordinador la necesidad de crear la figura de un asesor para ayudar en los problemas del trabajo, para poder reunirse con él y tratar de que pueda ayudar a los trabajadores a encontrar la manera de reducir el estrés en los diferentes puestos de trabajo de la empresa.

4 Discusión-Conclusión

En la aparición de casos de estrés, como hemos concluido, afectan tanto las condiciones personales de cada trabajador como las condiciones de organización del trabajo.

Para afrontar el estrés a nivel del individuo se trata de trabajar el pensamiento positivo y autoestima, técnicas de relajación… se debe de aprender a manejar el estrés. Los pasos importantes para afrontar el estrés serían: crear una descripción del puesto de trabajo y ante todo establecer unas metas razonables (no aceptar más trabajo del que se puede realizar…), organizar cada día creando una lista de cosas pendientes, ponerse un límite.

Tomarse un descanso, si se siente cansado o estresado, aprovechar el tiempo libre, hacer cosas de las que disfrute y en cada caso hablar con un asesor, y sin lugar a dudas dejar de estar conectado todo el día a dispositivos electrónicos.

5 Bibliografía

1. Conclusiones de la ONU.

2. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292

3. ”Frontiers in human neuroscience” publicaiones.

4. https://revistamedica.com/estres-laboral-administrativos/

Capítulo 196

EL PINCHE DE COCINA: DISTRIBUCIÓN Y LABORES DE CADA PINCHE EN LA CINTA DE EMPLATADO

JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA

ALMUDENA PANTOJA HERRERA

MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS

CELIA SÁNCHEZ MARTÍN

1 Introducción

Cada Pinche que tiene como función emplatar, tiene que preparar su puesto con el tiempo suficiente para que cuando comience el emplatado, no se haya olvidado de nada y tenga todo lo necesario a mano.
Tiene que tener claro lo que tiene que hacer en el puesto asignado y dónde tiene que poner cada cosa en la bandeja, para que el resto de compañeros, no tenga que ir moviéndolo y vea su parte del trabajo ralentizada.
Cada uno tiene que leer la tarjeta que la persona de la cabecera ha colocado, para poner su parte de la dieta adecuadamente, es decir, si el pan, por ejemplo, lo lleva sin sal, de tamaño pequeño, tiene que leerlo antes para ponerlo correctamente sin tener que parar la cinta, ya que todo funciona como una cadena.

Si cualquiera de las personas que está en la cinta, se percatar de algún error, deberá comunicarlo de inmediato a su superior o a la dietista, para que sea corregido.
Si algo se derrama en la cinta, todo, deberá ser sustituido de inmediato.
A continuación, se detallará la colocación de los trabajadores en la cinta de emplatado y la labor que tienen que realizar cada uno de ellos.

2 Objetivos

Explicar las partes en las que se divide una cinta de emplatado, en la que se tiene que situar cada trabajador y las labores a realizar en cada una.

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. También se ha tomado testimonio de la experiencia de los autores arriba indicados, trabajadores en el Hospital Universitario de Toledo, como pinches de Cocina.

4 Resultados

Antes de empezar con la tarea de emplatado, el Pinche de cocina, tendrá claro su puesto en la cinta móvil y preparará todo lo necesario para realizar su labor.
La cinta de emplatado es un dispositivo por el que se deslizan las bandejas y cada trabajador va añadiendo lo que le corresponde por puesto.
En la cabecera de la cinta, se sitúa el primer pinche, encargado de poner la bandeja y la tarjeta identificativa del paciente, en la que van impresos los siguientes datos: tipo de dieta y además, si es con sal o sin sal (las dietas sin sal, llevarán una franja negra con el tipo de dieta), nombre y apellidos del paciente, planta en la que se encuentra el mismo hospitalizado, habitación y cama.
En la parte inferior, llevarán impresas otras observaciones, como tipos de alergias alimentarias o intolerancias a determinados alimentos.
Un poco más adelante, a la derecha, se encuentra el segundo pinche, encargado de los segundos platos. Debe colocar su alimento emplatado, en la parte de la bandeja que va a ser introducida en el carro, el la zona caliente. Junto a él, tiene

que tener el número de platos o bandejas necesarios para emplatar todos los segundos platos de los enfermos del hospital.
Enfrente de este, la persona encargada de cubiertos y pan, que debe situarlos en la parte de la bandeja que se introduce en el carro, en la parte fría.
A continuación, es decir, detrás de la persona que pone los cubiertos, se encuentra el trabajador que se encarga de los primeros platos, que suelen ser ensaladas, sopas, cremas, etc. (debe colocar las dietas calientes en la zona de la bandeja que se va a calentar, y las ensaladas en la zona fría) Y también debe tener a su alcance, todos los boles que va a utilizar. Esta persona también se encarga del reparto de túrmix, bien elaboradas de forma natural o las de máquina, ya que el paciente, necesita un tipo de características nutricionales en una medida concreta. Del mismo modo, asume el trabajo de poner aquellas dietas especiales, que se guardan en los armarios calientes: para alérgicos, intolerantes, veganos, vegetarianos, etc.
Detrás del pinche de los primeros platos, se encuentra la persona encargada de poner las guarniciones a los segundos platos.
Tras ella, el trabajador que pone los postres, que debe saber que debe colocarlos en el mismo sitio de la bandeja, donde van los cubiertos y el pan, es decir, la zona fría.
Enfrente de este trabajador, estará la persona que se ocupa de tapar las bandejas con los segundos platos y los boles donde van los primeros.
El siguiente trabajador, es el dietista que se encarga de que todo vaya correctamente emplatado y cada cosa en su sitio correcto.
Al final de la cinta, se encuentran los dos últimos pinches de cocina, los que se encargan de acercar los carros de transporte a la cinta, grande o pequeño, según el número de bandejas a llevar a cada planta. Se encargan también de introducir las bandejas en los mismos, teniendo cuidado de hacerlo de forma correcta: la parte caliente de la bandeja, en la parte indicada con un icono rojo y la fría, con uno azul.
También se encargan de poner el cartel al carro, con la planta a la que debe llegar el mismo.
Una vez introducidas todas las bandejas de una planta, se llevará el carro a cargar para llegar a sus temperaturas correctas y se sigue con las otras plantas.

5 Discusión-Conclusión

Cada pinche debe tener clara su posición y su labor y tenerlo todo preparado antes de empezar la cinta de emplatado.

Este trabajo se realiza en modo de cadena y el error de cualquier eslabón, llevará a que la cadena se detenga y las dietas puedan llegar más tarde a los enfermos que, en ocasiones, tiene un horario estricto.
También es importantísimo que la bandeja sea colocada correctamente, ya que la confusión de colocar la parte fría en la parte caliente del carro y viceversa, hace que una vez que se llega a la planta y se abra el carro, todo esté en malas condiciones, haya que volver a la cocina y empezar desde el principio con el emplatado, con el consiguiente retraso horario.

6 Bibliografía

1. PO03.-EMPLATADO-Y-DISTRIBUCION.pdf https://agscampogibraltaroeste.es/wp-content/uploads/2021/07/PO03.-EMPLATADO-Y-DISTRIBUCION.pdf
2. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. Hospital Punta Europa.
3. Alimentación Hospitalaria | Emplatado, cadena caliente y fría https://www.salamarkesa.com/alimentacion-hospitalaria/
salamarkesa.com

Capítulo 197

LABORES GENERALES DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

ALICIA CORROCHANO MARTÍN

MARÍA INMACULADA GARCÍA SANCHEZ MAYORAL

1 Introducción

El papel del pinche de cocina en el ámbito hospitalario es muy diverso, y es de suma importancia para garantizar una correcta alimentación y salud del paciente. Su trabajo cubre una amplia gama de tareas y contribuye en gran medida a la operación eficiente de todo el sistema hospitalario, trabajando tanto dentro de las instalaciones de la cocina hospitalaria y bajo las órdenes del cocinero/a, como en la distribución a los diferentes servicios del hospital, como pueden ser: plantas de uvi, servicio de urgencias, plantas de hospitalización, servicio de hospital de día para adultos, hospital de día pediátrico, servicio de hemodiálisis, servicio de ciclos, etc. Dentro de cada planta el pinche tendrá unas tareas específicas, que serán asignadas a cada pinche, de manera rotatoria, por la Gobernanta de cocina. En algunos de estos mencionados servicios, el trabajo de cocina cubre las necesidades alimenticias de los pacientes durante todo el día, como puede ser en plantas de UVI o plantas de hospitalización, sin embargo, en otros, como en Hospital de día o en Hemodiálisis, el paciente permanece en el hospital unas horas, no pernoctando en él, y con la consiguiente merma en el servicio de cocina, que no dará el servicio de cenas.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es mostrar, de modo general, las tareas del pinche de cocina dentro de un hospital.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha realizado una búsqueda sistemática tanto en libros, como en buscadores de internet, consultando diferentes páginas webs, donde se trata el mencionado tema. Además de la propia experiencia profesional, trabajando en esta categoría profesional.

4 Resultados

Los pinches de cocina son los encargados de mostrar primero su capacidad para preparar los alimentos, y realizar diversas tareas en torno a la cocina. Esto incluye una limpieza a fondo y una organización eficiente de los utensilios para mantenerlos en perfectas condiciones de uso. Igualmente, es responsable de la selección y preparación de los ingredientes, asegurando la frescura y calidad de los ingredientes para crear platos deliciosos y nutritivos.

Durante el proceso de cocina, el pinche de cocina asume la tarea de montar los platos y combinar los alimentos de manera armoniosa y estéticamente agradable. Además, es responsable de la correcta distribución de las comidas en la bandeja, asegurando que cada paciente reciba la cantidad adecuada y que se cumplan las indicaciones médicas o dietéticas específicas de cada paciente.

Además de estas tareas diarias en la cocina, los pinches de cocina trabajan en estrecha colaboración con nutricionistas y dietistas, para planificar y preparar los menús del hospital. El objetivo es adaptar la dieta a las necesidades individuales de cada paciente, teniendo en cuenta las restricciones dietéticas, las alergias y las condiciones médicas específicas. Siguiendo las pautas y recomendaciones establecidas, el pinche asegura una alimentación equilibrada y que contribuye a la rápida recuperación de los pacientes.

El trabajo del pinche de cocina en hospitales también requiere un estricto cumplimiento de las normas y procedimientos de higiene y seguridad alimentaria. Esto incluye mantener un entorno limpio y ordenado, además de seguir los protocolos adecuados para evitar la contaminación de los alimentos y garantizar la seguridad del paciente.

Los pinches hospitalarios, además de sus funciones en la cocina, deben tener habilidades de comunicación efectivas, ya que trabajan en estrecha colaboración con otros miembros del equipo del hospital. Mantener una comunicación fluida y eficiente, tanto con cocineros y dietistas, como con enfermeras y médicos, es necesario para recibir las indicaciones específicas de cada paciente y asegurar una alimentación oportuna, de acuerdo con las necesidades y recomendaciones médicas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, los trabajos del pinche de cocina, en la cocina del hospital, son muy importantes e implican una amplia gama de tareas. Su trabajo contribuye directamente a la nutrición adecuada de los pacientes, asegurando que los pacientes reciban comidas saludables, adaptadas a sus necesidades individuales y preparadas de acuerdo a los más altos estándares de higiene y seguridad alimentaria. Los pinches de cocina juegan un papel fundamental en el bienestar y la rápida recuperación de los pacientes hospitalizados, convirtiéndose en un nexo crítico entre el paciente y el equipo médico y de enfermería, dando la más alta calidad asistencial.

6 Bibliografía

- Funciones del pinche de cocina en hospitales: todo lo que debes saber - academiadevuelo.es
- Lectura 1: Conocimiento de funciones, procedimientos y contenidos en materia de Gestión de la alimentación de Pacientes. (juntadeandalucia.es)
-Editorial MAD

Capítulo 198

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: PARTES DE UNA COCINA Y LA FUNCIÓN DEL PINCHE EN CADA UNA DE ELLAS

JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA

CELIA SÁNCHEZ MARTÍN

ALMUDENA PANTOJA HERRERA

MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS

1 Introducción

Uno de los factores más importantes para mejorar la condición del paciente en el hospital es su nutrición.
Las dietas generales y especiales son preparadas por el médico endocrinólogo.
Hay pacientes que, por su condición, enfermedad, alergias, cultura o hábitos alimentarios, deben seguir dietas muy específicas.
Todas estas dietas se preparan en la cocina del hospital y el trabajo de este servicio lo realiza, junto con los cocineros, el Pinche de Cocina hospitalaria. Su experiencia también incluye la entrega y distribución de comidas preparadas en las plantas de los hospitales.
En resumen, el pinche de cocina del hospital es responsable de la preparación, almacenamiento, elaboración, emplatado y entrega de comidas a los auxiliares de planta, para que lleguen a cada uno de los pacientes hospitalizados.

También es responsable de la limpieza de todos los elementos utilizados en el trabajo, el equipo necesario para este fin, así como las bandejas y platos recogidos de las plantas del hospital después de las comidas.
Pero su labor, no solo se limita a la zona de la cocina. Los oficios de cada planta, que son una habitación equipada con fregadero, fuente de agua, armarios y frigorífico, con los alimentos extras que los enfermos puedan demandar, deben también estar limpios, ordenados y provistos de los alimentos extra que vengan especificados en los convenios entre el servicio hospitalario y la cocina.

2 Objetivos

Determinar las partes de la cocina hospitalaria y la labor a realizar en cada una, algo de lo que debe ser conocedor el pinche de una cocina hospitalaria, para realizar su trabajo eficazmente.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha hecho una búsqueda en artículos de internet sobre el tema y se ha utilizado la experiencia laboral como Pinche de Cocina, de los autores arriba indicados, en diferentes hospitales. En el último hospital donde han prestado sus servicios, es en el Hospital Universitario de Toledo. Se ha desechado lo que ha parecido menos relevante y se ha llegado a los resultados abajo redactados.

4 Resultados

Los pinches de cocina hospitalarios, deben estar familiarizados con las partes en las que se divide la cocina. Dichas partes son las que se enumeran a continuación:
- Salas para ingredientes: sala de verduras, de carnes, de pescados y de varios. Aquí, la comida se coge directamente del almacén, el personal extrae los productos del envase, lo lava y lo trocea, según las indicaciones del cocinero, para su procesamiento. También el pinche es responsable de la limpieza y el mantenimiento de estas instalaciones y todo lo que se utiliza en ellas.
Es importante tener en cuenta que nunca debe moverse de una habitación a otra sin tomar las medidas de higiene necesarias para evitar la contaminación cruzada, o introducir cualquier tipo de producto en una habitación que no esté destinada al mismo.

- Zona de preparación: en esta sección se encuentran todas las herramientas y equipos para el cocinado de las dietas: fogones, freidora, olla basculante, plancha basculante, plancha fija, etc.
Los productos crudos después de ser preparados en las salas anteriores se transferirán a esta sala para su procesamiento. Una vez que se completa el cocinado, el pinche debe limpiar toda el área y el equipo utilizado en ella.
- Plonge: es una habitación equipada con fregaderos y lavavajillas para lavar todo lo que se utiliza en la preparación de las comidas. Una vez que se hayan limpiado a la perfección las ollas, los cazos, espumaderas, cucharones, etc., se almacenan en las estanterías para el próximo turno.
- Sala de dietas especiales: es una sala importantísima. Aquí solo se preparan dietas para personas con intolerancias o alergias, utilizando utensilios únicos e individuales para el cocinado de las mismas.
- Zona de emplatado: cinta deslizante mecánica en la que se sirven los platos en forma de cadena, además del pan, el agua, los postres y los cubiertos en una bandeja. Cada bandeja tiene una etiqueta con la identificación del paciente, la ubicación en planta y habitación, la dieta y las especificaciones de las comidas preparadas a partir de ella.
- Zona de carros: la sala donde se encuentran los carros que se utilizan para el transporte de las bandejas a las plantas de hospitalización. Después del emplatado, las bandejas se colocan en ellos de manera ordenada, identificándose cada carro, con la planta y el servicio hospitalario a donde van dirigidos.
- Zona de lavado de vajilla: después de que el enfermo haya terminado de comer y se le haya retirado la bandeja de la habitación, se devuelve todo a la cocina, se extraen de las bandejas la vajilla y la cubertería y se introduce en el tren de lavado. Se retira todo lo desechable como servilletas, envases de un solo uso y se tiran al recipiente para su reciclado. Los restos de comida, se meten en el conducto de residuos o triturador de basuras.
Al final del tren de lavado, la vajilla y la cubertería sale limpia y desinfectada, gracias a los detergentes y las altas temperaturas obtenidas en el proceso y el pinche encargado en este puesto, debe extraerlo y colocarlo en su lugar de almacenaje correspondiente.
- Zona de lavado de carros: una vez que todas las bandejas han sido extraídas para limpiarlas y desechar los restos, se llevan los carros a esta zona, donde los pinches se encargan de su limpieza. Deben ser conocedores de las partes extraíbles de los carros, para realizar un trabajo eficaz y evitar posibles restos de comida, que puedan contaminar las dietas del siguiente turno de comidas.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina que presta sus servicios en la cocina de un hospital, necesita conocer cada parte de la cocina, el trabajo a realizar en ella y debe respetar todas las normas higiénico-sanitarias que su labor requiere.
Deben realizar sus funciones, de acuerdo con las indicaciones de sus superiores: cocineros, nutricionistas, gobernantas, etc.
También es responsable del transporte de alimentos a las plantas de hospitalización y de la limpieza y mantenimiento de los oficios que se encuentran en cada una de ellas.
Cada tarea tiene un tiempo de realización concreto, ya que cada jornada laboral, está perfectamente diseñada para que se realicen todas las acciones necesarias, para que al paciente le lleguen sus dietas en perfecto estado y a las horas concretas en las que deben comer.

6 Bibliografía

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/pinche_lectura_01.pdf
”PINCHES DEL SAS. FUNCIONES, PROCEDIMIENTOS Y CONTENIDOS” https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/
”Cocina Hospitalaria”
HOSPITECNIA. Arquitectura, ingeniería y gestión hospitalaria y sanitaria

Capítulo 199

EL PINCHE HOSPITALARIO Y LA PEQUEÑA MAQUINARIA EN COCINA

ALICIA CORROCHANO MARTÍN

MARÍA INMACULADA GARCÍA SANCHEZ MAYORAL

1 Introducción

En un entorno hospitalario, existen varios tipos de equipos de cocina que se utilizan para preparar y servir comidas a los pacientes. Estos instrumentos y equipos están especialmente diseñados para cumplir con los estándares de higiene y seguridad alimentaria requeridos en entornos médicos. Dentro de estos equipos podemos hacer mención a los aparatos considerados como pequeña maquinaria, que estarán distribuidos de manera estratégica, y según su uso, por las diferentes zonas de la cocina del hospital, como pueden ser el cuarto frío, cuarto de verduras, cuarto de carnes, cuarto de pescado, zona de elaboración, etc. Cada máquina ha de ser limpiada y desinfectada, siguiendo los protocolos de limpieza y seguridad alimentaria, desmontando todas las posibles partes, eliminando así los restos de alimentos que estuvieran adheridos al aparato. Además, se han de limpiar todas aquellas partes de la máquina que no se puedan desmontar, con precaución para evitar mojar las zonas que contengan el motor del aparato, evitando así el deterioro del mismo y además previniendo un posible accidente laboral para la persona que lo utilice en el futuro. El pinche de cocina ha de dejar la pequeña maquinaria perfectamente montada y lista para su siguiente uso en el próximo turno de trabajo.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es dar a conocer parte de la pequeña maquinaria, que utiliza el pinche, en la cocina de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha tenido en cuenta la experiencia profesional de la autora, trabajando en dicha categoría en un entorno hospitalario. Además, se han consultado diferentes buscadores de internet, extrayendo información en artículos y páginas webs, referentes del tema a tratar.

4 Resultados

A continuación se presentan, algunas de las pequeñas maquinarias de cocina más comunes, que se encuentran en la cocina hospitalaria:

- Peladora: Estará situada en el cuarto de verduras. Se utiliza para quitar la piel a patatas y otras hortalizas. Tiene forma cilíndrica y su interior es áspero. Está conectada a la corriente eléctrica y a una toma de agua. Funciona a modo de centrifugadora, eliminando la piel de la patata y desechándola por una abertura inferior. El pinche puede preparar también patatas torneadas en esta máquina.
- Picadora: Estará situada en el cuarto de carnes. Este aparato se utiliza para trocear la carne en pedazos muy pequeños, aunque a veces, también se utiliza para picar hortalizas. Su uso suele ser un dispositivo eléctrico, aunque a veces, puede ser manual, donde el pinche tiene que girar una manivela. Suele tener la boca y la zona de cuchillas desmontable, facilitando así la limpieza.
- Cortadora de fiambres: Se puede utilizar para cortar diferentes alimentos. Cuando se haya terminado de cortar el producto, se ha de limpiar su cuchilla de manera minuciosa y escrupulosa, para evitar contaminaciones cruzadas, desmontando las piezas que se puedan y sumergiéndolas en una solución de agua y detergente bactericida, consiguiendo así una limpieza en profundidad. Se desinfectará de igual forma el cuerpo de la máquina.
- Cortadora de patatas: Estará en el cuarto de preparación de verduras. Con esta maquinaria el pinche puede preparar diferentes cortes en las patatas, según la petición del cocinero o cocinera, como por ejemplo, en rodajas, en bastón, chips, etc.
- Balanza: Es otra pequeña maquinaria muy útil en la cocina, ya que permite al pinche pesar porciones de comida, para la elaboración de dietas especiales, como

por ejemplo, la dieta que ha de tomar un paciente diabético, donde las cantidades ingeridas tienen que ser medidas y exactas.
- Mesa de trabajo: Indispensable entre la pequeña maquinaria. Ha de limpiarse con una solución jabonosa con agua y enjuagarse con agua limpia y bactericida.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el uso de la pequeña maquinaria en la cocina de un hospital es fundamental para asegurar la preparación de comidas seguras y de calidad para los pacientes. La desinfección y limpieza adecuadas de estos equipos son aspectos clave para prevenir contaminaciones y asegurar la higiene alimentaria. Se puede decir que la pequeña maquinaria resulta de gran utilidad para el pinche de cocina en el hospital. Esta hace que las labores sean menos tediosas y más rápidas de elaborar. Su limpieza ha de ser minuciosa y exhaustiva, donde el papel del pinche es crucial, asegurándose de que esté lista para su uso posterior.

6 Bibliografía

- cebc55b9-a7f5-8545-7aea-b133db98f1fd (murciasalud.es)
- Editorial MAD
- Propia experiencia profesional.

Capítulo 200

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE CENTROS SANITARIOS Y EL IMPACTO DEL TRABAJO A TURNOS

BÁRBARA MUÑOZ PALOMO

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

Mª INMACULADA LÓPEZ GALLEGO

ELENA MALDONADO GALERA

SANDRA RODRIGO MARTINEZ

1 Introducción

Son incontables, las definiciones existentes del trabajo a turnos. Una de ellas, podría ser el trabajo que es llevado a cabo por diferentes grupos de trabajadores de forma sucesiva. En este formato de tipo de trabajo cada trabajador hace una jornada, que puede abarcar de 16 hasta 24 horas de trabajo diariamente.
Otra definición, esta vez recogida en el Estatuto de los trabajadores, dice que el trabajo a turnos o rotatorio es toda forma de organizar el trabajo. Se debe tener en cuenta un ritmo discontinúo o continuo. Esto va a implicar que el trabajador prestará sus servicios en horario distinto al usual en un espacio de tiempo que abarca días y/o semanas.
En el ámbito al que nos estamos refiriendo, el de la sanidad, es uno de los que es más necesario el trabajo a turnos. La sanidad tiene un horario de atención al

paciente que es 24 horas, durante los 365 días del año. No hay lugar al descanso ni al cierre como pudiera ocurrir en el ámbito comercial.
Si bien es cierto, que en no todos los servicios de los centros sanitarios, se necesita un horario de atención continuada. Hay en determinados servicios que resulta imprescindible, como pueden ser las urgencias de un hospital, donde un sistema rotatorio de turnos ayudará a una correcta atención del enfermo. El personal sanitario y el personal administrativo de admisión tendrán que trabajar a turnos, las 24 horas del día, tanto laborales como festivos.

2 Objetivos

Se hará un estudio en que se refleje la manera en que puede afectar el trabajo a turnos al grupo de auxiliar administrativo que trabaja en el sector sanitario. Como le afecta en el ámbito familiar, social, psicológico, físico, etc.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda de tipo bibliográfico en los distintos artículos publicados en múltiples bases de datos de carácter, sobre todo, científico, tales como Dialnet, Medline. También se ha usado el buscador Google.
Buscando palabras clave como: trabajo a turnos- turnicidad,- estrés – salud- o auxiliar administrativo.

4 Resultados

Los cambios que conllevan en la vida cotidiana de las personas un trabajo a turnos son muy significativos. Estas alteraciones pueden ser evidentes a corto plazo y a largo plazo. El hecho de trabajar a turnos llevará de forma subyacente un cambio importante en las costumbres sociales y familiares del trabajador en cuestión.
Si hablamos de turnos en horario nocturnos, el trabajado tiene que permanecer despierto mientras su entorno familiar y social y la mayoría de la sociedad estará durmiendo. Este hecho puede provocar falta de sueño, mal humor, estrés, dolores de cabeza, migrañas. Hay unos horarios relativamente establecidos en la sociedad para comer, sociabilizar, descansar, practicar hobbies, pero en el momento que hablamos de un trabajo a turnos estos horarios son sutilmente distintos. Resulta bastante complicado, conciliar una vida familiar y de amistad con estos tipos de trabajo.

Por ejemplo, una comida familiar, el tiempo que puede pasar una persona con sus hijos, se tornan diferentes cuando hay que llevar a cabo un trabajo de turnos rotatorios. La sociedad normalmente vive de día, los niños van al colegio en horario diurno y, el trabajador que ha trabajado de noche, en esos momentos tiene que dormir y descansar adecuadamente.

Muchos trabajadores con este tipo de trabajo, pueden sufrir trastornos de tipo digestivo, porque se tiende a comer mal, en horarios a veces poco adecuados y por consiguiente las digestiones son más pausadas. Es habitual, ingerir más bebidas estimulantes, que contengan cafeína y que provoquen problemas de tipo estomacal.

Por todo lo anteriormente expuesto, se podría decir que estos trabajadores necesitan un control más exhaustivo por parte del sistema de prevención de riesgos de tipo laboral. Se deben llevar a cabo acciones para potenciar una vida lo más saludable posible, que los descansos entre turnos sean proporcionales y así evitaremos que baje el rendimiento laboral. Una forma de compensación, a todos los efectos negativos, que puede tener este tipo de trabajo, sería un aumento de complementos en la nómina por productividad, que los tiempos de descanso sean los adecuados, que el puesto de trabajo no deje de sufrir mejoras.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo a turnos rotatorios no ayuda a que el trabajador tenga una vida equilibrada, ni personal ni laboral. Los cambios en nuestro día a día nos provocan cierta inestabilidad, nos descoloca a nivel personal.

Saber plantar cara a estos inconvenientes, siguiendo unas rutinas, alimentación y descansos coherentes con nuestros turnos de trabajo, nos ayudará a eludir tiempos de fatiga tanto física como mental y de estrés de tipo laboral y mejorará nuestra calidad de vida.

Las diferentes situaciones, que nos sacan de nuestra zona de confort y de nuestra rutina diaria, suponen un gran desorden en nuestras vivencias personales y de tipo profesional.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el trabajo con rotación imposibilita ajustar la vida social, familiar y el descanso mental y físico del trabajador en general.

Todo aquello que nos saque de nuestra rutina diaria nos descoloca inevitablemente y el trabajo a turnos rotativos no contribuye a veces a llevar una vida equilibrada tanto personal como laboral. Por ello, el saber cómo afrontar de la mejor manera posible estos tipos de trabajo siguiendo unas rutinas y unas co-

midas y descansos acordes al turno que vayamos a hacer contribuirá a evitar momentos de fatiga y estrés laboral, mejorando nuestra calidad de vida.
Las administraciones encargadas de ello, y las distintas gerencias del ámbito sanitario, deberán trabajar para que el efecto perjudicial de esta forma de trabajo sea el mínimo posible para el trabajador que tiene posibilidad de sufrirlo.

6 Bibliografía

-https://www.tramitapp.com/blog/como-realizar-una-correcta-gestion-de-turnos-en-hospitales/
-https://revistamedica.com/afecta-a-la-salud-trabajo-a-turnos/

Capítulo 201

EL PINCHE DE COCINA Y LA LÍNEA FRÍA EN LA COCINA HOSPITALARIA

JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA

MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS

CELIA SÁNCHEZ MARTÍN

ALMUDENA PANTOJA HERRERA

1 Introducción

Cada vez son más los hospitales que implementan este tipo de cocina para los pacientes hospitalizados, ya que se respetan al 100% las características sensoriales de los alimentos, al igual que en la comida recién cocinada, tales como olor, apariencia atractiva, sabor, etc.; pero los valores nutricionales de los mismos, tras su elaboración y almacenamiento, son más elevados que aquellos en los que se utiliza la cocina tradicional y se almacenan las dietas calientes hasta su emplatado. Por ejemplo, en Línea Fría, los alimentos no se oxidan, como suele ocurrir con los almacenados en caliente, y tienen mayor aportación en vitamina C.
Una cocina hospitalaria que trabaja con Línea Fría, tiene una maquinaria diferente a aquella en la que se realiza un tipo de cocina tradicional con almacenamiento en caliente, como por ejemplo, hornos mixtos de convección-vapor, ollas basculantes, planchas fijas y basculantes, en la que se realice la cocción seca y plana de los alimentos, sartenes basculantes, abatidores donde se reduce la temperatura de la comida ya elaborada, en poco tiempo, etc.; aunque también

cuentan con elementos que comparten con la cocina caliente, como freidoras, fogones, etc.
Los pinches de cocina, tienen que ser formados adecuadamente para que su labor sea eficaz en este tipo de cocina.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende explicar a grandes rasgos la labor del Pinche de Cocina hospitalaria, donde se realiza la elaboración y conservación de los alimentos en Línea Fría.

3 Metodología

Se han extraído artículos científicos de internet, con respecto a este tema. También, se ha tomado información dada por los autores arriba indicados, que han sido formados para trabajar en cocina de Línea Fría, una vez se implante en el Hospital Universitario de Toledo.
Se ha hecho una revisión de todo lo encontrado y se ha procedido a la redacción del siguiente capítulo.

4 Resultados

Este tipo de cocina, se basa en el proceso de enfriamiento rápido de los alimentos ya elaborados. Es decir, una vez que el Pinche ha tratado los alimentos crudos en las diferentes salas de verduras, pescados, carnes y varios, según las indicaciones de los cocineros, se llevan a la sala de elaboración para ser cocinados.
Una vez realizado el proceso, las dietas se llevan al llamado abatidor, donde se reduce su temperatura, manteniéndola en un abanico de entre 0 y 3 ℃, en un tiempo lo más corto posible, rondando entre una y dos horas.
Cuando va a llegar el horario de ingesta de comidas por parte de los pacientes, todas las bandejas con las dietas individuales y ordenadas por plantas y números de habitación de forma consecutiva, se introducen por parte de los pinches de cocina en carros isotérmicos, donde una parte, en la que se encuentran los primeros y segundos platos (siempre y cuando no se trate de ensaladas y sopas frías), se calienta hasta llegar a 65/70 ℃, que es la temperatura ideal para su consumo; y los postres, cubiertos, pan, agua y, si hubiera, sopas frías o ensaladas, se ponen en

el lado frío de la bandeja para mantener su frescura y el enfriamiento necesario para su consumo.
La organización de la cocina de Línea Fría, tiene que estar de acuerdo con las características del hospital donde se realiza en cuanto al número de pacientes y las diferentes dietas que se dan a los enfermos y se debe distribuir el trabajo entre los pinches, en cadena para asegurar los mejores resultados, tanto en la apariencia, como en los valores nutricionales de los alimentos.
Si en este tipo de cocina, se utiliza una organización rotatoria, todos los trabajadores deben conocer lo que se realiza en cada puesto, ya que el fallo en cualquier eslabón, perjudica a la cadena entera y puede ocasionar problemas a los pacientes de un hospital entero.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental formar a los trabajadores de una cocina que utiliza el proceso de Línea Fría, tanto en los elementos que se utilizan en su elaboración, como los tiempos en los que tiene que estar en abatidor y las temperaturas que deben alcanzar para respetar los valores nutricionales y un aspecto que sea atractivo al paciente, para que le invite a consumirlos.
La alimentación de un paciente hospitalizado, es una parte muy importante en su tratamiento y mejora.
La cocina que trabaja en Línea Fría, tiene que estar preparada para hacer frente a cualquier problema que pueda surgir, por ejemplo, en el caso de que unas dietas no se hayan tratado en las temperaturas oportunas y solucionarlo a la mayor brevedad posible, sin que afecte al paciente.

6 Bibliografía

https://zaguan.unizar.es/record/11804/files/TAZ-TFG-2013-677.pdf
Grado en Nutrición Humana y Dietética
"Línea Fría Completa en el Ámbito Hospitalario"
Universidad de Zaragoza
Alumna: Romero Bordejé Portalatín https://hospitecnia.com/sites/default/files/15882831450158828314501588283145.pdf
"La línea fría en la cocina hospitalaria"
Carlos Fernández Alcalá. Electrolux.
Congreso Nacional. XXV Seminario de Ingeniería Hospitalaria. Asociación Española de Ingeniería Hospitalaria.

Tutora de la Universidad de Zaragoza: María Cristina Yagüe Ruiz
Área de Nutrición y Bromatología
Fecha de presentación: 19/09/2013

Capítulo 202

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS

1 Introducción

En el ámbito sanitario nos encontramos cada vez organizaciones hospitalarias más complejas, que ofrecen un mayor número de servicios, y atienden a un número creciente de pacientes, es por ello que se hace necesario articular estructuras que posibiliten la coordinación, ordenación e integración de las actividades hospitalarias, para poder prestar un servicio de calidad.
Es necesario no solo organizar los servicios, sino además disponer de sistemas que organicen la información de manera homogénea, fiable y eficaz, con el fin de optimizar los recursos y poder contar con datos para la elaboración de estadísticas.
El servicio de Admisión y Documentación Clínica constituye esta unidad de apoyo y soporte de la actividad asistencial. Entre sus funciones podemos definir tres campos de actuación:
-Gestión de pacientes.
-Tramitar la documentación clínica.
-Gestionar la información asistencial generada.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica tiene multitud de áreas o unidades, su organización varía entre las distintas comunidades autónomas, lo que sí es común es su carácter multidisciplinar y la existencia médicos de admisión al frente de dicho servicio. En este capítulo vamos a centrarnos en las funciones que realiza el auxiliar administrativo en admisión de hospitalización, características y organización de la unidad y tareas y funciones que se realizan en la misma.

2 Objetivos

-Describir la estructura del Servicio de Admisión y Documentación clínica (SADC).
-Enumerar las funciones del auxiliar administrativo en la unidad de admisión de hospitalización.
-Resaltar la importancia del auxiliar administrativo en dicha unidad.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como "auxiliar administrativo", "admisión 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.
A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.
Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

Podemos definir el Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) como un servicio no asistencial, cuya función es facilitar a los usuarios el acceso a la

asistencia sanitaria especializada, ya sea en régimen ambulatorio o de hospitalización, así como gestionar la historia clínica. Por ello decimos que tiene un carácter multidisciplinar. Dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica podemos distinguir las siguientes áreas o unidades:

-Admisión de hospitalización.
-Admisión de urgencias.
-Admisión de asistencia ambulatoria, de atención especializada y de atención primaria.
-Archivo de historias clínicas.
-Documentación.

En este capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la unidad administrativa de admisión de hospitalización, así como describir su estructura.

La unidad de Admisión de hospitalización tiene como función la gestión de los pacientes desde su ingreso en la institución sanitaria, hasta la finalización de su proceso asistencial. El inicio del contacto del paciente con el servicio de Admisión hospitalaria se produce con la entrega de la orden de ingreso y hospitalización por parte del médico que le trata. Con este documento el auxiliar administrativo, podrá realizar el registro del paciente y asignarle una habitación, según la disponibilidad y el servicio en el que vaya a ingresar el paciente.

Las funciones que realiza el auxiliar administrativo en Admisión de hospitalización son las siguientes:

-Recepciona las órdenes de ingreso emitidas por los facultativos de consultas externas, para su mecanización.
-Realiza la admisión de los pacientes, comprobando sus datos personales, dirección, teléfono, así como su régimen de seguridad social.
-Mecaniza las órdenes de ingreso en el programa de la institución sanitaria, rellenando la procedencia del ingreso: consultas externas, lista de espera quirúrgica, hospital de día, unidad de cirugía sin ingreso, etc. También indicará el servicio o especialidad a cargo de la cual ingresa el paciente.
-Asigna las camas disponibles teniendo en cuenta el servicio de ingreso, la disponibilidad de recursos, gestión de las plantas, etc.
-Gestiona el préstamo de la historia sanitaria del paciente a la planta y servicio correspondiente.
-Realiza los justificantes de hospitalización, tanto a pacientes como familiares que así lo soliciten.
-Será el encargado de citar en la agenda y programa correspondiente, la cita para el proceso de hospitalización, para que el paciente pueda registrarse para ser

llamado por las pantallas de recepción.
-Gestiona, junto con el servicio de medicina preventiva, los pacientes que requieren algún tipo de aislamiento, ya sea infeccioso, inmunodeprimido, social, etc. Ubicándolos en los recursos disponibles para tal fin.
-Informará a pacientes y familiares sobre cualquier duda, pregunta o consulta, siempre dentro de sus competencias.
Todas estas funciones son de gran importancia para un funcionamiento eficaz y fluido del circuito de hospitalización, de ahí la gran importancia del auxiliar administrativo.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de Admisión de hospitalización constituye el acceso de los pacientes al área de hospitalización, tiene la función de recibir a los usuarios e informarles sobre todos los servicios disponibles, así como gestionar administrativamente todo su proceso asistencial.
El auxiliar administrativo en el servicio de Admisión de hospitalización sirve como enlace o punto de unión entre lo puramente administrativo y los servicios clínicos, dando soporte al resto de profesionales que intervienen en el proceso asistencial de hospitalización. De la labor del personal auxiliar administrativo depende en gran medida la optimización de recursos y fluidez en la gestión de camas hospitalarias, por ello su labor es de gran importancia para el correcto funcionamiento de la institución hospitalaria.

6 Bibliografía

1.https://www.chospab.es/paciente/admisionDocumentacion/admisionDocumentacion.htm
2. https://www.mspbs.gov.py/dependencias/imt/adjunto/4d597d-admisionhospitalaria.pdf
3. https://admisionhospitalaria1.blogspot.com/2014/10/admision-hospitalaria.html

Capítulo 203

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CITACIONES

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS

1 Introducción

La actividad desarrollada en Consultas Externas, surgida como apoyo a la de hospitalización, ha ocupado históricamente un papel secundario frente a esta. El mayor consumo de recursos y la atención a casos más complejos y paradigmáticos de las diferentes Especialidades Médicas que hasta ahora se asociaba a la hospitalización, ha justificado el mayor interés por esta área de gestores y profesionales sanitarios.

En los últimos tiempos, sin embargo, la conjunción de una serie de factores ha modificado esta realidad, haciendo que las consultas externas tengan un papel más importante. Entre estos factores se encuentra la preferencia de la atención ambulatoria de los procesos en prejuicio o menoscabo de la hospitalización, el aumento de la actividad en consultas, y el incremento de la demanda en Atención Especializada.

Para dar respuesta a toda la actividad generada en las distintas consultas en el ámbito hospitalario, el servicio de Admisión y Documentación Clínica, en su unidad de citaciones, será el encargado de coordinar, gestionar y organizar toda la actividad de las consultas externas. Para ello, los auxiliares administrativos de la

unidad se encargarán de gestionar las agendas, citar las distintas especialidades médicas, confirmar citas, etc.
En este capítulo vamos a describir el funcionamiento de la unidad de citaciones, así como las funciones que desarrollan en dicho servicio los auxiliares administrativos.

2 Objetivos

-Describir brevemente el servicio de citaciones hospitalarias.
-Listar las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo en el servicio de citaciones.
-Destacar la importancia de auxiliar administrativo en la unidad de citaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de los hospitales, podemos distinguir varios tipos de atención: en régimen de internamiento, como es la hospitalización, y en régimen ambulatorio, donde nos encontraríamos las consultas externas. En ellas se presta atención ambulatoria de diferentes especialidades médicas, y en los últimos tiempos han adquirido una gran importancia y desarrollo, dando prioridad a estas en detrimento de la hospitalización. Con su desarrollo se pretende evitar ingresos innecesarios, mucho más costosos para el sistema de salud, y que provocan en el paciente una mayor desorientación y desubicación, sobre todo en enfermos de avanzada edad, con el consiguiente riesgo de contagio de infecciones nosocomiales.
Para acceder a las consultas externas podemos diferencias varias vías:
-Derivación por parte del médico de atención primaria, cuando considera que el paciente no puede ser tratado en este nivel, y debe acudir al especialista.
-Derivado por otra especialidad médica.
-Derivación desde el servicio de urgencias hospitalarias.

Así mismo podemos diferencias entre dos tipos de citas:
-Citas para enfermos nuevos o primeras citas, estas pueden ser con carácter preferente, en este caso se dará prioridad, y citas normales, que seguirán unos tiempos de espera mayores.
-Citas para consultas sucesivas, se trata de pacientes ya valorados en el servicio y que acuden a revisiones de su patología, en este caso la cita será gestionada por la enfermera o auxiliar de enfermería de la consulta correspondiente.
Seguidamente, vamos a desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la unidad de citaciones:
-Serán los encargados de informar a los usuarios sobre la ubicación de las distintas consultas, así como de cualquier duda que pueda surgirles referente a su cita médica.
-Citarán todas las pruebas que prescriban los especialistas, siguiendo sus indicaciones.
-Confirmarán telefónicamente las citas, evitando dejar huecos sin paciente.
-Gestionarán las agendas de los diferentes servicios médicos, habilitando o cerrando huecos según las necesidades del servicio.
-Las agendas estarán en soporte informático y el servicio de citaciones será el encargado de proporcionar el soporte operativo preciso para definir las agendas, facilitando a la Dirección Médica del centro información periódica sobre la demanda y demora existente.
-Reprogramarán citas cuando así lo demande un servicio, y avisará a los pacientes de la nueva cita propuesta, ya sea telefónicamente, mediante carta o SMS.
-Desprogramación de citas.
-Bloqueo de agendas cuando sea necesario. La planificación de las agendas tendrá como objetivo evitar reprogramaciones innecesarias y que no hay pacientes en espera de cita por estar la agenda cerrada.
-Creación de agendas nuevas.
De todas estas funciones se deduce la gran importancia del auxiliar administrativo en el servicio de citaciones, ya que de su buen trabajo depende que la asistencia a los pacientes sea de calidad, ágil y evite demoras en sus citas con los especialistas.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto en el presente capítulo, la labor del auxiliar administrativo en el servicio de citaciones hospitalarias es de gran importancia, pues de su buen hacer depende el correcto funcionamiento del circuito de citas, evitando demoras

excesivas o innecesarias, errores en la citación de especialidades médicas, reprogramaciones no necesarias, retrasos en la programación de quirófanos por falta de pruebas etc. En conclusión, podemos afirmar que es un servicio imprescindible para coordinar de forma eficaz el resto de actividades asistenciales y optimizar todos los recursos disponibles dentro de un área de salud determinada, tanto a nivel de Atención Primaria como Atención Especializada.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100404
2. https://nordoc.net/wp-content/uploads/2016/01/Gui%CC%81a-de-Gestio%CC%81n-de-Consultas-Externas-en-Atencio%CC%81n-Especializada.pdf
3. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/3AtencionEspecializada/home.htm

Capítulo 204

EL CELADOR Y LOS RIESGOS DE LA ERGONOMÍA

REBECA CANTELI RIVERA

1 Introducción

Somos celadores y un elemento fundamental en la organización del trabajo hospitalario, centrada en el paciente. La tarea principal es garantizar el bienestar del paciente a través de la realización diaria de diversas actividades como el aseo, la alimentación y la movilización. Al realizar estas tareas, nos exponemos a sufrir lesiones en la espalda y otras partes del cuerpo.

Entendemos que el propósito principal de la ergonomía es ajustar el lugar de trabajo a los requerimientos, minimizando los impactos negativos en mi bienestar. La ergonomía es un conjunto de conocimientos multidisciplinarios aplicados para adaptar productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de sus usuarios, optimizando la eficacia, seguridad y bienestar. En consecuencia, podemos afirmar que la ergonomía se ocupa de la comodidad postural en el trabajo.

Es fundamental para estar al tanto de las reglas básicas para el manejo de cargas y así prevenir lesiones. La manipulación de pacientes y cargas es el riesgo ergonómico que más afecta como celador. Los efectos se concentran principalmente en la espalda, provocando lumbago, ciática, hernia de disco, etc. Por lo tanto, el entrenamiento en técnicas de manipulación es el objetivo principal a abordar.

Además, es importante mencionar que la ergonomía no solo se enfoca en aspectos físicos, sino también en aspectos cognitivos y organizacionales. Esto incluye la

evaluación del estrés laboral, la carga emocional y la relación entre el trabajador y la institución.

En resumen, la ergonomía desempeña un papel fundamental en el trabajo como celadora para prevenir lesiones y mejorar el bienestar en el desempeño de las funciones.

2 Objetivos

Objetivo principal:
Saber que la ergonomía busca ajustar el lugar de trabajo a las necesidades, minimizando los impactos negativos en el bienestar.
Objetivos secundarios:
Es fundamental conocer las reglas básicas para el manejo de cargas y así prevenir lesiones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda y una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente, y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, examinando varios análisis e investigaciones: Comsalud, Seslap, Emawwe, Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de dichas publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.
En los criterios de selección se estableció que fueran publicadas en los últimos 8 años y en idioma español e inglés.
Por otro lado, las plataformas como Google Académico o Ocronos se han utilizado usando palabras clave como “ergonomía celador” y “riegos ergonómicos”.

4 Resultados

Como celador, sabemos que la patología lumbar es el riesgo ergonómico que más afecta. Algunas medidas a la hora de manipular cargas o personas son saber qué tipo de enfermedad o lesión tiene el paciente, tener una base amplia de apoyo, mantener una distancia corta con el objeto, asegurar la espalda y usar los músculos más grandes, realizar agarres firmes, trabajar a una altura adecuada y evitar los giros.

En el artículo 14.2 del Estatuto de Personal no Sanitario se encuentran mis funciones, entre las que se detalla el traslado de aparatos y mobiliario y el traslado de enfermos. En general, movilizar a los pacientes. En la realización de estas funciones existen factores de riesgo para la aparición del dolor de espalda, como son los ligados a la tarea, a la carga y al ambiente de trabajo.

Cualquier objeto que manipulemos se considera carga a partir de 3 kg y el peso máximo recomendado en condiciones ideales es 25 kg. Es preferible empujar o deslizar que levantar y la postura más correcta es con la espalda recta y las rodillas flexionadas.

Las medidas preventivas que recoge el método del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INST.) son disminuir el peso de la carga, disminuir la frecuencia del trabajo, modificar las condiciones de la carga, adaptar las cargas a los trabajadores, recibir técnicas de manejo y formación continua, levantamiento en equipo, utilizar dispositivos mecánicos y mantener la carga pegada al cuerpo.

La movilización de enfermos supone una carga pesada y voluminosa con dificultad para manejar. Los factores de riesgo incluyen falta de aptitud física, escasa formación en movilización de pacientes, posturas forzadas y movimientos repetitivos. Las medidas preventivas incluyen higiene postural adecuada, ayuda mecánica si es preciso, evitar posturas forzadas e implicación de distintos grupos musculares.

En resumen, como celador es importante conocer las normas generales sobre el manejo de cargas para evitar daños y seguir las medidas preventivas para prevenir lesiones.

5 Discusión-Conclusión

Como celador, sabemos que para minimizar los riesgos es recomendable realizar ejercicio físico regular para endurecer piernas, abdomen y espalda, seguir una dieta equilibrada y saludable y recibir formación en materia de higiene postural para saber en todo momento cuál es la postura correcta y así prevenir o minimizar las posibles lesiones.

Entre los factores de riesgo más importantes se destaca la carga física, como la movilización de los pacientes y las cargas, y las posturas. También incluyen las condiciones derivadas de la organización del trabajo y la carga mental del mismo. Es importante en la medida que sea posible que la manipulación de la carga sea

entre dos personas.

Otro factor a tener en cuenta es no solo el aspecto físico, sino también la carga mental y la organización del trabajo. Ante situaciones importantes se debe pedir colaboración al equipo de trabajo para evitar situaciones estresantes y crear un ambiente de apoyo. Una buena organización del trabajo es fundamental a la hora de disminuir la fatiga mental.

Se recomienda llevar a cabo hábitos de vida saludables como dormir 8 horas diarias, tener tiempo de ocio, hacer ejercicio físico de forma regular y mantener una dieta equilibrada. En resumen, es importante colaborar en todo momento para mantener un ambiente de trabajo saludable.

6 Bibliografía

1. Trastorno de movilidad y movilización de pacientes.
2. La Prevención del dolor de espalda. Departamento de Economía, Hacienda y Empleo.
3. Guía Básica de Riesgos Laborales Específicos en el Sector Sanitario: Acción en Salud Laboral.
4. Manual de Prevención de Riesgos Laborales de Ingesa.
5. Ley y Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales.
6. Manual para el Técnico en Prevención de Riesgos Laborales.
7. Ocho pasos para una espalda sin dolor.
8. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
9. https://www.scielo.org/es/
10. https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 205

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

ROCIO AVILES RAMOS

1 Introducción

El quirófano es una de las áreas, dentro de las instituciones sanitarias, en la que los celadores desempeñan funciones propias. La Zona quirúrgica es bastante compleja en cuanto a material y equipo que se utiliza, por lo que se requiere que el celador guarde una serie de normas en el desarrollo de su actividad, prestando especial atención a la asepsia e higiene necesarias en una operación. El trabajo que realiza en esta área difiere del que lleva a cabo en las diferentes áreas del resto del hospital El celador de quirófano pertenece al equipo no estéril, esto es, aquellos trabajadores que no entran en contacto con el campo quirúrgico, pero pueden permanecer dentro del quirófano el tiempo que sea requerido.
Un aspecto importante del celador en esta área es su conocimiento de los aparatos y utilería necesaria para realizar las operaciones, ya que unas de sus funciones es los traslados y colocación de los aparatos en el quirófano, conocerlo y saber para qué sirven, evitará que se demore en exceso el inicio de una operación o su reanudación También es necesario que conozca las diferentes posiciones anatómicas quirúrgicas: son las posiciones que se coloca al paciente en la mesa de quirófano según el tipo de cirugía, como pueden ser la posición Kraske, Laminectomía, Craneotomía, etc. Conocerla y saber para qué tipo de cirugía se debe colocar una posición u otra al paciente en la mesa de quirófano facilitará el trabajo al equipo quirúrgico y la asistencia al paciente.

2 Objetivos

- Exponer de las funciones que realiza el celador en el área quirúrgica.
-Desarrollar el contenido de las funciones que realiza el celador en el área quirúrgica.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión y búsqueda sistemática de bibliografía sobre la literatura científica existente, consultando libros, artículos y bases de datos procedentes de Google académico. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y diferentes artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudio.

4 Resultados

Según establece el Estatuto del Personal No sanitario en su artículo 14.2 en la función 16, "En los quirófanos auxiliaran en todas aquellas labores propias del Celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por el Médico supervisora enfermera".
Funciones del celador en quirófano:
Traslados de Pacientes:
 Desde la unidad correspondiente a quirófano, Reanimación y viceversa.
 Cuidará en todo momento de la documentación clínica precisa que deberá serle facilitada por el enfermero/a de la unidad de procedencia del paciente.
 El celador introduce y saca a los enfermos del Área Quirúrgica para las intervenciones, colocándolos y retirándolos de la mesa de operaciones ayudado por el personal sanitario.
Traslados de objetos y documentos:
 Transportarán a los servicios correspondientes los objetos y documentos que les sean confiados por sus superiores.
 Trasladarán los aparatos o mobiliario que se requiera (ecógrafo, Rayos X, etc.).
 Llevar las biopsias al laboratorio para su análisis.
Movilización del paciente:
 Ayudarán, a la sujeción o movilización de los pacientes que el médico, supervisora o personal responsable lo requiera.

 Deberá movilizar al paciente haciendo la transferencia de la cama quirúrgica a la cama hospitalaria al terminar la cirugía, teniendo cuidado de no hacerle daño y utilizando las técnicas de movilización para pacientes encamados.
Vigilancia y cuidado del material e instalaciones:
 Dentro de las funciones más habituales del celador se encuentra la de vigilar el acceso a la zona quirúrgica donde solo dejará entra al personal autorizado.
 Dará cuenta a sus superiores de los posibles desperfectos o anomalías que vea al revisar la conservación de las instalaciones y materiales, así como las anomalías de la limpieza.
 Tendrá a su cargo mantener el ordenado, el almacenes del quirófano, así como las camillas y los soportes utilizados en las mesas de quirófano.
 Terminada la jornada quirúrgica, el celador tendrá que revisar y asegurarse que estén todos los elementos necesarios para su disposición en las siguientes jornadas quirúrgica.
Ayuda en el quirófano:
 Estará atento y dispuesto a actuar en cuanto le sea requerido por los médicos, enfermeras y supervisores.
◆ Para ajustar la iluminación del quirófano.
◆ Elevar la cama quirúrgica.
◆ Movilizar al paciente, etc.
El celador deberá permanecer durante las intervenciones quirúrgicas en el antequirófano por si le requieren y precisan de sus servicios.

5 Discusión-Conclusión

El quirófano es donde se realiza las intervenciones quirúrgicas, siendo una unidad independiente del hospital, es decir que se encuentra aislada para evitar infecciones que pueden ser dañinas para el paciente La unidad quirúrgica es un lugar de suma importancia en el entramado de un hospital. Sus normas de higiene y asepsia son las más rígidas El celador está dentro del equipo de trabajo en un quirófano, es importante que cada uno de los miembros del equipo de trabajo quirúrgico realice su trabajo oportunamente y absolutamente responsable El celador cumpliendo una función complementaria ayudando al personal sanitario como cirujanos, anestesistas, enfermeros etc. Deberá estar bien formado para las movilizaciones de los pacientes, así como estar familiarizado con todos los aparatos y utillaje del quirófano. La figura del celador en quirófano no desempeña un papel activo en la operación, pero sus funciones de ayuda y auxilio son fundamentales para el buen fin de la cirugía.

6 Bibliografía

1. https://academiairigoyen.com/wp-content/uploads/2022/02/TEMA-12.-ACTUACION-EN-QUIROFANO-2021.-Oposiciones-Celador-SACYL.pdf
2.https://essaeformacion.com/funciones-del-celador-en-el-quirofano#::text=El%20celador%20de%20quir%C3%B3fanos%20se,de%20vuelta%20a%20la%20habitaci%C3%B3n.
3 .https://revistamedica.com/celador-quirofano-funciones-basicas/

Capítulo 206

LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA INSTITUCIONES SANITARIAS

ROCIO AVILES RAMOS

1 Introducción

El celador en el sector sanitario son profesionales que tienen capacidad y conocimientos para realizar funciones de ayuda y apoyo a los médicos, enfermeras y personal sanitario en general, garantizando así el cuidado y el bienestar de los pacientes y el resto de usuarios de los centros como la organización y el buen funcionamiento de las instituciones sanitarias Los celadores son personal no sanitario que trabaja al servicio de las instituciones sanitarias. En el estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud lo clasifica como personal de gestión y servicio, En la orden ministerial del 5 de julio de 1971 del estatuto del personal no sanitario en su artículo 14.2 hace referencia la las diversas funciones que realiza el celador dejando así la importancia de dichas funciones para proporcionar refuerzo al equipo de profesionales sanitarios aliviando y resolviendo distintas tareas como el acomodamiento en el ingreso y traslado de los pacientes, control y vigilancia, ayuda en el aseo y movilización de los pacientes, traslados de documentación y comunicación entre otras muchas funciones que hace el celador dependiendo de su puesto en las diferentes unidades o servicios que hay en un hospital.

El celador tiene que conocer y estar familiarizado con los aparatos y utillaje que se utiliza en las distintas unidades o servicios, así como estar formados en diversas materias como por ejemplo, aislamientos hospitalarios e higiene, movilización de pacientes, etc.

2 Objetivos

-Exponer de los diferentes tipos de celadores según las unidades o servicios donde realiza su trabajo.
-Destacar la importancia que tienen el celador en las instituciones sanitarias.

3 Metodología

Para la elaboración de presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y diferentes artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudio.

4 Resultados

La figura del celador está presente en todas las áreas o servicios de los centros e instituciones sanitarias, así como en los procesos asistenciales. Las funciones del celador varían según la unidad de atención a la que se dedique, a continuación destacaremos algunas de las áreas más conocidas:
Celador de Atención Primaria:
1. Informar a los pacientes del propio centro, hora, día y lugar de su cita.
2. Tendrá a su cargo el traslado: a. De los enfermos que sean dependientes. b. Traslados de materiales, objetos y documentación que se precisen.
3. En turno de Urgencia: a. Abrir y cerrar el centro. b. Atender el teléfono y tomar nota de los avisos para la atención médica domiciliaria. c. Citar a los pacientes para la consulta del médico y de enfermería de urgencias
Celador de Hospitalización o Planta.
1. Ayuda al personal sanitario en las tareas cotidianas de: a. Aseo y movilización de los pacientes en los cambios posturales de los pacientes encamados.
2. Traslados de pacientes a los servicios o pruebas que sean destinados.
3. Controlará el acceso a los familiares a las habitaciones de los pacientes a. Que no deambulan más que el tiempo necesario para llegar al lugar que se dirige. b. Impedirán que en las habitaciones se fume. c. Controlara la entrada de comida a las habitaciones, o cualesquier otras actuaciones que perjudican a los enfermos.
Celador en el quirófano:
1. Deberá estar atento y dispuesto en todo momento a las indicaciones del médico o personal sanitario, para cualquier solicitud de ayuda o auxilio: a. para ajustar

cualquier acondicionamiento del material de la sala de quirófano. b. movilizar al paciente.
2. introduce y saca a los enfermos del Área Quirúrgica.
3. Trasladará los objetos y documentos a los diferentes servicios correspondientes.
Celador de urgencias:
1. Nunca dejará la puerta sin atención. o Recepción.
2. ayuda a los pacientes que vienen en vehículos particulares y ambulancias.
3. Recepción y ayuda a pacientes ambulantes.
4. Transporte de los pacientes en sillas de ruedas, camillas, etc.
Celador de Animalario:
1. Tendrá a su cargo los animales utilizado en los quirófanos experimentales a. Cuidara alimentándose y dándoles de beber. b. Limpiara las jaulas con frecuencia. c. Aseara a los animales que tengan que someterse alguna prueba.
Celador de Anatomía:
1. Ayudarán a la práctica de autopsias: a. Preparar el cadáver para hacerle la autopsia. b. Moviliza al cadáver para realizar la autopsia. c. Ayudará a recomponer, así como asear el cadáver cuando se acabe la autopsia.
2. Limpiar la mesa y sala de autopsia, como el material utilizado para la misma.
3. Transportar llevando el cadáver desde el depósito a la mesa de autopsias.
Celador de Almacén:
1. Recepciona y revisa la mercancía con el albarán de entrega.
2. Carga y descarga de la mercancía.
3. (Picking) Preparar los diferentes pedidos de los servicios hospitalarios.
4. Llevar y distribuir los suministros a las distintas plantas o servicio hospitalarios.
Podríamos seguir exponiendo los diferentes tipos de celadores que hay en función del área o servicio donde realice su trabajo como, Lencería, UCI, Consultas externas, Radiodiagnóstico, Farmacia, rehabilitación, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como ha quedado expuesto, la figura del celador es muy importante en las instituciones sanitarias. Estos profesionales están capacitados para realizar sus funciones independientemente del servicio o área del hospital que se encuentre desarrollando su trabajo, El celador no solo realiza las funciones generales que deja descrita en el estatuto del personal no sanitario en su artículo 14.2 como personal

de gestión y servicios sino también las específicas de cada área o servicio del hospital siendo profesionales multifuncionales, sus labores son complementario a los especialistas sanitarios con los que trabaja de forma coordinada diariamente El principal objetivo del trabajo del celador es facilitar al personal sanitario las funciones de atención al paciente y usuario de las instituciones sanitarias, Para que esto sea posible el celador tiene que estar formado y familiarizado con los diferentes servicios de las instituciones sanitarias.

6 Bibliografía

1.https://www.institutohes.com/que-es-un-celador-funciones-y-tipos/
2. https://essaeformacion.com/funciones-celador-atencion-primaria
3. https://escuelaatelier.com/que-es-celador-funciones/#::text=Celador%20de%20ambulancia&text=Mantener%20el%20orden%20y%20asegurar,o%20anomal%C3%ADa%20que%20pueda%20darse.

Capítulo 207

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO

ROCIO AVILES RAMOS

1 Introducción

En el paradigma científico actual de la medicina moderna, la única forma aceptada y ética para realizar avances en ciencia pasa por la utilización del método científico, el cual se compone de un sistema de procesos que incluyen la observación sistemática, realización de mediciones, experimentación, la formulación de hipótesis y el análisis de las mismas, para así obtener nuevos conocimientos científicos basados en la evidencia.

La medicina, como la más humana de las ciencias, no escapa a la utilización del método científico, y en ciertas ocasiones, como para testar efectos adversos de medicamentos, comparar eficacias entre dos tipos de fármacos similares, etc. se hace necesario el uso de animales para testar su eficacia y seguridad, cuando aún no es posible determinar si serán seguros en humanos.

El animalario es aquel lugar en el que viven y son cuidados los animales que son objeto de investigación científica. Se trata de un lugar complejo, formado por múltiples partes en el que la higiene y las normas de seguridad son de máxima importancia.

En esta unidad no solo trabajan investigadores, sino que encontramos multitud de profesionales, como celadores, personal de limpieza y mantenimiento, etc. En el presente texto se analizarán las funciones que el celador lleva a cabo en el animalario.

2 Objetivos

-Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en el animalario.
-Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en esta unidad.
-Poner en valor el trabajo que realiza el celador en el animalario, necesario para el correcto funcionamiento del mismo.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como "celador", "animalario", "investigación", 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.
A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.
Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.
El celador será el encargado de la alimentación de los animales, traerá las cajas con el alimento preparado desde el muelle o el almacén, y los distribuirá entre las diferentes jaulas. La alimentación se realizará cuidadosamente según su especie, edad, peso y requerimientos nutricionales, siempre siguiendo las indicaciones del superior. También preparará el agua de los bebederos y la cambiará todos los días.
El celador se encarga de la limpieza de habitáculos, jaulas, comederos bebederos, realizará la esterilización de los mismos y aseará también a los animales, de forma

periódica, y también, por ejemplo, cuando se requiera la extracción de muestras de sangre o la realización de alguna prueba en los mismos.
En ciertas ocasiones, el investigador requerirá asistencia del celador para llevar a cabo ciertas partes de la experimentación, como por ejemplo sujetar al animal en una determinada posición o ayuda para rasurarlos.
El celador, cuando así le sea solicitado, será quien traslade a los animales de unas instalaciones a otras en sus respectivas jaulas.
El celador será quien lleve a cabo el transporte de todos los elementos, objetos, inmobiliario, jaulas de animales, etc. necesarios utilizados en el animalario. Los celadores movilizarán todo este equipo en el interior del mismo cuando sea necesario, así como dentro y fuera del mismo, cuando se requiera cambiarlos de sala o guardarlos en el almacén.
El celador procurará en todo momento el mínimo sufrimiento del animal y realizará sus cuidados de forma delicada, con cuidado de no causarles daño alguno.
Otra competencia del celador consiste en recoger las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y trasladarlas a lavandería.
El celador velará por el orden en el animalario, vigilando la puertas y evitando el paso a todo personal no autorizado en esta unidad.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo del presente texto, el animalario es necesario para llevar a cabo la experimentación con animales, practica que ha hecho posible multitud de avances científicos a lo largo de la historia. Para llevar a cabo esta experimentación se hace necesario el uso del animalario, unidad que requiere de la coordinación y el trabajo de multitud de personal, entre los que se encuentra el celador, que se encarga de múltiples tareas, como lo son el aseo, alimentación, y mantenimiento de los animales en condiciones óptimas, siempre tratándolos con respeto y cuidado, contribuyendo así al funcionamiento adecuado de esta unidad.

6 Bibliografía

1. El animalario. Funciones del celador - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 13, 2023, from https://revistamedica.com/animalario-funciones-celador/
2. Estado actual de las funciones del celador en relación con el animalario en un centro sanitario: una revisión bibliográfica - Ocronos - Editorial Científico-

Técnica. (n.d.). Retrieved July 13, 2023, from https://revistamedica.com/estado-actual-funciones-celador-animalario/
3. https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-el-animalario

Capítulo 208

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

SARA TORNER HUERVA

JUAN MARTINEZ ORTEGA

VICENTE ROSADO SOTO

PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ

GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO

1 Introducción

Dentro del sector sanitario nos encontramos en un proceso continuo de evolución y desarrollo de nuevas tecnologías, que deben ser aplicadas en todas las áreas. El desarrollo de nuevas tecnologías es un proceso progresivo que va a aportar mayores beneficios en el ámbito sanitario, ya sea mayor eficacia a la hora de realizar actividades preventivas, establecer diagnósticos, realizar técnicas menos invasivas, posibilitando una rápida recuperación, etc.

En este sentido el quirófano es un servicio que está sufriendo una gran transformación, los avances tecnológicos han permitido la entrada de nuevas herramientas en las salas quirúrgicas.

Las imágenes 4K permiten al cirujano ver con mayor claridad el interior de un paciente facilitando la intervención, las imágenes 3D, realidad virtual, inteligencia artificial son realidades que mejoran la calidad de los procedimientos.

Pero estas nuevas tecnologías requieren un proceso de aprendizaje por parte de todos los profesionales, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, etc.
El celador como el resto de profesionales está muy ligado a estos cambios y es una pieza fundamental, pues da soporte al resto de profesionales y facilita su labor, sirviendo de apoyo y soporte al resto de personal.
En este capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en el Área Quirúrgica, y su gran importancia en los quirófanos.

2 Objetivos

-Describir el área quirúrgica.
-Listar las funciones del celador en el área quirúrgica.
-Destacar la importancia del celador en dicho servicio.

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 han consultado artículos relacionados con el tema en diferentes bases de datos. Las palabras utilizadas para la búsqueda han sido “celador”,“área quirúrgica”, “quirófano”.

4 Resultados

En un hospital podemos definir el quirófano como un área donde se realizan intervenciones quirúrgicas a los pacientes. Estas intervenciones pueden ser programadas a través del servicio de lista de espera quirúrgica, o urgentes procedentes por ejemplo del servicio de urgencias. En ambos tipos de intervenciones el paciente podrá requerir internamiento en una planta de hospitalización o podrá ser dado de alta al domicilio.
Dentro del área quirúrgica trabajan multitud de profesionales tanto sanitarios, como no sanitarios que deben estar perfectamente coordinados para el buen funcionamiento de la unidad.
Dentro del área quirúrgica podemos distinguir tres zonas principales de restricción progresivas que son:

-Zona negra o zona sucia, es la primera zona de restricción, en ella se encuentra la zona de recepción de pacientes, oficinas, baños y vestuarios. Es la zona de acceso a la unidad, por ella circulan todo el personal que se dedica a la atención del paciente: médicos, enfermeras, técnicos, celadores etc.

Se debe acceder a esta zona con bata clínica y aquí es donde el personal cambia su uniforme clínico por el uniforme quirúrgico.

-Zona gris o también llamada zona limpia, es una zona semi-restringida, todo el personal que accede a esta zona debe llevar el pijama quirúrgico. Gorro, mascarilla y calzas. En esta zona se encuentra el área de lavado quirúrgico, la zona de limpieza y desinfección de todo el material quirúrgico, los almacenes del propio quirófano, cuarto de anestesia, sala de recuperación etc.

-Zona blanca o estéril, aquí se encuentra la sala de operaciones, que debe tener unas dimensiones concretas: 36 metros cuadrados y cerca de 3 metros de altura, las paredes deben ser impermeables y de fácil limpieza para evitar la propagación de bacterias y microorganismos. Deberá cumplir unas condiciones de humedad, iluminación y temperatura concretas.

La organización y las funciones del celador en el área quirúrgica pueden variar de unas instituciones a otras, pero como regla general son las siguientes:

-Trasladarán a los pacientes desde el servicio donde se encuentren hasta el quirófano asegurándose de que llevan la Historia Clínica.

-Colocarán al paciente en la mesa de operaciones siguiendo las instrucciones del personal sanitario,

-Serán los encargados de montar la mesa de operaciones adaptándola al tipo de intervención a realizar y las preferencias de los cirujanos.

-Transportarán los aparatos o mobiliario necesarios para la intervención, dejándolos en su lugar correcto una vez finalice la intervención.

-Deberá permanecer mientras dure la intervención en el antequirófano, por si necesitaran sus servicios.

-Llevarán documentos, muestras, analíticas al servicio que corresponda durante la intervención.

-Deberán ser muy cuidadosos en la higiene, cumpliendo todos los protocolos de trabajo.

-Una vez finalizada la intervención procederán a desmontar la mesa de operaciones.

-Llevarán al paciente y operado a la sala de reanimación para su recuperación y posterior traslado a la planta.

-Informarán de cualquier desperfecto o daño en los equipos a sus superiores.

-En caso de fallecimiento durante el procedimiento, llevará el cadáver al mortuorio.

Por todo lo anteriormente expuesto la figura del celador en el área quirúrgica es muy importante y debe estar coordinador con el resto de profesionales para el buen funcionamiento de la unidad.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo presente que toda intervención quirúrgica supone un momento de estrés e incertidumbre para el paciente, es importante que todo el personal implicado en este proceso entre ellos el celador, tengan la capacidad de transmitir al paciente la mayor tranquilidad posible. En este sentido el celador tiene un contacto directo con el paciente a la hora de su traslado y debe tener una gran calidad humana, poniéndose en el lugar del paciente y facilitando en todo momento el trance por el que va pasar.
También tiene que cuidar la vertiente profesional, observando en todo momento las normas y protocolos referentes a higiene y asepsia, cruciales en este servicio.

6 Bibliografía

1.-https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=EL+CELADOR+EN+QUIROFANO.
2. https://yoamoenfermeriablog.com/2018/10/29/quirofano-caracteristicas/
3. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf

Capítulo 209

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS

SARA TORNER HUERVA

JUAN MARTINEZ ORTEGA

VICENTE ROSADO SOTO

PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ

GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO

1 Introducción

Cuando hablamos de Consultas Externas, nos referimos a los actos médicos realizados de forma ambulatoria cuya finalidad es el diagnóstico, tratamiento, o seguimiento de un paciente.
La actividad de las Consultas Externas ha tenido un papel secundario al ámbito de hospitalización, ocupando un papel secundario frente a éste. Sin embargo cada vez más se está viendo la importancia de las mismas, dando más relevancia a la atención ambulatoria en detrimento de la hospitalización y sirviendo como enlace entre los servicios de Urgencias y Hospitalización; además de posibilitar el seguimiento de pacientes hospitalizados.
Se trata de un servicio polivalente que abarca multitud de especialidades médicas, que presta una atención de calidad y cercanía a los pacientes.

En este contexto debemos reseñar la importancia de la Atención Primaria, pues su participación es fundamental para el buen funcionamiento de las Consultas Externas de Atención Especializada, pues la Atención Primaria constituye la puerta de acceso a las mismas.
Normalmente las Consultas Externas están ubicadas en locales adyacentes o integrados en el Centro Hospitalario, para favorecer su acceso y coordinación con los servicios hospitalarios.
En el área de Consultas Externas, el celador realiza múltiples funciones, de apoyo al personal sanitario y no sanitario, que vamos a ver en profundidad en el presente capítulo.

2 Objetivos

-Enumerar las funciones del celador en Consultas Externas en el ámbito hospitalario y destacar su importancia.

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", "Consultas Externas" 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

Como ya hemos visto cada vez están adquiriendo mayor relevancia la importancia de las Consultas Externas en la Atención Sanitaria, evitando mayor número

de ingresos hospitalarios, más costosos para el sistema y más agresivos para el paciente.

Al servicio de Consultas Externas se puede acceder por tres vías:

-Desde el médico de Atención Primaria cuando considere que debemos ir a un especialista.
-Desde el propio hospital, bien desde los servicios de urgencias o después de una hospitalización que requiera un seguimiento posterior.
-Desde otros hospitales, cuando en nuestro hospital de referencia no exista la especialidad médica o servicio que necesitamos.

Seguidamente vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en el servicios de Consultas Externas:
-Acogerá al paciente a su llegada al centro informando de la manera de registrarse si el usuario necesita ayuda.
-Informará de la ubicación de las diferentes consultas o servicios.
-Informará de la ubicación del servicio de ambulancias.
-Vigilará del orden en las salas y dependencias.
-Vigilará el comportamiento de enfermos y acompañantes, para que éstos respeten las normas de la institución.
-Ayudarán a la movilización de pacientes cuando sea necesario.
-Se encargarán de tramitar las peticiones urgentes de farmacia.
-Recogida y transporte de muestras al laboratorio o servicio de anatomía patológica.
-Reparto de la correspondencia a los diferentes servicios.
-Cuando un paciente sea enviado al servicio de urgencias desde la consulta externa por un proceso urgente, será el encargado de acompañarlo a dicho servicio, junto con la documentación necesaria.
-Facilitará cuando sea necesario sillas de ruedas a los pacientes, para su traslado por el centro sanitario.
-Repartirá las Historias Clínicas de los pacientes que deben acudir al día siguiente a las diferentes consultas, y recogerá las ya vistas para su devolución al archivo.
-Será el encargado de trasladar documentos, aparatos y otros objetos que le sean solicitados por el personal sanitario.
-Trasladará enfermos por las dependencias hospitalarias.
-Auxiliará al personal sanitario en curas o pequeñas intervenciones.
-Colaborará con los técnicos de rayos en la realización de placas, transportando el portátil de rayos.

Como hemos visto el celador de Consultas Externas realiza gran cantidad de funciones, tanto de apoyo al resto de personal, como de información, logística etc. es por ello que debe conocer toda la estructura hospitalaria para poder desarrollar su trabajo rápida y eficazmente. En ocasiones para facilitar su trabajo y localización pueden contar con un teléfono buscapersonas para ser localizados rápidamente por los diferentes servicios.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto el celador realiza múltiples funciones, tanto de apoyo al personal sanitario, como no sanitario. En este sentido debe conocer la ubicación de las diferentes consultas y servicios para poder informar correctamente sobre los mismos.

En su trabajo además tiene un contacto directo con pacientes y familiares, por lo que deberá ser amable y empático, facilitando en todo momento la información que le sea requerida, sin sobrepasar sus competencias, evitando hacer comentarios sobre el proceso asistencial del paciente, y remitiendo al paciente al médico encargado de su atención.

Como parte integrante de un equipo multidisplinar es importante la coordinación y comunicación entre los diferentes profesionales para el correcto funcionamiento del servicio.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100404

2. https://nordoc.net/wp-content/uploads/2016/01/Gui%CC%81a-de-Gestio%CC%81n-de-Consultas-Externas-en-Atencio%CC%81n-Especializada.pdf

3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm

Capítulo 210

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

SARA TORNER HUERVA

JUAN MARTINEZ ORTEGA

VICENTE ROSADO SOTO

PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ

GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO

1 Introducción

Dentro del Sistema Sanitario, podemos distinguir varios tipos de asistencia sanitaria tomando como referencia el tiempo de respuesta, así tenemos:
-La asistencia sanitaria a demanda, es por iniciativa del paciente y se gestiona a través de la cita previa concertando una fecha y hora.
-La asistencia sanitaria programada, es por iniciativa de un profesional sanitario.
-La asistencia sanitaria urgente, cuando la asistencia no puede demorarse, debe ser inmediata, por ejemplo accidentes.
En este capítulo vamos a centrarnos en la asistencia sanitaria urgente y dentro de esta, en los puntos de urgencias hospitalarias. En este contexto vamos a listar

y describir las funciones que realiza el celador en dicho servicio y su importancia para el funcionamiento correcto de la unidad.
Los hospitales son los encargados de prestar asistencia sanitaria urgente, teniendo un área dedicada a esta función.
También existen puntos de atención de las urgencias extrahospitalarios, estos serían los puntos de atención continuada (PAC), o servicios de urgencias de Atención Primaria (SUAP). Estos está ubicados en los centros de salud, y atienden las urgencias de la población de su ámbito de influencia, que no superen sus posibilidades de tratamiento, cuando no pueden tratar las patologías, derivan a los pacientes a su hospital de referencia para continuar su tratamiento.

2 Objetivos

-Describir los servicios de urgencias hospitalarias.
-Desarrollar las funciones que realiza el celador en el servicio de urgencias hospitalarias.
-Destacar su la importancia del celador en la 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", "Servicio de Urgencias" 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 servicios de Urgencias Hospitalarias constituyen el punto de referencia del sistema integral de atención médica urgente establecido en su área de influencia, por este motivo deben estar coordinados con el resto de servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarios, así como con el resto de servicios hospitalarios de destino de pacientes una vez diagnosticados.
Se trata de un servicio peculiar, con características únicas, que lo diferencian del resto de servicios asistenciales, y que hacen que su gestión sea claramente diferente. Entre estas peculiaridades encontramos:
-Se trata de un servicio que presta atención ininterrumpidamente las 24 horas del día, los 365 días del año, y no tienen ningún tipo de derecho de admisión, por lo que deben atender a todos los pacientes que soliciten sus servicios, sin tener en cuenta el motivo de consulta.
-Por otro lado atienden a la población a demanda, es decir sin una programación de la actividad, por lo que deben priorizar por la gravedad del paciente, y donde el factor tiempo juega un papel fundamental en el resultado final.

Una vez vistas las características de los servicios de urgencias hospitalarias, vamos a describir las funciones que realiza el celador en dicho servicio. Las urgencias hospitalarias suelen estar divididas en varias zonas o áreas, y dependiendo de la zona el celador tendrá unas funciones distintas.
Celador de puerta de urgencias:
-Recibirán al paciente, ofreciéndole si fuera necesario una silla de ruedas, o en los casos más graves una camilla.
-Acompañaran al paciente a la zona de admisión donde el auxiliar administrativo registrará sus datos y su entrada en urgencias.
-A continuación llevarán la documentación del paciente a la zona de triaje donde el facultativo o la enfermera decidirá según la patología su derivación al área correspondiente de urgencias.
Celador de boxes:
-Tramitarán las peticiones de los facultativos.
-Llevarán a los pacientes que así lo requieran a la zona de rayos.
-Levarán las muestras biológicas al servicio que corresponda.
-Ayudarán al personal sanitario en la movilización de los pacientes que así lo requieran.
-Cuando un paciente sea ingresado, ayudarán al celador de planta a movilizar al paciente a la cama, o a la silla de ruedas, para su traslado a la planta de hospital-

ización.
Celador de especialidades:
-Cursarán las peticiones de los facultativos.
-Llevarán a los pacientes al servicio de radiología.
-Ayudarán en la movilización de pacientes.
-Seguirá las instrucciones del personal sanitario cuando un paciente sea trasladado al box vital.
Celador de observación:
-Ayudará en la movilización de pacientes en los cambios posturales y aseos.
-Tramitará las peticiones o interconsultas.
-Trasladará a los pacientes a otras unidades o servicios cuando sea necesario.
-Llevarán las muestras al laboratorio correspondiente.
Como podemos ver el celador realiza multitud de funciones que hacen que su labor sea de gran importancia para el servicio.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto en el desarrollo del capítulo, el área de urgencias hospitalarias se caracteriza por ser un servicio con unas características peculiares, que requieren una atención rápida y profesional, pues el personal que trabajan en dicho servicio, se enfrenta a situaciones donde el tiempo es un factor decisivo para el desenlace del proceso del paciente.
La figura del celador en esta unidad sirve de apoyo al resto de profesionales, sus funciones son distintas dependiendo del área donde desarrolle su trabajo, pero en todas ellas debe conocer perfectamente la dinámica de trabajo y los protocolos a seguir, para prestar un servicio de calidad y de eficiencia.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000200002
2. http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf
3. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681416/martinez_virto_ana_maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Capítulo 211

EL PINCHE DE COCINA Y LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE HIGIENE Y DESINFECCIÓN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

JAVIER SANCHEZ GOMEZ

IRENE GALÁN CORDERO

LORENA GALÁN FUERTES

MARIA ALEJANDRA BLANCO ACUÑA

MARCOS LÓPEZ PEINADO

1 Introducción

Para que las cocinas hospitalarias tengan unas condiciones de higiene y seguridad básica para todos sus pacientes, será necesario realizar una correcta limpieza y desinfección de las cocinas, de los útiles y de las máquinas que utilizamos para la elaboración de las comidas.
Debemos de establecer un plan de limpieza y desinfección adaptado, ya que se manipulan muchos alimentos que posteriormente ingieren los pacientes, si estos no se encuentran en buenas condiciones puede desencadenar en que los mismos sufran infecciones, o contaminaciones por alimentos o por no haber realizado una desinfección correcta de las cocinas.

Existe una normativa vigente en España, estableciendo diferentes normas que pueden variar dependiendo de en que comunidad autónoma nos encontremos. Una de las principales normas es que cualquier persona que vaya a manipular alimentos debe de contar con dicho carnet que le autorice para realizar esas actividades.
Lo primero que debemos de realizar es limpiar retirando así los restos de suciedad, grasa y comida que pudiera haber, ya que estos pueden actuar como soporte de crecimiento de microorganismos, posteriormente se realizará la desinfección para así eliminar cualquier tipo de microorganismos o bacterias.
Para poder desinfectar de manera correcta se deben de utilizar sustancias activas con acción viricida de amplio espectro, así evitarán cualquier tipo de transmisión, ya que serán los encargados de destruirlos.

2 Objetivos

- Describir los planes de desinfección y limpieza que debemos de establecer dentro de las cocinas hospitalarias en general.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una exhaustiva búsqueda de información utilizando las bases de datos más importantes: Google Scholar, Medline, Pubmed, Scielo.
También se ha buscado información en la literatura científico-sanitaria existente en referencia con la desinfección y limpieza dentro de las cocinas hospitalarias.

4 Resultados

Para poder establecer un plan de higiene y desinfección dentro de las cocinas hospitalarias debemos de tener en cuenta las siguientes recomendaciones:
-Capacitar al personal encargado de la desinfección y limpieza.
-Después de la realización de la elaboración se debe desinfectar todos los instrumentos que hayamos utilizado antes de volver a usarlo
-Demos de hacer especial hincapié en el secado para que no quede humedad, ya que la humedad es un medio favorable para el crecimiento de microorganismos.
-Desinfección diaria de los utensilios y materiales reutilizables, sustituyendo fregonas, bayetas, estropajos, cuando esto sea necesario

-Se facilitará la renovación del aire de aquellos espacios en los que trabajamos, de manera natural o forzada según las características del establecimiento donde nos encontremos.
-Se realizará la comprobación de que las barreras que se establecen para el control de plagas se encuentran en un estado adecuado.

En último lugar, debemos de higienizar todos los útiles, máquinas y menaje que utilizamos para preparar la comida, así como las bandejas de cada paciente, para el próximo turno.

Utilizaremos medios mecánicos dispensando detergente y alcanzando temperaturas elevadas superiores a 82ºC-85ºC.

Los utensilios de cocina deben de cumplir una serie de requisitos, estos deben de ser fáciles de desinfectar, así descartaremos materiales como la madera.

Se debe disponer de un fácil acceso para favorecer la limpieza y desinfección. Aquellas zonas donde se manipulen los alimentos deberán de disponer de agua fría y caliente, bactericida y toallas de un solo uso.

El lugar donde almacenamos la comida debe de ser un sitio fresco y que esté correctamente ventilado

Los recipientes de basura deben de ser fáciles de lavar y de disponer de pedal para su acción.

Se debe de realizar una correcta higiene y desinfección de todos los componentes de las cocinas hospitalarias, es decir, del menaje, útiles, instrumentos y maquinaría que se utilizan tanto para la elaboración como para servir la comida a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Entendemos la limpieza como el proceso de eliminar toda la suciedad y restos de materia orgánica de una superficie.

Al proceso de utilizar un producto químico para dejar una superficie limpia y por tanto libre de microorganismos es a lo que nos referimos como desinfección.

Dado que la comida que servimos en los centros de salud se entrega a pacientes cuyo estado de salud está comprometido, es importante tener en cuenta que las cocinas de los hospitales deben establecer un plan de higiene y desinfección que debemos adoptar como miembros del equipo para evitar la propagación de cualquier tipo de infección o enfermedad por negligencia.

6 Bibliografía

https://www.megaservicelimpiezas.com/programa-de-limpieza-y-desinfeccion-para-restaurantes-y-sus-cocinas/ https://phsserkonten.com/programa-de-limpieza-y-desinfeccion-de-restaurantes/ https://empresaylimpieza.com/art/915/limpieza-y-desinfeccion-de-cocinas

Capítulo 212

PAPEL DEL PINCHE CON LAS HERRAMIENTAS QUE SE UTILIZAN DENTRO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS

JAVIER SANCHEZ GOMEZ

IRENE GALÁN CORDERO

LORENA GALÁN FUERTES

MARIA ALEJANDRA BLANCO ACUÑA

MARCOS LÓPEZ PEINADO

1 Introducción

El ayudante de cocina debe contar con los equipos y útiles necesarios para el correcto desempeño de sus funciones, como en cualquier otro puesto de trabajo. Para poder desempeñar nuestras funciones en las cocinas hospitalarias, necesitaremos conocer las características principales, los materiales con los que se fabrican los instrumentos, así como distinguir las máquinas de los aparatos y utensilios de cocina que generan frío o calor para su utilización en el momento necesario.
Los utensilios generalmente se pueden dividir en cuatro categorías: recipientes para cocinar, accesorios y otras herramientas. Para evitar cualquier tipo de contaminación o que las herramientas con las que trabajamos se deterioren de alguna

manera, debemos extremar las precauciones entendiendo las herramientas y su función para mantener su conservación.

Para evitar cualquier tipo de contaminación no intencional, todos los utensilios de cocina utilizados en los hospitales deben ser capaces de manipular los alimentos de manera adecuada en varias etapas. Es importante conocer los diferentes tipos de herramientas que se utilizan en las cocinas de los hospitales, así como tener precaución y especial cuidado al manipular los alimentos porque los pacientes se encuentran en un estado de salud vulnerable y un error podría empeorar su enfermedad de base.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es:
Describir y conocer cuáles son los principales equipos, utensilios, aparatos y suministros que se pueden encontrar en la cocina de un hospital y que utiliza el personal de cocina.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Google Scholar, Pubmed, Scielo, Medline.
También se ha revisado la literatura científico-sanitaria existente en referencia con las herramientas que se utilizan dentro de las cocinas hospitalarias.

4 Resultados

Existen unas características comunes con los que están fabricados los útiles o menaje de cocina, estos tienen que ser:
-No liberar sustancias tóxicas, aún expuestos a altas temperaturas -Deben de ser resistentes a la corrosisión
-Tienen que ser fáciles de lavar y desinfectar
-Su composición debe de ser inalterable
Los pinches de las cocinas hospitalarias, debe de conocer la clasificación de herramientas y saber con que fin fue creado esos instrumentos. Primeramente podemos diferenciar entre: maquinaría, útiles y herramientas.

Recipientes de cocción: En esta clasificación podemos encontrarnos la besuguera se utiliza para poder cocinar pescados en el horno, la brasera podremos utilizarla para hornear piezas grandes de carne, marmita utilizada para la preparación de hervidos y caldos, y el rondón que sirve para colocar aquellos alimentos que no se pueden colocar unos encima de otros

En cuanto a la clasificación de los accesorios encontramos la araña que nos permitirá extraer los alimentos de los líquidos calientes, batidor, escurridores, embudos, brocheta.

Recipientes Gastronorm: estos recipientes se utilizan para introducir alimentos en aparatos tanto de calor como de frío.

Otras herramientas que utilizamos dentro de las cocinas hospitalarias: chaira, cuchillo, mandolina, espalmadera. Resulta interesante por la frecuencia de su uso que se conozcan los diferentes cuchillos que existen y que deberemos de utilizar en su caso correspondiente, estos son: cebollero, cuchillo de cocinero, deshuesador, cuchillo jamonero, cuchillo de pescado, cuchillo de sierra, cuchillo trinchero, la macheta y la puntilla.

Existen unas recomendaciones principales que deberemos de tener en cuenta:

- No almacenaremos lácteos, pescados, y carnes juntos

-Deberemos de tener en cuenta a la hora de su almacenaje y procesamiento no mezclar aquellos alimentos cocinados con los que todavía estén crudos.

-Otra recomendación que deberemos de tener en cuenta es que a la hora de su almacenaje no mezclaremos los alimentos de origen animal con los de origen vegetal.

5 Discusión-Conclusión

Después de la finalización de este estudio, podemos indicar que se requieren una serie de características, entre las cuales se destacan, para la maquinaria, los suministros y las herramientas utilizadas en las cocinas del hospital.

Los alimentos deben ser atóxicos y sencillos de limpiar, ya que debemos evitar contaminarlos en todo momento.

Es necesario que haya suficiente material disponible para que cada etapa del procesamiento de alimentos se realice correctamente.

El ayudante de cocina debe conocer los diversos tipos de utensilios de cocina y sus aplicaciones previstas. También deben tener mucho cuidado para evitar la contaminación cruzada que pueda afectar a los pacientes.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/clasificacion-menaje-cocina-hospitalaria/ https://revistamedica.com/clasificacion-menaje-cocina-hospitalaria/menaje-cocina-hospital/ https://docplayer.es/23427655-Equipamiento-de-la-cocina-hospitalaria.html

Capítulo 213

FUNCIONES DEL PINCHE Y LA CORRECTA CONSERVACION, TRANSFORMACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

JAVIER SANCHEZ GOMEZ

IRENE GALÁN CORDERO

LORENA GALÁN FUERTES

MARIA ALEJANDRA BLANCO ACUÑA

MARCOS LÓPEZ PEINADO

1 Introducción

Las cocinas hospitalarias juegan un papel muy importante, ya que se encargan de la alimentación de los pacientes. Se ha demostrado científicamente que una correcta alimentación ayuda a una recuperación más rápida así como a la prevención de otras enfermedades.
En la cocina hospitalaria no se trabaja de manera individual, sino que además trabajan de la mano junto con nutricionistas, medicina preventiva y la unidad de

hospitalización.
Los menús que reciben los pacientes deben de ser personalizados según el tipo de patología que tengan, y habrá sido prescrito previamente por un facultativo. Siempre se realizará la entrega de los menús a la misma hora, los pacientes pueden tener adaptaciones del menú según vaya evolucionando su estado de salud.
Tenemos la obligación de entregar la bandeja a los pacientes con una temperatura por encima de los 65 grados centígrados, y los platos fríos por debajo de los 10 grados centígrados.
En la cocina hospitalaria existe una sincronización con el resto de equipos que se encargan directamente de la nutrición de los pacientes, y siempre se deberá de comunicar cualquier tipo de incidencia que ponga en riesgo la salud de los usuarios lo antes posible.
Debemos de conocer cuáles son las condiciones óptimas que se deben de adquirir en el procesamiento y almacenaje de los alimentos.

2 Objetivos

Identificar cuáles son las correctas medidas que se deben de adoptar dentro de las cocinas hospitalarias para la conservación y transformación de los alimentos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.
También se ha buscado en la literatura científica sanitaria existente seleccionada la información más relevante en relación con la conservación y transformación de los alimentos en los centros hospitalarios.

4 Resultados

Los pacientes dependen de la comida que se les administra en el hospital para cubrir las necesidades nutricionales y en muchos casos las dietas personalizadas que se les deben de proporcionar a cada uno de ellos dependiendo de su estado de salud.

En la nutrición que se administra en los centros hospitalarios influyen numerosos factores y pueden sufrir cambios de última hora.
Entendemos por cocina caliente, por la cocina tradicional. Se debe de cocinar y servir en el momento. Los alimentos se deben de elaborar a primera hora y se deben de terminar una hora antes de que se empiece a distribuir.
Dentro de las cocinas hospitalarias podemos ver diferencias distintas zonas, en las que se prepara y se procesa la comida para posteriormente entregarla a los usuarios.
Zona de recepción: Tiene conexión directa con un espacio exterior cubierto. Zona de almacenamiento: En esta zona almacenaremos los alimentos y deberemos de garantizar su higiene, control de ventilación, y de temperatura, y verificar el stock.
Zona de preparación: Esta zona está destinada para la preparación de la materia cruda antes de que se cocine. Lo ideal es que existan diferentes zonas dependiendo del alimento que vayamos a procesar, pudiendo diferenciar, vegetales, carne, pescado.
Zona de cocción: En esta zona se cocinarán los alimentos utilizando los recipientes adecuados para cada caso.
Zona de emplatado: Esta zona estará debidamente climatizada dependiendo de si se trabaja con comida fría o caliente. Aquí es donde la comida se divide en raciones utilizando las bandejas que se entregarán a los pacientes. Las bandejas irán previamente identificadas para garantizar que los pacientes reciban aquella dieta que les han prescrito los médicos especialistas.
Después se colocarán las bandejas en un carro, y un pinche será el encargado de la distribución de las mismas, así como luego recogerlas para su correcta desinfección e higiene en la cocina hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos, la cocina del hospital no funciona de forma individualizada; más bien colabora con la unidad de hospitalización, medicina preventiva y nutricionistas para elaborar los menús correspondientes que los médicos especialistas han recomendado previamente a cada paciente dependiendo de sus patologías.
Es importante que conozcamos los estándares para el procesamiento de alimentos y el almacenamiento adecuado de alimentos ya que es una tarea muy importante para la salud de los pacientes.
Por lo que el pinche de cocina debe estar actualizado y saber en todo momento el funcionamiento de las normas de la cocina para no cometer errores que pueden

causar problemas a los pacientes.

6 Bibliografía

https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/ https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_CocinaAlimen.pdf https://revistamedica.com/protocolo-higienico-cocina-centros-hospitalarios/

Capítulo 214

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO QUE PRESTA SU SERVICIO EN ATENCIÓN AL PACIENTE

MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS

ALMUDENA PANTOJA HERRERA

CELIA SÁNCHEZ MARTÍN

1 Introducción

Para hacer llegar cualquier queja, sugerencia o reclamación por un trato que se considera insuficiente, erróneo o con cualquier tipo de problema, el paciente/usuario, se debe dirigir al servicio de Atención al Paciente, donde será atendido por un Auxiliar Administrativo.
El problema puede ser en general con el hospital, con un servicio, con el trato asistencial o con un profesional en concreto.
En caso de no conocer nuestros derechos y obligaciones como paciente, es el lugar idóneo para acudir a ser informados, según Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
Es el enlace entre las gerencias hospitalarias y el propio paciente/usuario, para resolver problemas que hayan podido surgir entre ambas partes.
También es el lugar donde hacer llegar las sugerencias que tengamos, para mejorar el servicio sanitario.

Es por lo que el profesional, debe estar formado tanto académicamente, como en la resolución de problemas y conflictos, contar con paciencia y empatía y tener habilidades sociales.
A este servicio, las personas que acuden, suelen hacerlo generalmente porque se han sentido mal tratados o infravalorados en el trato sanitario o que se les ha ofrecido un servicio incompleto o ineficiente.

2 Objetivos

Mostrar cuáles son las funciones básicas del Auxiliar Administrativo hospitalario que realiza su labor en Atención al Paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica al respecto del tema. Se ha hecho una revisión de todo lo extraído, eliminando aquello que parece menos relevante y quedándonos con lo más importante.
Con todo ello, se ha llegado a la redacción del siguiente capítulo.

4 Resultados

Cuando nos sentimos maltratados cuando acudimos por un problema de salud, la forma de hacérselo llegar a la gerencia hospitalaria, es a través de Atención al Paciente.
Lo mismo ocurre, cuando creemos que algo puede mejorarse o cuando tenemos dudas o no conocemos nuestros derechos como paciente/usuario.
La mayoría de las veces, las personas que acuden a Atención al Paciente, lo hacen disgustados, nerviosos, sienten que no se les ha atendido adecuadamente o que se podían hacer las cosas de forma diferente o habérseles hecho más pruebas a ellos, o a algún familiar.
Las sugerencias, reclamaciones o preguntas que necesiten resolución, las podemos hacer de forma personal, telemáticamente o por teléfono, de ahí, que este tipo de trabajador, deba estar formado para la resolución de problemas y conflictos, en estas tres formas de comunicación.
El lenguaje debe ser correcto, debe intentar dar soluciones alternativas pero nunca, dar falsas expectativas, ya que eso puede hacer que el problema empeore.

Deberá darse cuenta de cuando la conversación empieza a subir de tono y saber llevar la situación a la tranquilidad.
Como ya hemos comentado, deberá ser empático y educado, adaptar el lenguaje al paciente, no utilizar tecnicismos y tratará a todas las personas por igual, independientemente de su sexo, raza, etnia, orientación sexual, cultura o religión.
Deberá conocer a la perfección las obligaciones y derechos de los pacientes/usuarios.
Ofrecerá la documentación adecuada al caso de cada persona, para hacer llegar su demanda a las gerencias y, si fuera necesario, le ayudará a rellenar todo lo que sea necesario.
El paciente/usuario, será informado de los plazos aproximados en los que recibirá respuesta y los pasos a seguir, si no estuviera de acuerdo.
El trabajador, siempre, será respetuoso con los datos, según la Ley de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales (LOPDGDD) 2018.

5 Discusión-Conclusión

Este servicio es de gran importancia, ya que es un enlace entre el paciente y las gerencias.
Es la esperanza de que la demanda del paciente se vea solucionada, cualquier tipo de problema en el trato sanitario, así, como todas aquellas sugerencias que puedan mejorar el servicio hospitalario.
El trabajador que realiza su labor aquí, debe cargarse de paciencia y empatía y llevar las conversaciones de forma tranquilizadora para el paciente/usuario.
Debe entender que todas las personas que allí acuden, lo hacen porque se han sentido minusvaloradas o maltratadas a la hora de acudir a un centro hospitalario, con un problema de salud.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado
"Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica."
https://protecciondatos-lopd.com/empresas/nueva-ley-proteccion-datos-2018/
Grupo Ático 34.
"Ley de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales (LOPDGDD) 2018" https://www.comunidad.madrid/hospital/getafe/profesionales/servicio-informacion-atencion-paciente

Salud Madrid. Hospital Universitario de Getafe.
”Servicio de Información y Atención al Paciente” https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188

Capítulo 215

LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES QUE FALLECEN EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR

EVA NAVARRO TERCERO

CRISTINA MOROTE TERCERO

YOLANDA MOROTE BONIFACIO

MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO

SERGIO YUNCAL VIVAS

1 Introducción

La actitud que debe tener el celador, en su relación con los familiares de pacientes fallecidos se basa en la psicología que debe tener este profesional sanitario para tratar, con la mayor seriedad y profesionalidad posible, este tipo de situaciones.
Evidentemente, las causas de fallecimiento de los pacientes no son siempre iguales. Las personas mayores que fallecen de forma natural, personas que fallecen de forma repentina por accidentes de tráfico, personas jóvenes o de mediana edad que fallecen tras larga enfermedad, etc.
Todo lo comentado implica que el celador tiene que tener el tacto suficiente para saber tratar con cada una de las situaciones mencionadas anteriormente y aplicar

a cada momento una actitud adecuada para sacarlo adelante de la mejor manera posible y que resulte (dentro de la dificultad), lo más "llevadero" posible para esos familiares que están sufriendo.
Con todo lo dicho, el papel del celador y la función del mismo, además de otras muchas, también es ayudar a estos familiares que están sufriendo, entenderles y hablarles, saber afrontar los distintos momentos y hacer de la atención al usuario, la premisa fundamental para lidiar con estas situaciones con éxito y convertirse en un profesional completo en todos los aspectos de la profesión.

2 Objetivos

Reflexionar sobre la utilidad de la psicología y la meditación en el trabajo del celador para ayudar a afrontar las situaciones y trato con los familiares en el caso de fallecimiento de un paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda de bibliografía y también se han consultado revistas, artículos y nociones específicas sobre la profesión, como por ejemplo, Mundifor, Euroinnova, además de experiencias viviendas por celadores en activo en diferentes instituciones que prefieren mantener el anonimato y no aparecer reflejados sus nombres en dicho artículo.

4 Resultados

El resultado de nuestro capítulo, principalmente, se basa en la importancia que puede llegar a tener el buen empleo de la psicología y de la meditación en la profesión de Celador, en diferentes aspectos pero, como es objeto de estudio, en la actitud que se debe tener con los familiares de los pacientes fallecidos.
Cuando una persona ha sufrido una pérdida dolorosa como puede ser la de un familiar, necesita que el profesional que la está atendiendo en la Institución Sanitaria empatice con su situación, le escuche y le facilite los pasos que tiene que dar, puesto que la pérdida ya de por sí engloba una dificultad importante.
La preparación espiritual de un Celador, véase a través de la religión o a través del yoga u otras técnicas de meditación, puede llegar a ser fundamental para afrontar también desde el punto de vista personal estas situaciones que se van

a dar en un hospital o en cualquier Institución Sanitaria donde se desarrolle el empleo de Celador.
Con un adecuado uso de dichas técnicas de meditación, podemos desarrollar empatía, saber hacer en una situación de estas características, siempre de manera comedida, sin sobrepasar ciertos límites que no deben ser sobrepasados y ejerciendo de forma elegante y discreta para que los familiares vean en el Celador un buen apoyo y no un profesional impersonal.
El saber estar es clave, sobre todo, en la atención a familiares cuyo ser querido a resultado fallecido por una accidente o cualquier tipo de muerte repentina, donde el impacto psicológico es mucho más fuerte que en otros tipos de fallecimiento.
Con lo cual y, para finalizar, el resultado del estudio nos indica que la meditación y la psicología son claves para afrontar este tipo de situaciones.

5 Discusión-Conclusión

La discusión que podríamos tener en este capítulo es si realmente la religión puede ser interesante y puede influir también en el correcto desarrollo de la profesión de Celador y en la atención a los familiares de pacientes fallecidos.
La religión aporta meditación, tener una creencia sobrenatural puede dar la fuerza necesaria para afrontar con entereza este tipo de momentos nada fáciles de llevar a cabo.
El yoga y otras técnicas de meditación también ayudan pero, creo, a mi modo de ver y como persona creyente que soy (a modo personal), pienso que la religión, tener fe y la creencia también es importante para desarrollar fuerza, empatía y profesión como tal.

6 Bibliografía

https://mundifor.com>cursos>el
apoyo psicológico del celador. https://euroinnova.us
Curso Universitario de Especialización en Técnicas de apoyo a familiares por fallecimiento psicológico por la Universidad de Alcalá, especialidad Celadores.

Capítulo 216

EL CELADOR Y LA FUNCIONES QUE DESARROLLA EN EL ASEO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

EVA NAVARRO TERCERO

CRISTINA MOROTE TERCERO

YOLANDA MOROTE BONIFACIO

MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO

SERGIO YUNCAL VIVAS

1 Introducción

Aunque no se encuentra entre las funciones prioritarias del celador, también debe ayudar y colaborar con los profesionales sanitarios, cuando estos lo requieran, en la higiene de ciertos pacientes.

En ocasiones, ya sea por falta de movilidad del enfermo o, porque las necesidades del servicio lo requieran en la Institución donde estemos trabajando, el celador va a tener que colaborar con el personal sanitario encargado del lavado y cuidado de la higiene corporal de los pacientes.

En dicha colaboración, el celador, tiene que tener en cuenta y conocimiento de las diferentes posiciones empleadas para el lavado de enfermos (sobre todo impedidos), en la misma cama, como por ejemplo, posicionar al paciente en decúbito supino lateral para poder higienizar la cama y la propia piel del paciente.

Todo el tema postural y los conocimientos técnicos comentados, se basan en la aptitud del celador pero, también, es muy importante tener en cuenta la actitud que tiene que tener el celador con respecto a sus compañeros, la ayuda que tiene que prestar en todo momento y esa ”vocación” de servicio al usuario que tiene que plasmarse en todo momento para facilitar el trabajo a los demás.
Finalmente, exponemos tal actitud ante la profesión y hacemos hincapié en la importancia que tiene tanto la aptitud, como la actitud del profesional en el cuidado de la higiene y la colaboración.

2 Objetivos

Explicar la diferencia y, a su vez, la importancia, que tiene el formarse como celador en el aspecto técnico, pero también en el aspecto psicológico.
El positivismo y la actitud servicial son dos objetivos capitales en la profesión que deben ser defendidos y trabajados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. También se ha entrevistado a una psicóloga clínica laboral que prefiere mantener en el anonimato su identidad, la cual nos ha explicado la base científica y la importancia que tiene para el profesional celador formarse también en la psicología para entender la salud del paciente y su aseo, además de su ayuda continua para desarrollar dicho fin.

4 Resultados

El resultado del estudio realizado se basa, principalmente, en que en todo momento el trabajo del Celador debe ser desempeñado con aptitudes suficientes, pero también con la actitud adecuada para llevar a cabo dicho trabajo.
Esto es, el aseo e higiene de los pacientes, sobre todo cuando se trata de pacientes que están inmovilizados (tienen problemas de movilidad), se convierte en una difícil tarea para los profesionales sanitarios. Ahí entra el papel del Celador, el cual, en multitud de ocasiones, tiene que prestar ayuda al personal de Cuidados Auxiliares de Enfermería para conseguir asear al paciente, por ejemplo, encamado.
El compañero o la compañera TCAE que esté ejecutando tal aseo, nos va a solicitar ayuda, cuando se encuentre solo o sola y ahí es donde el Celador tiene que

desempeñar una actitud de complemento, una actitud de ayuda y una actitud de servicio hacia el profesional que está solicitando su atención.
Además de esta actitud, también el Celador tiene que tener aptitud, es decir, tiene que tener los conocimientos técnicos necesarios para, por ejemplo, movilizar a un paciente inmóvil en la cama y realizar los cambios posturales necesarios para poder ejecutar el necesario aseo de dicho enfermo.
Hay que tener en cuenta, que la importancia del aseo del paciente es crucial para evitar el desarrollo de enfermedades, bacterias, etc; además de evitar el empeoramiento de la enfermedad o enfermedades ya existentes en dicha persona.
Un entorno aseado y limpio siempre mejora las condiciones de vida de cualquier persona, cuanto más así es en una Institución Sanitaria, donde el cuidado del aseo personal debe ser profesional y muy efectivo.
Los Sistemas Sanitarios de los países europeos siempre requieren gran cantidad de mano de obra de Celadores y Auxiliares de Enfermería precisamente por estas razones, cuidan el aseo hasta las máximas consecuencias por la importancia ya mencionada.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión de nuestro capítulo, está basada en la importancia de la preparación del profesional Celador a la hora de conocer cómo asear a un paciente correctamente. Hablamos de múltiples supuestos que se pueden dar en el día a día de la Institución Sanitaria donde estemos desarrollando nuestra profesión: llevar a un paciente hasta la ducha, desde la cama, ayudarle a ducharse (siempre y cuando dicho paciente no sea capaz por sí mismo), ayudar al personal Auxiliar de Enfermería u otro Celador para poder asear a un paciente inmovilizado en la cama, etc. Son situaciones habituales en las cuales el Celador tiene que tener la ACTITUD y la APTITUD adecuada para desarrollar la profesión correctamente.

6 Bibliografía

1. Abelson, R.P. (1981) “Psychological status of the script concept”, American Psychologist,
36, 715–29.
2. Ackoff, R.L. (1989) “From data to wisdom”, Journal of Applied Systems Analysis,
16, 3–9.

3. Adair, J.G. (1984) "The Hawthorne effect: A reconsideration of the methodological artifact", Journal of Applied Psychology, 69, 334–45.
4. Adams, J.S. (1965) "Inequity in social exchange", en L. Berkowitz (ed.), Advances in
Experimental Social Psychology, vol. 2. Nueva York: Academic Press.

Capítulo 217

LOS CELADORES QUE ESTAN EN LOS ALMACENES HOSPITALARIOS Y LA ORGANIZACION DE PEDIDOS PARA LOS PUEBLOS DE ALREDEDOR

EVA NAVARRO TERCERO

CRISTINA MOROTE TERCERO

YOLANDA MOROTE BONIFACIO

MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO

SERGIO YUNCAL VIVAS

1 Introducción

Hablaremos sobre las funciones de los celadores en los almacenes de los centros hospitalarios. El concepto de almacén se define en el Manual de Administradores de Instituciones Sanitarias de la Consejería de Salud Pública de Valencia como "un lugar físico que cumple una función de almacenamiento (depósito temporal de mercancías en un almacén en cuanto a ubicación, protección y control). este lugar debe ser adecuado y con áreas apropiadas para recibir y acceder, maniobrar, preparar y retirar elementos controlados. El almacén del centro hospitalario tiene como objetivo garantizar la distribución de pedidos en todo momento y con ello garantizar la entrega de cada unidad y servicio en el centro de salud. Los administradores asociados a un servicio de almacenamiento son los responsables

de controlar todo el material contenido en ese servicio. Por lo tanto, necesitan comprender la organización y el diseño del almacén para realizar sus funciones de manera más rápida y eficiente. Este capítulo introducirá brevemente las funciones específicas de la gestión del trabajo en el almacén. Todas estas funciones fueron definidas por la Proclamación 5. En julio de 1971, por la cual se establece un reglamento para el personal no médico atendido por la Agencia Médica del Seguro Social.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del celador adscrito al servicio de almacén general.
- Exponer el funcionamiento de la recepción y almacenamiento del material, en el servicio de almacén general.

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 los hospitales y centros de salud, según el tipo de establecimiento de tratamiento, se podrán destinar distintos almacenes generales para dar servicio a todos los centros que componen el hospital, área hospitalaria o área básica de salud, o almacén. complejo hospitalario. En el centro del hospital también podemos encontrar varios almacenes para materiales almacenados. Podemos encontrar: una farmacia, una tienda de material clínico, una tienda de material y material quirúrgico, una papelería, un taller y una lavandería. Las bodegas de esta industria cumplen las siguientes funciones en los servicios de almacenaje en general en bodegas en centros hospitalarios o centros de salud, ambulatorios, policlínicos:

- En primer lugar, serán los encargados de recibir la mercancía, registrar los materiales recibidos, comprobar la hoja de ruta. - Descargar materiales del almacén

y entregarlos en el lugar especificado, distribuirlos y colocarlos en el área designada. Tuvieron que desarrollar esta habilidad cuando el transportista colocó los materiales necesarios en el área de carga de la bodega principal del centro de salud. - Reportar todos los ingresos al gerente de la tienda diariamente. - Supervisar la entrada y salida de material y controlar el acceso únicamente al personal autorizado. Esta característica se refleja claramente en la secuencia 5. En julio de 1971 se aprobó el Reglamento del Servicio Civil, sin
Las instituciones sociales de salud están al servicio de la salud. Concretamente en el apartado 14.2. 5.- Comprender el funcionamiento, organización y clasificación de los almacenes. - Preparar siempre los materiales necesarios para cada departamento del hospital según el paquete del pedido. Esta función será supervisada por el gerente de la tienda. mayor distribución. - Distribuir materiales de servicio de almacén, suministros y equipos a varios departamentos del hospital. Con base en la orden de fecha 5 de julio de 1971, encontramos que en los servicios de
Almacén se realizaban las siguientes funciones. 14.2.1. Realizarán los deberes de guardia apropiados durante los turnos asignados. 14.2.6. Serán responsables de la vigilancia nocturna en el interior y exterior del edificio cuando las puertas de servicio adicionales estén cerradas. 14.2.8. Informan a sus superiores inmediatos de cualquier daño o irregularidad que descubran durante la limpieza y conservación de los edificios y materiales. 22.14. Los deberes de guardia también incluyen todos los deberes similares a los especificados previamente por los superiores pero no descritos específicamente.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo con la evidencia que dimos anteriormente en este capítulo titulado ”Personal de Almacén. Recepción y Almacenamiento” nos mostró que las principales funciones que debían realizar los servicios generales de almacenamiento de los distintos establecimientos de salud eran: Recepción, colocación y distribución de materiales higiénicos y antihigiénicos a otros servicios , centros de salud o clínicas locales. También se puede verificar que en el decreto del 5 de julio de 1971, que crea el estatuto del personal no médico atendido por la Dirección del Seguro Social en Salud, que incluye algunas funciones de supervisor de almacén. y finalizamos destacando de la gran importancia que tiene este servicio , ya que es clave para la cadena sanitaria.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición
2 Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD.
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 218

EL PACIENTE CON CARDIOPATIAS INGRESADO Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR

ANA MOYANO SOLERA

GREGORIO REYES CIFUENTES

ÓLIVER RAYOS MARTÍN

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU

1 Introducción

Un enfermo cardíaco entra dentro de las cirugías cardiovasculares, las cuales son una especialidad de la medicina que se ocupan de los problemas del sistema cardiovascular en los que son precisas las intervenciones quirúrgicas. Las principales cirugías cardiovasculares pueden ser un bypass, la cirugía valvular, de grandes vasos, arritmias o también trasplantes cardíacos. Este tipo de cirugía está en constante evolución y con el tiempo que van manejando nuevas técnicas, nuevo instrumental y otras opciones que optimizan el éxito de esta tipología de operaciones, lo facilita y en parte reducen bastante el tiempo de recuperación de los enfermos.

En este capítulo vamos a ver de modo general la forma de proceder de un celador hacia un enfermo cardíaco. No nos centraremos en enfermos en concreto ni en

un tipo de operación en concreto como recambio de válvulas, disecciones u otros tipos. Simplemente, hablaremos de modo general de la labor del celador con un enfermo de estas características. Nos centraremos en el trabajo del celador, su relación con el enfermo desde que ingresa en urgencias o por una operación programada hasta que es dado de alta, describiendo de forma general y en lo que incumbe a las funciones de celador todo el paso del enfermo por el hospital tanto en planta, en el quirófano, hasta que es dado de alta.

2 Objetivos

- Dar a conocer la labor del celador a la hora del trabajo con un enfermo cardíaco.
- Explicar de modo detallado el trabajo del celador desde el ingreso del enfermo, su paso por planta, durante la intervención, así como en la uci y su bajada de nuevo a planta hasta que es dado de alta.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos empezar con el ingreso del enfermo 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 enfermo 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 enfermo 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 enfermos 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 enfermo 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 enfermo y lo subirá al área de intervenciones quirúrgicas junto con su historial médico y siempre avisando en planta del traslado de ese enfermo por si no estuviera preparado para la realización 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 enfermo 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 enfermo también con ayuda del personal, el celador tendría que ejecutar esa función. Una vez está terminada la operación el celador deberá pasar al enfermo de la mesa del quirófano a una cama o camilla al enfermo y de allí trasladarlo a la unidad de cuidados intensivos (UCI).
Será suya la responsabilidad de llevar al enfermo 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 enfermo 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 enfermo para la realización de la prueba.
El celador que esté en la UCI durante los siguientes días, ayudará en el aseo del enfermo 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 enfermo.
Con el paso de los días y dependiendo de su evolución se procederá a bajar al enfermo 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 enfermo lo necesita, el celador deberá ayudar en el aseo del enfermo, 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 enfermos sean trasladados para la realización de una radiografía de tórax cada día para ver su evolución.

Una vez el personal médico crea necesaria el alta hospitalaria del enfermo, el celador si hace falta acompañará hasta la salida al enfermo o ejecutará este trayecto en silla de ruedas si el enfermo 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 enfermo 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 enfermo cardiovascular podemos observar la importante labor del celador y como está implicado en todos los procesos por los que pasa este tipo de enfermo en el hospital, desde su traslado en el ingreso, su trabajo en el quirófano, UCI o los traslados para la realización de las pruebas pertinentes tanto antes como después de la intervención. Todo este resumen de funciones del celador lo hemos realizado 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 219

LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ANA MOYANO SOLERA

GREGORIO REYES CIFUENTES

ÓLIVER RAYOS MARTÍN

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU

1 Introducción

Se define Hospital de Día como un servicio en el cual se encuentra integrados parte, de la unidad de oncología de un centro hospitalario. En el Hospital de día, es un servicio en el cual van los pacientes para recibir el tratamiento para su proceso oncológico, en forma de ciclos de quimioterapia, ya sea intracavitaria, intravesical, intraperitoneal, etc., dependiendo del tipo de cáncer a tratar. El servicio del Hospital de día está compuesto y formado por puestos con sillones y por boxes con camillas, la cual depende del estado de la salud que presente en ese momento de los ciclos los pacientes, este tipo de pacientes son frágiles y cuenten con las defensas del sistema inmunitario bajas, debido a la quimioterapia.
El servicio del Hospital de día, funciona como una unidad de cuidados intensivos

(UCI), está formado por un mostrador de forma circular, el cual conforma el centro de actividades y del servicio, alrededor se encuentran los puestos de sillones o camillas, y desde ahí, el personal sanitario controla el estado de los pacientes, así como de las vías y sueros con la medicación.
El celador forma parte de un equipo integrante de este servicio, el cual está formado por el personal de enfermería y de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, así como también cuenta con la presencia de especialistas en oncología.

2 Objetivos

Describir e indicar las funciones propias del celador en el hospital de día y los pacientes oncológicos de esta unidad.

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 de los hospitales de día se encargan de los pacientes que se acercan al hospital de día desde sus domicilios, la planta de oncología de dicho centro, o a través de sus domicilios mediante silla de ruedas o incluso en ambulancias a través de las camillas.
Los celadores trabajan junto con otro personal sanitario que está en Hospital de día para ubicar y acomodar a los pacientes en cada posición, ya sea en sillones o camillas de servicio. También colabora en los movimientos posturales que requieren los pacientes encamados, así como en la colocación de biberones o cuñas cuando lo necesitan los sanitarios.
Cuando los pacientes ingresan en el del hospital de día por la mañana, generalmente se someten a análisis de sangre y orina, donde el celador designado los lleva a un servicio de laboratorio lo más rápido posible. Este análisis se repite varias veces en un ciclo, con los carros cargados con muestras, en orden, llevados al servicio de laboratorio de la misma manera, y luego devueltos al servicio

con carros vacíos y moldes de pipetas.
A veces, los pacientes con cáncer requieren pruebas adicionales, como radiografías, ultrasonidos, tomografías computarizadas, etc. La transferencia de estas pruebas es responsabilidad del celador.
Los llevará al servicio designado, esperará a que se complete la prueba y devolverá al paciente al servicio. Este es uno de los servicios que requiere la presencia constante del celador asignado al mismo, ya que estos pacientes pueden desestabilizarse en cualquier momento y requerir una actuación urgente por parte del personal sanitario. Únicamente abandonarán el servicio y trasladarán muestras y equipos de transporte del servicio a otros servicios cuando así lo indique el personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, en este capítulo hemos visto como los celadores realizan funciones muy importantes para el cuidado de los pacientes oncológicos de estos centros de día.
Las funciones del celador que hemos visto anteriormente en el apartado de resultados, nos da una guía de la cantidad de funciones que los celadores realizan en estos centros y de la importancia de la coordinación de estos con el personal sanitario y no sanitario de estos centros, para que el cuidado de los pacientes sea lo más confortable y agradable posible y así dichos pacientes estén en unas condiciones inmejorables y afronten de una manera optimista estas enfermedades que les afectan psicológicamente.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://escuelafintech.com/celador-hospital.

Capítulo 220

HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE GERIATRICO Y CELADOR

DIEGO MARTIN MAROTO

MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO

CARLOS MURO MONTERO

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

RAUL MARTIN SANCHEZ

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar de la actuación del celador de planta del servicio de geriatría y sus diferentes actuaciones con los pacientes geriátricos.
Pero, ¿qué es la geriatría? Y ¿Qué se entiende por paciente geriátrico? La geriatría es una rama de la medicina que estudia no solo las distintas patologías que presentan los pacientes con edad avanzada, sino que además estudia aspectos funcionales, psicológicos y sociales que influyen en el paciente, e intenta darles una solución dentro de los recursos asistenciales existentes.
Por otra parte, se entiende por paciente geriátrico no solo al paciente con edad avanzada, sino al paciente con edad avanzada que presenta múltiples patologías(cardiacas, urológicas, respiratorias, etc.), toma mucha medicación (para sus distintas patologías) y tiene algún grado de dependencia respecto a la realización de las actividades necesarias para el desarrollo de la vida diaria.

El enfermo geriátrico es atendido durante su hospitalización por un equipo multiprofesional formado por geriatras, DUE, TCAE, auxiliares administrativos, celadores, etc.
Los celadores en el servicio de hospitalización de geriatría realiza no solo las funciones que vienen especificadas en el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 5 de julio de 1971, puesto que estas han ido aumentando concretándose en normas de régimen interno de cada uno de los servicios que componen el servicio de salud castellano manchego atendiendo a sus particularidades

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Desarrollar algunas de las funciones (las más importantes) que el celador lleva a cabo con pacientes geriátricos hospitalizados.

Objetivos secundarios:
- Poner en valor la figura del celador.
- Fomentar la necesidad de formación previa al inicio de del puesto de trabajo como celador en una institución sanitaria.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos llevado a cabo un exhaustivo trabajo de investigación fundamentalmente basado en búsquedas en las siguientes bases de datos: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo. Utilizando en las búsquedas como palabras clave y operadores booleanos: Geriatría, paciente geriátrico, celador, funciones generales del celador y funciones específicas del celador en el servicio de hospitalización geriatría.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre Geriatría, paciente geriátrico, celador, funciones generales del celador y funciones específicas del celador en el servicio de hospitalización geriatría, artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Protocolo de actuación de los celadores en la planta de hospitalización de geriatría:

- La primera actividad que debe realizar el celador es la asepsia (lado de manos higiénico y puesta de guantes no estériles) antes de iniciar sus actuaciones con los pacientes geriátricos.
- Recepción del paciente geriátrico, colocar al paciente en la cama de hospitalización que tiene asignada. En este proceso el celador debe ayudar al TCAE para acomodarlo, desvestirlo, poner la correspondiente ropa hospitalaria, encamarlo, etc.
- Durante toda su hospitalización ayudará a todo el personal (facultativos, DUE y/o TCAE siempre que haya que realizar algún tipo de movilización o transferencia (de cama a camilla, de cama a silla de ruedas, etc.).
- Realizar todos y cada uno de los traslados del paciente que sean necesarios(para que le sean realizadas pruebas, a quirófano, asistencia a consultas externas, etc.).Siempre teniendo en cuenta los distintos protocolos de actuación para llevar a cabo este tipo de traslados intrahospitalarios.
- Ayudar al TCAE (cuando por las patologías del paciente el TCAE no lo pueda hacer solo y no haya en el servicio la posibilidad de ayuda por parte de otro TCAE) a colocar y quitar cuñas y/o pañales.
- Recepción de los fármacos solicitados y procedentes del servicio de farmacia hospitalaria.
- Trasladar aparatos al sitio adecuado o al servicio correspondiente.
- Trasladar cualquier tipo de material no necesario en el servicio al lugar indicado.
- Vigilar el correcto uso de las instalaciones, material y enseres que conforman el servicio de hospitalización de geriatría.
- Controlar tanto la entrada como la salida de los visitantes (que respeten las normas del servicio hospitalario, que no haya más de un acompañante por paciente, que no introduzcan en la habitación productos no permitidos, etc.).Solicitando(de forma adecuada)el abandono del recinto cuando sea necesario por estar más de un acompañante por paciente, por estar produciendo ruidos, etc.
- Llevar muestras a laboratorio, a patología anatómica, informes al sitio correspondiente o informes verbales donde corresponda.
- En caso de fallecimiento, ayudar al TCAE a realizar el amortajamiento del fallecido y desplazarlo una vez amortajado a la sala de autopsias o al mortuorio (según corresponda).
- Etc.

5 Discusión-Conclusión

El celador como parte de un equipo multiprofesional que debe atender al paciente geriátrico de forma empática y adecuada debe estar formado antes de iniciar su actividad con el paciente geriátrico en cosas tan sumamente importantes tales como: realización de las movilizaciones de pacientes (las diferentes posturas: decúbito supino, decúbito supino lateral, decúbito prono, fowler, semi fowler, semiprona, etc.) , la forma de realizar los traspasos de camilla a cama a silla de ruedas, etc. de tal forma que en estos procesos no se lesione al paciente o se ponga en riesgo su delicada salud, ofreciéndole junto al resto del equipo una atención de gran calidad.

6 Bibliografía

- Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 5 de julio de 1971.
- Wikipedia
- Curso actualización integral para celadores. Fysa.
- Bermejo García L. Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia [Internet]. Sede Electrónica del Principado de Asturias: Conseyería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies; diciembre de 2009 [Consultado el 27 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://movil.asturias.es/
Asturias/descargas/ PDF_TEMAS/ Asuntos%20Sociales/ Calidad/ 1.1_Residencias %20Mayores-Parte %20I.pdf
- Bakerjian D. Atención hospitalaria en los ancianos [Internet]. MSD Manuals: febrero de 2018 [Consultado el 27 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.msdmanuals. com/es-es/professional/ geriatr%C3%ADa/ prestaci%C3%B3n- de-la-atenci%C3%B3n- a-los-ancianos/atenci% C3%B3n-hospitalaria -en-los-ancianos
- http: // www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/
celador/temas/tema_2.pdf
- htm#::text=CELADOR %20DE%20PLANTA &text=Se%20hace%20 cargo%20de%20los,servicio %20designado%20por% 20el%20m%C3%A9dico.
- https://www.euroinnova. edu.es/el-celador-en- unidades-de-hospitalizacion https:// celadores2014.files. wordpress.com/ 2015/04/tema-11-especc3adfico.pdf

Capítulo 221

FUNCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CITACIONES

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

ELENA MALDONADO GALERA

BÁRBARA MUÑOZ PALOMO

Mª INMACULADA LÓPEZ GALLEGO

SANDRA RODRIGO MARTINEZ

1 Introducción

Los tiempos y la tecnología están cambiando, y por este mismo motivo, el auxiliar administrativo tiene que adaptarse en todo momento a estos cambios. Antes se daba cita a los pacientes mediante una llamada telefónica o personalmente, el paciente se acercaba al mostrador de un hospital o un centro de salud. Ahora un paciente puede coger cita a través de una APP o una página web en cualquier momento del día. Esto no significa que a un auxiliar administrativo le pueda faltar el trabajo. De todas formas, el personal administrativo tiene que estar pendiente de las citas que ha dado el sistema de citaciones para cumplir con el horario del personal médico.

No tenemos que olvidar a los pacientes que no entienden de informática y tecnología, estos pacientes seguirán llamando y/o presentándose a la zona hospitalaria para tener esa cita con su médico de cabeza o con su especialista. Tienen

que ser atendidos de la mejor forma y apuntar esa citación para ser atendido en el "hueco" de la agenda lo permita.
Un paciente no solamente puede meterse en la APP de citaciones, llamar por teléfono o presentarse personalmente al hospital o centro de salud para pedir cita. También puede ser por modo consulta. Es decir, para saber qué día se le dio esa cita o para poder realizar una modificación en la cita anterior.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de citaciones de centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica. Se ha realizado una búsqueda donde la palabra "citas" y "auxiliar administrativo" han sido claves para la investigación e información.
También se ha realizado la búsqueda en una página oficial de SESCAM.

4 Resultados

Cuando hablamos de un hospital o centro de salud, el personal administrativo se encarga de dar citas para ser los pacientes atendidos por el día con su médico de cabeza o coger la cita para un especialista. También puede darle al paciente (y solamente al paciente) cuando tenía cita. Cuando hablamos de atención ambulatoria, el personal administrativo se encargará de la demanda de servicio, recepción y atención al paciente y la asignación de turnos.
Una cita médica, no solamente le viene bien tenerlo el paciente. También le viene bien al personal sanitario, ya que puede realizar su agenda de trabajando viendo cuantos y como se encuentran esos pacientes para gestionar el tiempo.
En una cita, el paciente tiene que dejar su carnet sanitario o indicar su D.N.I al personal administrativo. En algunos hospitales donde son de grandes dimensiones, se sustituye el personal administrativo por pantallas donde introduciendo el código de citación aparece la sala en la que se tiene que ir, o sacar justificante si el paciente lo desea.

En la sala de espera aparecerán en una pantalla los números asociados a los pacientes (Tickets) para saber cuando serán atendidos. Esto hace que no se hagan grandes colas en los pasillos y sobre todo, por la ley orgánica de Protección de datos.
En los lugares que no tengan estas pantallas de información, el personal administrativo es el encargado de llamar a los pacientes una vez que le tocan ser atendidos El personal administrativo también será encargado de evitar que la gente se cuele de turno. Siempre se tiene que respetar el orden de llegada si se trata de una citación del día o se respeta la hora que el paciente tiene la cita.
El personal médico tendrá la información y el cuadrante de sus pacientes, haciendo que esté informado de números de pacientes que tiene ese día y los que se encuentran en la sala de espera para ser atendidos.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo permite una buena gestión de turno de trabajo y permite que el paciente tenga la información que desea siempre y cuando sea cumplida la Ley Orgánica de Protección de Datos.
El auxiliar administrativo tiene que estar informado en el manejo de sistemas informáticos para gestionar la cita y poder informarse de la mejor manera.
La ventaja de los sistemas informáticos donde una persona puede pedir cita hace que sea más rápido su gestión y poder estar disponible las 24 horas, pero, al final, todas esas citas tienen que pasar por el auxiliar administrativo.
El personal administrativo tiene que tener contacto y comunicación con el personal médico, ya que este último será quien atienda al paciente. El paciente puede volver al personal administrativo una vez acabada la cita médica con un especialista o con un médico de cabecera para que se le vuelva a dar otra cita, ya que volvería a ser necesario. Esto lo tiene que indicar el personal médico con el volante.

6 Bibliografía

1. Personal administrativo (Internet) noviembre de 2021 https://revistamedica.com/funcion-administrativo-gestion-citas/.
2. Citas en castilla la Mancha https://sanidad.castillalamancha.es/saladeprensa/notas-de-prensa/el-gobierno-de-castilla-la-mancha-incorpora-nuevos-hospitales-al.

Capítulo 222

CELADOR: CAMA HOSPITALARIA Y/O CAMILLA.TIPOS DE DESPLAZAMIENTOS EN FUNCIÓN DE LA GRAVEDAD QUE SUPONE ESTE PARA EL PACIENTE Y NORMAS GENERALES PARA LA REALIZACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO DE MANERA ADECUADA

DIEGO MARTIN MAROTO

MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO

CARLOS MURO MONTERO

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

RAUL MARTIN SANCHEZ

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar de las normas generales o básicas que los celadores debemos conocer para proceder al correcto desplazamiento de los pa-

cientes tanto en camilla como en cama hospitalaria.
Para ello, es necesario establecer la diferencia que existe entre camilla o cama hospitalaria. Podríamos decir que la diferencia fundamental entre ambos conceptos radica en el uso que tienen dentro del ámbito sanitario, ya que las camillas se utilizan principalmente en las consultas externas para la exploración y realización de pruebas de pacientes y para desplazamientos de los pacientes dentro del hospital. Mientras que la cama hospitalaria se utiliza solamente por el paciente que está hospitalizado para el descanso y su recuperación.
Aunque hemos puesto especial énfasis en esta diferencia, existen otras diferencias que se tendrían que matizar en función del tipo de camilla (rígida, articulada, de tijera o de tablero espiral) y del tipo de cama hospitalaria (rígida, Catch, libro, ortopédica, electro circular, rotorest, levitación, incubadora) puesto que cada una de ellas presenta unas circunstancias diferentes.
Cualquier tipo de camilla o cama hospitalaria dispone de ruedas que permite el desplazamiento de estas y por tanto, el desplazamiento de pacientes. Y atendiendo a las funciones asignadas a los celadores en el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 5 de julio de 1971(aún vigente en la actualidad) corresponde al cuerpo de celadores llevar a cabo estos desplazamientos.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Dotar al celador de las normas básicas necesarias para llevar a cabo los desplazamientos de los pacientes tanto en camilla como en cama hospitalaria para evitar cualquier tipo de incidente durante estos.

Objetivos secundarios:
- Conocer los distintos tipos de desplazamientos en función de la gravedad que supone el desplazamiento para el paciente.

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: camilla, cama hospitalaria , tipos de camillas, tipos de camas hospitalarias, tipos de desplaza-

mientos en función de la gravedad que supone este al paciente y normas para el desplazamiento tanto en camilla como en cama hospitalaria.
Criterios de inclusión: Fuentes bibliográficas que trataban sobre camilla, cama hospitalaria , tipos de camillas, tipos de camas hospitalarias, tipos de desplazamientos en función de la gravedad que supone este al paciente y normas para el desplazamiento tanto en camilla como en cama hospitalaria, artículos en castellano con antigüedad inferior a 7 años.

4 Resultados

Cuando hablamos de desplazamientos de pacientes, se hace referencia al cambio del lugar de emplazamiento a otro distinto. Existen dos tipos de desplazamiento los que se producen dentro del mismo centro sanitario conocido como desplazamientos intrahospitalarios y los que se producen fuera del centro hospitalario conocido como interhospitalarios.
Estos desplazamientos (intra o interhospitalarios) se dividen a su vez en tres grandes grupos, en función del riesgo que supone dicho desplazamiento para el paciente:
- Desplazamiento de bajo riesgo.
- Desplazamiento de riesgo intermedio.
- Desplazamiento de alto riesgo.

El estudio del riesgo que supone para el paciente es el que determina si el paciente es desplazado solamente por celador o acompañado de otro personal como pueda ser DUE, TCAE o FEA.
Normas básicas necesarias para llevar a cabo los desplazamientos de los pacientes(por parte de los celadores) tanto en camilla como en cama hospitalaria para evitar cualquier tipo de incidente durante estos:
- El celador siempre se debe colocar detrás de la cabecera del paciente, es decir empujar la camilla o cama hospitalaria desde la cabecera de esta y en el sentido de la marcha, excepto:

.Cuando el paciente que se va a desplazar está monitorizado, que la camilla o cama hospitalaria tiene que ser empujada desde la piecera de esta.
- Si al paciente se le va a introducir a un ascensor se empuja por el celador debe introducir primero el cabecero de la camilla o cama hospitalaria para que sean los pies del paciente lo último que entre en el ascensor.
- Si al paciente se le va a sacar de un ascensor el celador debe empujar la camilla o cama hospitalaria desde el cabecero para que lo primero que salga del paciente

sean los pies.
- Si en el desplazamiento del paciente es necesario subir alguna rampa el celador debe empujar la camilla o cama hospitalaria desde el piecero de esta.
- Si en el desplazamiento del paciente hay que bajar alguna o varias rampas el celador empujará la camilla o cama hospitalaria desde el piecero de esta, pero de espalda a la inclinación de la rampa.

5 Discusión-Conclusión

Una de las funciones que realizan los celadores diariamente y casi de forma continua es el desplazamiento de pacientes de unos lugares a otros, por ejemplo, desde el servicio de urgencias hasta la planta de hospitalización, desde la planta de hospitalización al gabinete de pruebas especiales, desde la planta de hospitalización a RX, desde la planta de hospitalización a quirófano, etc. esto implica que el celador deba conocer a la perfección como debe realizar estos desplazamientos, puesto que puede y de antemano evita diariamente muchos accidentes que podrían dañar la integridad física el paciente. Por eso, creemos que los celadores antes de iniciar nuestra andadura en el ámbito sanitario deberíamos ser formados presencialmente por un curso que nos acreditase la formación efectiva para la realización de nuestra labor y así desde el inicio ofrecer un servicio de calidad.

6 Bibliografía

Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 5 de julio de 1971 https://ortoprono.es/blog/equipamiento-para-el-hogar/tipos-de-camas-hospitalarias-y-para-que-sirven/
https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/12/Gestion-camas-hospitalarias-ISG.pdf
Tema 3: El celador en relación con los enfermos: traslados y movilizaciones.(htts;/cgtsanidadpa.org) https:/celadoresonline.blogspot,com

Capítulo 223

EL CELADOR PARTE INTEGRANTE DE UN EQUIPO QUE REALIZA MOVILIZACIONES EN PACIENTES, PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTE ENCAMADO NO COOPERANTE HACIA ARRIBA

DIEGO MARTIN MAROTO

MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO

CARLOS MURO MONTERO

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

RAUL MARTIN SANCHEZ

1 Introducción

Todos y cada uno de los pacientes que es atendido en los servicios sanitarios, es a través de un equipo multiprofesional que debe saber trabajar en grupo para proporcionar una calidad asistencial basada en el eficiente uso de los recursos con los que se cuenta y evitar cualquier daño accidental al paciente.

El equipo multiprofesional del que formamos parte activa los celadores debe complementarse, coordinarse, comunicarse, proporcionar confianza a los pacientes y al resto de equipo y comprometerse aportando lo mejor de sí mismo para sacar el trabajo de forma efectiva y eficiente.
Dentro de las funciones que los celadores realizamos con los pacientes (solos o acompañados por otros profesionales como pueden ser los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería)son las movilizaciones de los pacientes.
Pero, ¿Qué se entiende por movilización de pacientes?
En el ámbito sanitario se habla de movilizaciones tanto para referirse al desplazamiento de pacientes de unos lugares a otros (en camilla, cama hospitalaria o silla de ruedas) como a los movimientos que son necesarios efectuar en el paciente para cambiarlo de posición (cambios posturales).Dentro de este gran grupo actuaciones vamos a dedicar este capítulo a desarrollar el protocolo de actuación para llevar a cabo las movilizaciones de pacientes encamados no cooperantes para subirlos hacia arriba en la cama.

2 Objetivos

Objetivo principal:
.- Desarrollar el protocolo de actuación para mover hacia arriba al paciente encamado no cooperante.
Objetivos secundarios:
.- Poner de manifiesto la necesidad de saber trabajar en grupo.
.- Poner en valor la figura del celador.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:
Bases de datos : se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: Celador, funciones del celador en el ámbito sanitario, características que debe tener un grupo de trabajo para ser eficiente, definición de movilización hospitalaria, movilización de pacientes encamados y protocolo de actuación para mover al paciente encamado (no cooperante) hacia arriba.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: Celador, funciones del celador en el ámbito sanitario, características que debe tener un

grupo de trabajo para ser eficiente, definición de movilización hospitalaria, movilización de pacientes encamados y protocolo de actuación para mover al paciente encamado (no cooperante) hacia arriba, artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Protocolo de actuación para movilizar al paciente encamado hacia arriba (Esta técnica debe ser realizada siempre entre dos profesionales):
- Antes de iniciar el protocolo de actuación el celador debe lavarse las manos, ponerse los guantes y ponerse mascarilla quirúrgica (dependiendo de las patologías que tenga el paciente, por ejemplo, si es oncológico debe ponerse).
- Explicar al paciente quienes somos y que le vamos a hacer (pidiéndole su máxima colaboración en el proceso).
- Comprobar que no tiene contraindicada la elevación de la cama, si es así elevarla (ya que la elevación de la cama reduce el estrés de la espalda de la persona que lleva a cabo la movilización).
- Poner la cama en posición horizontal (siempre que esta posición no esté contraindicada en el paciente en cuestión).
- Elegir entre los dos profesionales que van a realizar la movilización una de las dos técnicas existentes para pacientes que no cooperan o no pueden cooperan en el proceso.
- Llevar a cabo la técnica en sí.
- Colocar la cama en posición que tenía anteriormente o como nos diga el paciente (siempre y cuando no exista ninguna contraindicación para ello).
- Dejar el habitáculo ordenado.
- Despedirse del paciente.
- Quitarse los guantes, desecharlos y lavarse las manos.

Técnicas de movilización de pacientes encamados (no cooperantes) para moverlos hacia arriba en la cama:
Técnica 1:
Colocada la cama en la posición adecuada, retirar la almohada, situarse cada uno de los celadores en cada uno de los lados de la cabecera y colocar un brazo por debajo del hombro y el otro bajo el muslo, levantar suavemente al paciente y moverlo hacia arriba (todo esto proceso de forma coordinada entre sus participantes).
Técnica 2:

Colocar sábana doblada por la mitad y centrada (para ello primero se mueve al paciente a un lado de la cama para poner la primera parte de esta sábana y luego hacia el otro lado para poner el resto) una vez colocada, con los dos celadores puestos a cada lado de la cama se coge la sabana por ambos para realizar el movimiento hacia arriba del paciente. Colocado el paciente se procede a quitar la sábana y a colocar la cama.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores debemos saber trabajar en grupo (coordinándonos con el resto del equipo y a través de una buena comunicación), conocer y saber llevar a cabo el protocolo de movilización de pacientes encamados no cooperantes para llevar a cabo las movilizaciones hacia arriba y las técnicas existentes para poder hacerlo de forma que no solo no nos autolesionemos, sino que tampoco produzcamos ninguna lesión al paciente, de esta forma ,le ofrecemos al paciente la posibilidad de una pronta recuperación y que se sienta lo mas confortable posible durante su estancia en el servicio sanitario.
Imaginemos, que cuando estamos realizando este tipo de movilización los dos celadores no se ponen de acuerdo de cuando se va a realizar el movimiento, y se queda un celador con todo el peso del paciente y además el paciente medio caído.

6 Bibliografía

Art. 14.2 Estatuto del Personal no sanitario
Curso actualización integral para celadores . Fysa. https:/www. Auxiliarenfermeria.com https:/www.serdomas.es
https:/ciapat.org

Capítulo 224

ESPECIFICIDADES DEL CELADOR EN LOS QUIRÓFANOS

RUBEN FERNANDEZ DEL MAZO

1 Introducción

El Celador en el quirófano tiene unas funciones propias y específicas diferentes a cualquier otra función que pudiera tener en otra sección de la Institución Sanitaria. En este capítulo vamos a estudiar, desde un punto de vista crítico, que quizá no se prepare lo suficiente a estos profesionales sanitarios cuando llegan a tener que colaborar en un quirófano y que, debido a esta circunstancia, surgen muchas dificultades operativas que en la totalidad de las veces se soluciona con la actuación de otro compañero Celador con más experiencia, pero que quizá no sea la resolución más adecuada.

El Celador en el quirófano utiliza material absolutamente específico e infinitamente diferente al que se emplea en otras secciones del hospital, tanto es así, que es importante que un Celador conozca a la perfección el tipo de camilla que se emplea para trasladar al paciente al quirófano, como traspasar a dicho paciente a la mesa de operaciones, como trasladar al recién operado al área de reanimación, etc. Nunca está de mas que un Celador conozca el instrumental quirúrgico y que entienda las peticiones y necesidades que les puedan surgir a los profesionales sanitarios dentro de dicho quirófano. Con lo cual, importante la formación e instrucción del Celador que se emplea en dicha área.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es entender y hacer entender que el Celador que actúa en quirófano tiene que tener unos conocimientos específicos.

3 Metodología

La metodología empleada ha estado basada en la experiencia de varios profesionales Celadores trabajadores del Servicio Extremeño de Salud (SES) y en bibliografía especializada en tratamiento y actuaciones dentro de quirófano. También se ha consultado la red y varios blogs especializados.

4 Resultados

El resultado de nuestro capítulo es que un Celador debe conocer los diferentes recursos técnicos, instrumental y material en general que se emplea en un quirófano.
En dicha sala tenemos: Mesa de operaciones, lámpara quirúrgica o cialítica, lámparas supletorias, aparato de anestesia, sistema de aspiración, mesa de instrumentación, mesa auxiliar, escabel, armarios, negatoscopio, bisturí eléctrico, carro de parada, aparatos de RX portátiles e instrumental.

Es fundamental que un Celador conozca todos estos elementos para saber en qué consiste su empleo dentro del área de quirófano.

Aparte, en un quirófano existen una serie de riesgos…riesgo de infección relacionado con la intervención, riesgo de lesión relacionado con el uso de material electrico, riesgo de lesión relacionado con el uso del láser, riesgo de lesión relacionado con la posición del paciente y riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionado con las condiciones quirúrgicas.
Aparte de todo esto, aunque sea una situación que se va a mejorar y que, en este momento, ya se están llevando a cabo estudios para solventarlo, es importante que el Celador tenga la capacidad de ayudar al paciente a entender el entorno quirúrgico y tranquilizarse al respecto, reduciendo el nivel de ansiedad de dicho paciente.
En muchos casos ayudará muchísimo al intervenido en gran medida tranquilizarse, entender el postoperatorio, saber que los profesionales que están a su alrededor tienen el único objetivo de ayudarle y de aportar el mejor servicio posible, etc. El Celador que presta su servicio en quirófano también debe aportar en

esta situación, debe conocer el orden de pacientes que van a entrar en el quirófano, la velocidad a la que deben ser trasladados y comprobar que el historial clínico se corresponde con el paciente seleccionado.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión de nuestro capítulo radica en que es insuficiente la preparación que se da a los Celadores y, sobretodo, los profesionales que son destinados al área de quirófano. Es necesario que se haga entender mediante formación específica la importancia del trabajo que se lleva a cabo cuando se está en trabajando en un área tan especializada y la pobre formación que se ofrece especialmente desde los servicios públicos hoy en día.
Con todo, es de capital importancia que las Instituciones lleven a cabo programas de formación para los Celadores y cursos teóricos y prácticos de aprendizaje, perfeccionamiento y mejora en esta área particularmente.

6 Bibliografía

Profesionales Celadores del SES, los cuales prefieren no mostrar su identidad.
El Celador en el Área Quirúrgica. ISBN 10 8415796560.
El Celador en Quirófano. Blog Gemamoli Bufón.

Capítulo 225

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

CLAUDIA MORENO RAMOS

MANUEL ANGULO ESCRIBANO

LAURA SEPÚLVEDA ANGULO

FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO

JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ

1 Introducción

El servicio de urgencias es un área que forma parte tanto de la atención hospitalaria como de los centros de salud. Suelen acudir usuarios que padecen una patología aguda que no puede esperar a una cita con su médico de familia, o que han sufrido accidentes de diversas etiologías y necesitan atención médica de forma inmediata, así, encontramos en la puerta de urgencias desde pacientes con una lumbalgia mecánica muy dolorosa que necesitan urgentemente una infiltración de corticoides como pacientes que han sufrido un accidente de tráfico y padecen varias fracturas y hemorragias internas.
Por tanto, observamos que en el área de urgencias convergen pacientes muy diversos con patologías muy variadas que involucran a multitud de especialidades,

así como una amplia gama de gravedad y urgencia de estos mismos procesos patológicos, desde entidades que simplemente requieren un alivio rápido del dolor hasta problemas que, de no intervenir de forma urgente, pondrían en riesgo la vida del paciente.
Por todo ello en urgencias se hace necesario triar a los pacientes, es decir, asignar a su problema una gravedad de forma cuantitativa, para así atender en primer lugar a aquellos que entrañen mayor riesgo. En el servicio de urgencias se coordina la labor de multitud de profesionales, entre los que se encuentra el celador, y cuyas funciones desempeñadas en el servicio de urgencias se analizarán en el presente texto.

2 Objetivos

-Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en el área de urgencias.
-Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en urgencias.
-Poner en valor el trabajo que realiza el celador en esta unidad, necesario para el correcto funcionamiento del servicio.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “urgencias”, “puerta de urgencias”, 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.
A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.
Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

La puerta de urgencias es una zona del hospital que siempre está en constante movimiento y flujo de pacientes y facultativos, constituyendo una de las áreas de salud más dinámicas.
A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.
Los celadores recibirán a los pacientes en la puerta de urgencias, les conducirán al servicio de admisión y posteriormente les indicarán donde deben esperar a ser atendidos, indicarán al paciente donde se sitúan las diferentes áreas o boxes a los que deben dirigirse, siempre con amabilidad y educación.
El celador será el encargado de transportar a los pacientes, ya sea en camilla o silla de ruedas, cuando sea necesario moverles de un área a otra, o llevarlos a realizarse alguna prueba complementaria, como, por ejemplo, una radiografía simple o un TAC.
El celador ayudará al urgenciólogo, enfermero o auxiliar de enfermería a movilizar a los pacientes cuando sea necesario, conociendo las maniobras o posturas anatómicas pertinentes. También colaborará en pequeñas labores ayudando al personal cuando así se le indique.
El celador será el encargado de transportar todos los dispositivos médicos necesarios utilizados en el servicio, como aparatos de rayos x portátiles, ecógrafos, etc., cuando sea necesario traerlos desde otro servicio o trasladarlos de un box a otro, también se encargará de transportar inmobiliario, documentos y otros objetos que le sean indicados.
Si fuera necesario dar un recado o comunicación verbal, será el celador quien la transmita sin tardanza al destinatario indicado.
Otra función del celador consiste en recoger las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y trasladarlas a lavandería.
El celador velará por el orden en el área de urgencias, procurando la mayor tranquilidad y silencio posible en las salas de espera para el funcionamiento adecuado de esta unidad, además vigilará que no entren a las salas de espera más acompañantes de los permitidos y evitará que los pacientes entren a zonas no permitidas del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo del presente texto, el área de urgencias es probablemente la zona que cuenta con un mayor volumen y flujo de pacientes,

de diversa índole y gravedad, así, se hace necesaria la labor de multitud de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, que trabajen de forma eficiente y coordinada, como facultativos urgenciólogos y de otras especialidades, enfermeros, auxiliares de enfermería, personal administrativo, personal de limpieza y mantenimiento y celadores, los cuales, con su labor, desempeñan multitud de tareas que contribuyen a que el área de urgencias funcione de manera óptima para brindar un servicio de salud adecuado al usuario.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en el Servicio de Urgencias - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 14, 2023, from https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias/
2. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 27. Actuación del Celador en el Servicio de Urgencias. (n.d.). Retrieved July 14, 2023, from http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-27-actuacion-del-celador-en-el.html

Capítulo 226

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PARITORIO

CLAUDIA MORENO RAMOS

MANUEL ANGULO ESCRIBANO

FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO

JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ

LAURA SEPÚLVEDA ANGULO

1 Introducción

Dentro de la planta de ginecología y obstetricia, se encuentra el paritorio, zona especial del hospital donde se realizan los partos. Traer al mundo un hijo es, para la mayoría de las personas, uno de los hitos más importante de sus vidas, y que nunca olvidarán. El parto que comúnmente se conoce como natural, es aquel que sucede por vía vaginal y sin uso de instrumentación, como palas o fórceps, mientras que los partos en los que se requiere uso de instrumentación se denominan instrumentados. Por otro lado, cuando la vía del mismo no puede ser vaginal y se hace necesario realizar una cirugía y extraer al feto a través de la pared abdominal, se denomina cesárea.
Hoy en día, debido al frenético ritmo de vida que llevamos, y las condiciones económicas cada vez más precarias, hacen que la natalidad esté disminuyendo a

pasos exagerados, y que las mujeres que son madres lo hagan progresivamente con mayor edad, por tanto, cada vez son más los embarazos que se consideran de riesgo.
Puesto que el nacimiento de un hijo es un evento vital en la vida de todas las personas y por todo lo anteriormente mencionado, el personal que trabaja en una sala de partos o paritorio, han de ser sumamente profesionales, estar a la última en formación médica y ser especialmente amables y respetuosos con sus pacientes. En este texto analizaremos la función del celador en la sala de paritorio.

2 Objetivos

Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en el paritorio.
Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en área de paritorio.
Poner en valor el trabajo que realiza el celador en esta unidad, necesario para su correcto funcionamiento.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como "celador", "paritorio", "ginecología y obstetricia", 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.
A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.
Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

El paritorio es una zona del hospital muy dinámica, en constante movimiento y agitación, con salidas y entradas continuamente tanto de pacientes como personal sanitario.
A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.
El celador se encargará de trasladar a las pacientes embarazadas en silla de ruedas o en camilla, desde la zona donde se encuentran, ya sea urgencias, la puerta principal, o la planta de obstetricia hasta la zona de paritorio. Será el celador también quien traslade toda la documentación necesaria para llevar a cabo el parto, como la historia clínica de la paciente, consentimiento informado, y otros documentos que puedan ser necesario.
Si se hace necesario trasladar un recado o una orden verbal, será el celador quien la transmita con presura al servicio zona del hospital pertinente.
El celador será el encargado de trasportar todos los dispositivos médicos necesarios utilizados en la zona de paritorio, como camillas, ecógrafos portátiles, aparatos de monitorización fetal, etc. Los celadores movilizarán todo este equipo por interior de la unidad cuando sea necesario, así como fuera de la planta, cuando se requiera cambiarlos de servicio o guardarlos en las zonas pertinentes al final de la jornada.
El celador también se encargará de recoger las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y trasladarlas a lavandería.
Si el celador observase desperfectos o falta de material dentro de la zona de paritorio, será el encargado de poner esta información en conocimiento de sus superiores. el celador también trasladará al laboratorio las muestras biológicas pertinentes como pueden ser muestras de sangre y orina.
Será el celador el encargado de transportar al paritorio aquellos elementos de farmacia pesada, como sueros, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo del presente texto, el nacimiento de un bebe es un evento mayor en la vida de las personas, no exento de riesgos y posibles complicaciones. Por ello, los facultativos obstetras y matronas que realizan el seguimiento del embarazo, así como todos los profesionales que asisten el parto, obstetras, pediatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, y también el personal no sanitario, categoría en la cual se incluye al celador, han de trabajar de forma coordinada y

profesional para que el evento del parto sea un buen recuerdo y curse sin complicaciones mayores, brindando así la mejor atención sanitaria posible al usuario.

6 Bibliografía

1. Funciones del CELADOR en MATERNIDAD | FisioStar. (n.d.). Retrieved July 16, 2023, from https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-maternidad
2. El celador y la paciente embarazada - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 16, 2023, from https://revistamedica.com/celador-paciente-embarazada/

Capítulo 227

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

CLAUDIA MORENO RAMOS

MANUEL ANGULO ESCRIBANO

LAURA SEPÚLVEDA ANGULO

FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO

JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ

1 Introducción

La medicina ha evolucionado a pasos agigantados en el transcurso del último siglo, encontrándose tratamientos curativos para enfermedades que hace unos cuantos cientos de años se consideraban incurables. Pero no todo en la medicina son tratamientos farmacológicos, como antibióticos, antirretrovirales, analgésicos, etc. Una buena parte de los tratamientos de elección que son realizados hoy en día se consideran quirúrgicos, esto es, una cirugía que soluciona la dolencia del paciente.

Actualmente existen multitud de especialidades consideras médico-quirúrgicas, o puramente quirúrgicas, es decir que utilizan la cirugía como medio curativo, ejemplo de ellas son traumatología, dermatología, urología, cirugía general, cirugía torácica, cirugía pediátrica, ginecología y obstetricia, otorrinolaringología, etc.

Existen multitud de tipos de cirugías, como la curativa, aquella que su intención es la curación, paliativa, la que tiene como objetivo mejorar los síntomas y calidad de vida del paciente, pero no modificará el trascurso de la enfermedad; reparadora, como la que realizan los traumatólogos cuando se ha producido una fractura, y la cirugía de trasplantes, como su propio nombre indica.
El quirófano es el lugar del hospital donde ser realizan las intervenciones quirúrgicas, como es de esperar, son lugares muy controlados, donde impera el orden y donde las normas de higiene y protocolos de asepsia y antisepsia son primordiales.
En presente texto analizaremos las funciones que lleva cabo el celador en el quirófano.

2 Objetivos

-Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en área quirúrgica
-Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en esta unidad.
-Poner en valor el trabajo que realiza el celador en el quirófano, necesario para el correcto funcionamiento del mismo.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “cirugía”, “quirófano”, 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.
A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.
Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

Podemos afirmar que el área de quirófano es una de las más delicadas de un hospital, pues de su correcto funcionamiento, depende el éxito o fracaso del procedimiento quirúrgico, es por ello que el personal que trabaja en quirófano debe conocer perfectamente los protocolos de trabajo y cumplirlos fielmente.
A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en el quirófano.
El celador será el encargado del traslado de los pacientes desde el servicio o área del hospital donde se encuentren, en su camilla, hacia la zona quirúrgica.
También realizará el celador el transporte de toda la documentación necesaria, como consentimiento informado, historia clínica etc., que pueda ser necesaria para la realización de la cirugía.
El celador ayudará al personal sanitario en diversas tareas cuando así se le indique, como en la colocación del paciente en una determinada posición, el montaje de las camillas, etc.
El celador se encargará del transporte de objetos e inmobiliario que puedan ser precisados durante la cirugía, como por ejemplo un aparato de rayos x portátil.
Durante la intervención el celador permanecerá en el antequirófano o el pasillo, localizado en todo momento por si se requieren sus servicios.
Si se hiciera necesario trasladar un recado u orden verbal, será el celador quien la comunique al servicio o personal correspondiente sin tardanza.
El celador será quien transporte al quirófano las cajas de farmacia pesada, como por ejemplo aquella que contienen las bolsas de suero fisiológico, ringer lactato etc.
El celador transportará también al laboratorio la muestras biológicas de los pacientes, como análisis de sangre orina etc. De especial importancia y prioridad son las biopsias intraoperatorias, pues su resultado determina el curso que tomará la cirugía, por tanto, el celador las llevará con presura al laboratorio abandonando la actividad que esté haciendo y dándole prioridad a esta tarea.
Otra competencia del celador consiste en recoger las jaulas llenas de pijamas sucios a la salida de los vestuarios de quirófano al final del día y trasladarlas a lavandería.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos desarrollado a lo largo del presente texto, el quirófano es un lugar muy singular del hospital, que requiere de protocolos de higiene, vestimenta y

medidas de seguridad especiales, y en el cual se hace necesario el trabajo y coordinación de multitud de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, entre los que encontramos facultativos cirujanos de un amplio abanico de especialidades, enfermeros instrumentistas, auxiliares de enfermería, celadores, personal de limpieza y mantenimiento, etc.
El celador, con su labor, contribuye como un trabajador más a que el quirófano funcione de manera correcta y se brinde al paciente una atención sanitaria óptima.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en quirófano y urgencias - ESSAE. (n.d.). Retrieved July 16, 2023, from https://essaeformacion.com/funciones-del-celador-en-el-quirofano
2. QUE HACE UN CELADOR EN QUIROFANO | Web Oficial EUROINNOVA. (n.d.). Retrieved July 16, 2023, from https://www.euroinnova.edu.es/que-hace-un-celador-en-quirofano
3. Funciones del Celador en las distintas Áreas o Servicios - Celadores.org. (n.d.). Retrieved July 16, 2023, from http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc04

Capítulo 228

EL CELADOR Y EL USO DE MAQUINARIA PARA LA MOVILIZACION DE LOS PACIENTES ENAMADOS

ANA MOYANO SOLERA

MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU

GREGORIO REYES CIFUENTES

ÓLIVER RAYOS MARTÍN

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

1 Introducción

Los celadores que desarrollan su actividad laboral en las instituciones sanitarias, ya sean consultorios locales, centros de salud o centros hospitalarios, deberán llevar a cabo dos funciones exclusivas. Dichas funciones son el traslado de los pacientes y la movilización de los mismos siempre que no puedan realizar dicha movilización por ellos mismos.
Dentro de la Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social, quedan recogidas las funciones de los celadores. En el artículo 14.2.3 se indica la función exclusiva del celador de movilizar a los pacientes, "Será función

exclusiva de los celadores la movilización de los pacientes que por sus dolencias, patologías o diagnóstico clínico no puedan realizar por ellos mismos".
En la actualidad, la mayoría de los centros sanitarios utilizan medios de movilización auxiliares para facilitar la movilidad de los pacientes. Esta actuación tienen dos objetivos claros, por un lado proporcionar seguridad al paciente durante las movilizaciones y por otro lado, ayudar al celador y al resto del personal profesional que intervengan en la movilización de los pacientes y no hacer fuerza bruta innecesaria.
Los medios auxiliares más utilizados son el elevador hidráulico y los transfer o rulos sanitarios.

2 Objetivos

- Dar a conocer el elevador hidráulico como uno de los medios auxiliares más utilizados durante la movilización de los pacientes.
- Enumerar y explicar los pasos a realizar durante la movilización de los pacientes con la utilización de un elevador hidráulico.

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 elevador hidráulico o grúa es uno de los medios auxiliares de movilización de pacientes más utilizados en los centros hospitalarios, especialmente en las unidades donde se encuentren hospitalizados los pacientes (plantas de hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos).
La utilización del elevador hidráulico se llevará a cabo para mantener la seguridad del paciente cuando se dé el caso de algunas de las siguientes situaciones:
- El paciente muestra una movilización pasiva y no ayuda al personal.
- El paciente no puede mantenerse de pie.
- El paciente es muy pesado.

Antes de preparar al paciente y de proceder a su movilización con el elevador hidráulico, el celador deberá comprobar que la grúa funciona perfectamente y que tiene la batería cargada, de esta manera de evitar movilizaciones innecesarias al paciente.

Pasos a seguir durante la utilización del elevador hidráulico:

- Dejar preparado todo el material necesario.
- Realizar un correcto lavado de manos.
- Utilizar guantes desechables.
- Comunicar al paciente de la actuación que se le va a realizar, indicándole que es la forma más segura de levantarlo al sillón.
- Colocar la cama en un plano paralelo al suelo, para que la lateralización del paciente para colocar el arnés se pueda realizar cómodamente y sin hacer sufrir al paciente.
- Colocar el arnés la paciente.

El celador movilizará al paciente hacia la posición de decúbito lateral, mientras que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) coloque una sábana entremetida y el arnés.

Una vez colocado el arnés, el celador movilizará al paciente hacia el otro lateral para que el TCAE saque el arnés y entremetida por el otro lado.

- Colocar de manera cruzada las bandas inferiores por debajo de los muslos del paciente.
- Colocar el arnés en la parte superior, quedando los hombros del paciente dentro del arnés.
- Colocar las bandas en los ganchos de la grúa.
- Proceder a levantar al paciente al sillón.
- Colocar al paciente en el sillón.
- Retirar los enganches de la grúa.
- Retirar guantes desechables.
- Llevar a cabo un correcto lavado de manos.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico nos reflejan la evolución de la forma de trabajar en los centros sanitarios, permitiendo realizar un trabajo de manera más segura tanto para el paciente como para los profesionales, protegiendo y cuidando la salud del profesional con la utilización de medios auxiliares durante la movilización de los pacientes.

En los centros hospitalarios hay números tipos de elevadores hidráulicos, por lo que es de vital importancia que el celador conozca el funcionamiento de cada uno de ellos y sepa utilizarlos, ya que es función exclusiva del celador la movilización del paciente, independientemente de que se realice con la ayuda de un medio auxiliar como la grúa.

6 Bibliografía

1. Aguilar, M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
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.
4. Rodríguez, F., Castro, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018

Capítulo 229

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRATAMIENTO DE LA DOCUMENTACIÓN HOSPITALARIA

ANTONIO CANO PEÑA

MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO

VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA

ROSARIO PEREZ LOPEZ

YOLANDA LEON DE LA TORRE

1 Introducción

La información es un elemento fundamental dentro del ámbito de la salud y también dentro de los centros hospitalarios. Esta información se ve plasmada de forma física en los documentos. Así, a partir de la documentación de un centro hospitalario se registra y se realiza el seguimiento de toda aquella información que resulte importante para los pacientes: para la elaboración de un diagnóstico, el diagnóstico para planificar el tratamiento, los tratamientos y prescripciones, los procedimientos llevados a cabo por los facultativos, y cualquier otro personal sanitario, la evolución de los pacientes y, en general, cualquier otra información relevante generada. La documentación es esencial para garantizar al paciente una atención médica segura y pertinente.

La documentación hospitalaria y su correcta manipulación también servirá para el establecimiento de una correcta comunicación entro los diferentes facultativos que atienden al paciente, entre estos y el personal de enfermería y al resto del equipo de atención lo que permitirá un seguimiento eficiente del paciente.
Pero, además de la documentación clínica, en los centros hospitalarios también se produce un movimiento de documentación no clínica, de carácter administrativo y también necesaria para la gestión, organización y coordinación del centro hospitalario y que es necesaria para controlar los recursos utilizados por el hospital, la facturación, el establecimiento de protocolos, o las guías para el cumplimiento de las distintas normativas y reglamentaciones establecidas.
En este contexto, los celadores se configuran como una figura fundamental al desempeñar un papel protagonista en el transporte y custodia de la documentación hospitalaria y al colaborar con el resto de personal responsable en la correcta gestión y organización de los documentos.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia del tratamiento de la información y la documentación de los centros hospitalarios.
- Describir el desarrollo de las funciones del celador en el manejo y traslado de la documentación de los centros hospitalarios.

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. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “documentación hospitalaria”, “celador y la documentación hospitalaria” o “funciones del celador”.

4 Resultados

La Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias establece en su artículo 14. 2 que la primera función de los celadores el traslado

eficiente de las comunicaciones verbales, los documentos, la correspondencia y otros que les confíen sus superiores, así como el traslado de otros aparatos y mobiliario entre las distintas unidades y servicios de la institución en la que preste el servicio. Paralelamente, el Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por la Orden 26 abril de 1973 del Ministerio de Trabajo, ratifica esta función principal del celador estableciendo en su artículo 75.12 que el personal auxiliar de enfermería trasladará a los celadores las comunicaciones verbales, los documentos, la correspondencia y los objetos confiados por sus superiores.

Esta función se desarrolla a través de la realización de tareas como las siguientes:

- Trasmisión de las comunicaciones verbales a sus compañeros, los superiores, los pacientes, familiares, usuarios, etc. cuanta información, mensajes, o instrucciones les sean indicadas por sus superiores o cualquier otro personal autorizado por estos. La información debe ser dada de manera clara, amable y completa. Nunca hará comentarios ni a pacientes ni familiares sobre diagnósticos, tratamientos, pronósticos de la enfermedad y ante el requerimiento o dudas sobre estas cuestiones derivará las consultas al médico correspondiente.
- El traslado de las historias clínicas de los pacientes y cuanta documentación le acompañe desde la planta del paciente hasta el archivo central del hospital. El celador solo debe acceder a la información de la historia clínica del paciente imprescindible para la realización de su labor, además tampoco podrá facilitar esta información.
- El traslado de documentación, sea cual sea su soporte o tipo (libros, manuscritos, fotografías, fotocopias, informático, etc.), como pueden ser: las hojas de interconsulta; las peticiones o los resultados de análisis, radiografías, urografías, ecografías, arteriografías, etc. o cualquier otra prueba diagnóstica; las historias clínicas; las órdenes de hospitalización; los partes de quirófano; las peticiones de ambulancias; las peticiones de citas; o documentos administrativos como los partes de mantenimiento y hojas de pedido al almacén general, al almacén de fungibles, a farmacia, laboratorio, lencería etc.
- Anexo a la documentación, el celador también será el encargado del reparto de la correspondencia ya sean cartas (ordinarias, certificadas, urgentes…), revistas, impresos y correo tanto interno como externo.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento correcto de la documentación es fundamental dentro de los centros hospitalarios. Esta documentación puede clínica, es decir, que reúne la infor-

mación sobre los datos, diagnóstico, tratamiento o de cualquier índole sobre el paciente, o no clínica, es decir, la documentación administrativa para la organización y gestión del centro hospitalario.
Los celadores son profesionales indispensables en el tratamiento de la documentación de los centros hospitalarios. Las funciones que realizan a este respecto son múltiples y variadas. Con el desarrollo de esta función, el celador, contribuye a garantizar la integridad y la disponibilidad de la información clínica de los pacientes respetando su confidencialidad. Además, contribuyen al buen funcionamiento del centro hospitalario y a su gestión con el conocimiento pormenorizado de los documentos, tratamiento y traslado. La labor realizada por los celadores requiere de gran diligencia, precisión y respeto a la confidencialidad, con el objeto de garantizar que la información llegue al destino correcto y de una forma segura.

6 Bibliografía

1. de Las Funciones 1. E. L. Traslado D. E. Documentos Y. Objetos Manejo Y. Traslado D. E. Documentacion Sanitaria 2. Desempeño. TEMA 12: EL TRASLADO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS [Internet]. Formacurae.es. [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-12-TRASLADOS-DE-DOCUMENTOS.pdf.
2. Cgtsanidadlpa.org. [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_8.pdf.
3. Online C, Perfil VT mi. Tema 32. El traslado de documentos y objetos. Manejo y traslado de documentación sanitaria [Internet]. Blogspot.com. [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-32-el-traslado-de-documentos-y.html.

Capítulo 230

EL PERSONAL CALEFACTOR Y FONTANERO, PERTENECIENTE A LA CATEGORÍA GESTIÓN Y SERVICIOS, EQUIPO DE MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS MEDIDAS EN EL USO DE ESCALERAS DE MANO EN HOSPITALES

HONORATO LOZANO MOYA

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

JAVIER BUITRAGO MEDINA

VICENTE PICAZO SANCHEZ

1 Introducción

En un hospital, aparte de la actividad asistencial y administrativa, tienen lugar otro tipo de actividades como son los trabajos de limpieza, las tareas en el almacén y el cometido de mantenimiento. Es en este último caso es donde más necesarias y utilizadas son las escaleras.

Para desarrollar este tipo de trabajos, en muchas circunstancias es imprescindible el uso de escaleras de mano, dichas escaleras implican un riesgo tanto para el profesional que tiene que utilizarla, como para sus compañeros e inclusive para los propios pacientes o acompañantes. Por eso es importante conocer los riesgos que conlleva su uso y las medidas preventivas a tomar.
Primeramente, hay que definir que es una escalera de mano. La escalera de mano es una herramienta portátil que contiene dos piezas paralelas o sutilmente coincidentes unidas a distancias por travesaños y que se utiliza para subir o Bajar, un individuo de un nivel a otro.
Según el modelo de escalera nos podemos encontrar con una escalera simple de un tramo, escalera extensible, escalera doble de tijera, escalera transformable o una escalera mixta con rótula, cada cual con sus características particulares de construcción y uso, así como de los diferentes materiales de las que pueden estar fabricadas: madera, aluminio, acero y materiales sintéticos.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son los peligros que conlleva el uso de las escaleras de mano y las medidas preventivas que debemos adoptar como calefactor para prevenir accidentes en el trabajo.

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, reparaciones, etc. para desempeñar estas actividades es imprescindible el uso de escaleras de mano. En concreto, nos vamos a centrar en las tareas de mantenimiento, ya que tanto calefactores, mecánicos, albañiles, fontaneros…. A la hora de ejecutar las obras o reparaciones es muy previsible que deban hacer uso de estos equipos de trabajo que, siendo su uso tan habitual, incluso en los hogares.

Implican un riesgo sino se tienen en estima determinadas medidas preventivas que al no hacer uso de esa prevención pueden tener desenlaces graves tanto para quien las usa, en este caso el calefactor y el fontanero como para quien esté cerca en ese momento.

Riesgos:

- Caída de altura: puede desencadenar por diferentes motivos entre ellos están el deslizamiento lateral de la parte superior de la escalera a consecuencia de un apoyo inestable, una mala posición de la escalera, el viento, un desplazamiento lateral el usuario, etc.; deslizamiento del pie de la escalera por no tener zapatas antideslizantes, suelo inestable o en cuesta, poca inclinación a la hora de la colocación de la escalera, etc.; inseguridad por subir cargas o al moverse lateralmente para realizar un trabajo; inestabilidad al resbalar en los peldaños por el uso de un calzado no apropiado o que el peldaño esté impregnada de suciedad; un movimiento violento del trabajador por alguna herramienta difícil de subir, una descarga eléctrica, intentar coger alguna herramienta que va a caer, etc.; basculamiento hacia atrás de la escalera por estar demasiado corta en comparación de 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, por errónea posición de cuerpo, pies o manos.
- Atrapamientos: pueden deberse al desencajarse las bisagras de los acoplamientos de las cabezas de las escaleras de tipo tijera o transformable, cuando abrimos una escalera extensible o porque se rompa la cuerda de dicha escalera por estar mal atada o mientras la abrimos o cerramos.
- Caída de objetos sobre otras personas: para la desempeñar algunos de los trabajos de calefactor es imprescindible usar de herramientas o materiales que pueden caer desde lo alto de la escalera sobre el personal que esté en ese momento ayudando, o cualquier persona que pase por debajo o cerca de la escalera.
- Contactos eléctricos directos o indirectos: por utilizar escaleras metálicas para hacer trabajos de calefactor o estén cercanos a alguna instalación eléctrica.
- Accidentes varios: los trabajadores podrían sufrir desmayos, mareos, al subirse a las alturas por vértigos

Medidas preventivas:

- Principalmente antes de comenzar cualquier trabajo, es imprescindible comprobar el estado de las escaleras, peldaños, largueros, zapatas y en caso de tener algún desperfecto que pueda ser algún problema de seguridad, no utilizada y se procederá a realizar una incidencia por parte del calefactor para que sea reparada o sustituida inmediatamente.
- Previo a su utilización, el calefactor tendrá que asegurarse de su estabilidad de

forma que la base quede correctamente asentada. Si dispone de ruedas, se deberá asegurar su inmovilización adecuadamente
- Hay que garantizar que la suela de los zapatos del trabajador y los peldaños de dicha escalera estén secos y limpios de sustancias deslizantes.
- Se debe impedir situar la escalera en una zona de paso o frente a una puerta salvo que fuese necesario, en cuyo caso se debería inmovilizar la puerta e indicarlo en la zona.
- La bandeja superior de la escalera no se utilizará como peldaño sirve solo de apoyo para poner objetos que estemos manipulando y como punto de agarre si perdemos el equilibrio.
- Las escaleras de mano no se pintarán nunca podrían tapar defectos que deben ser tenidos en cuenta. Exclusivamente estará permitido darle 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 usadas a modo de caballete para soportar plataformas de trabajo.
- No se utilizarán bajo condiciones meteorológicas desfavorables.
- No serán usadas por dos o más personas de manera simultánea.
- A la hora de realizar trabajos que puedan suponer un riesgo eléctrico, se tendrán en cuenta las distancias de seguridad y se emplearán escaleras fabricadas en madera o en fibra de vidrio aisladas.
- En caso de tener que realizar una reparación en la escalera, exclusivamente se realizará con piezas del fabricante.
- Siempre deben quedar limpias después de su utilización y se guardarán protegidas de la intemperie.
- El técnico calefactor y fontanero, como cualquier persona que sufra de vértigos o similar no podrá subir a las escaleras.

5 Discusión-Conclusión

El técnico calefactor deberá limitar la utilización de una escalera de mano 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 estén acreditados por el bajo nivel de riesgo en relación con la frecuencia, altura y duración de los trabajos a realizar y por las particularidades del lugar donde vayan a ser realizados. Cuando se decida su uso se deberán tener en cuenta las

medidas preventivas citadas anteriormente, así como las definiciones del fabricante.
Para disminuir el riesgo es imprescindible que los trabajadores calefactores y fontaneros tengan un uso correcto y adecuado de las escaleras de mano para descartar posibles accidentes que puedan tener consecuencias graves tanto para los calefactores como para sus compañeros y pacientes del hospital.

6 Bibliografía

1. Saez J. La prohibición en el uso de escaleras de mano [Internet]. Seguridad Laboral. 2021 [citado el 20 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.seguridad-laboral.es/especiales-prl/seguridad-en-altura/la-prohibicion-en-el-uso-de-escaleras-de-mano_20210405.html.
2. [citado el 20 de julio de 2023]. Disponible en: http://especiales-prl/seguridad-en-altura/la-prohibicion-en-el-uso-de-escaleras-de-mano_20210405.html.
3. de trabajo. E. Normas de utilización de escaleras de mano [Internet]. Ifema.es. [citado el 20 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.ifema.es/doc/normas-utilizacion-escaleras-mano/escaleras-mano.pdf.

Capítulo 231

CONDICIONES AMBIENTALES DE LA FARMACIA HOSPITALARIA: FUNCIONES DESARROLLADAS POR EL PROFESIONAL CALEFACTOR Y FONTANERO PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS EQUIPO DE MANTENIMIENTO

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

HONORATO LOZANO MOYA

VICENTE PICAZO SANCHEZ

JAVIER BUITRAGO MEDINA

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

1 Introducción

Entre las diferentes áreas que constituyen un servicio hospitalario se encuentra la farmacia hospitalaria. La farmacia hospitalaria es un servicio de atención médica que cuenta entre sus actividades las de la selección, la preparación, el almacenaje o la de distribución y dispensación de medicamentos y otros productos

sanitarios. El objetivo final de la farmacia hospitalaria será procurar de manera adecuada y segura los medicamentos y los productos farmacéuticos prescritos tanto a pacientes internados en él como a los que utilizan estos servicios con carácter ambulatorio.
En la farmacia hospitalaria se puede distinguir entre una estructura física: localización, distribución, superficie y equipamiento y una estructura organizativa: gestión, distribución de funciones y personal. A su vez, el personal de la farmacia hospitalaria estará formado por personal sanitario y personal no sanitario. Dentro del personal no sanitario se encuentran los calefactores.
Los calefactores son los profesionales encargados de asegurar que la temperatura ambiental de la farmacia cumple con los estándares normativamente establecidos para conservar de manea óptima aquellos medicamentos y productos farmacológicos que contiene, a la vez que se mantienen los niveles de confortabilidad necesarios para el personal que desarrolla su labor en ella, teniendo para ello en cuenta las diferentes zonas (recepción, almacenaje, dispensación, etc.) que la conforman.
Es necesario resaltar la importancia que tienen los medicamentos y otros productos farmacéuticos en el tratamiento y recuperación de los pacientes y que su efectividad va a depender de las condiciones de conservación a las que se ven sometidos. Y, entre las condiciones de conservación está el mantenimiento de humedad y temperatura ambiental correctas y es en este ámbito en donde el técnico calefactor y fontanero realiza sus funciones.

2 Objetivos

• Exponer la importancia que tiene la farmacia hospitalaria para el correcto funcionamiento de un hospital.
• Describir las tareas y funciones que realiza el profesional calefactor y fontanero dentro de la farmacia hospitalaria.

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. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google

Académico usando como palabras claves: “farmacia hospitalaria” “calefactor en la farmacia hospitalaria” o “condiciones ambientales en la farmacia hospitalaria”.

4 Resultados

Las condiciones ambientales de humedad y temperatura dentro de una farmacia hospitalaria son fundamentales para la correcta conservación de los medicamentos y productos farmacéuticos que contiene.

En muchas ocasiones, los medicamentos son termosensibles, es decir, que, debido a su composición presentan una alta sensibilidad bien a las variaciones de temperatura, bien una incorrecta exposición a esta, de manera que puede afectar a su estructura molecular. En otras ocasiones, los medicamentos pueden ser higroscópicos, es decir, altamente sensibles a la humedad ambiental, lo que afecta a su estabilidad. En ambas ocasiones se vería disminuida su eficacia, e incluso más allá de esto, podrían volverse nocivos para la salud. Es por ello que salvaguardar las condiciones de temperatura y humedad apropiadas va a ser indispensable para garantizar su calidad, fiabilidad y seguridad.

Aunque la temperatura de conservación varía, en líneas generales los medicamentos que no requieran de una conservación especial pueden conservarse a una temperatura inferior a 25 grados Celsius y pueden aguantar temperaturas puntuales de hasta 40 grados. En cuanto a la humedad relativa, esta puede ser de entre 50% al 70%.

Debido a la especial importancia, por sus posibles consecuencias, del mantenimiento y conservación de estos productos existe una normativa y regulación vinculada a aspectos como la fabricación, almacenamiento, manipulación y dispensación de los medicamentos a la que se ve sometida la farmacia hospitalaria y que, en caso de no cumplirse, podría verse gravemente sancionada. El profesional calefactor tiene que conocer esta normativa y regulación y aplicarla de manera escrupulosa en el desarrollo de sus funciones para contribuir con ello al buen funcionamiento de la farmacia hospitalaria.

El profesional calefactor es el encargado del mantenimiento de la temperatura de esta área hospitalaria garantizando la adecuación de las condiciones termoambientales precisas para el correcto almacenamiento de los medicamentos y de otros productos farmacéuticos. Esto conlleva, en primer lugar, el control de la temperatura mediante la toma de datos y su registro, de manera manual o mediante el establecimiento de sistemas automatizados para comprobar que esta se mantiene dentro de los parámetros establecidos; en segundo lugar, el mantenimiento, conservación y/o reparación de los sistemas de calefacción de la farmacia hospita-

laria, que incluye tareas como la limpieza y la sustitución de piezas o elementos deteriorados; y en tercer lugar, la comunicación y coordinación con el resto del personal que desarrolla su labor dentro de la farmacia hospitalaria para asegurar que los medicamentos y el resto de productos farmacéuticos se conserven y manipulen en las mejores condiciones y cumpliendo los más altos estándares de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

La farmacia hospitalaria es una parte constitutiva muy importante del complejo conglomerado que compone un hospital. En ella se realiza la recepción, almacenaje, manipulación y dispensación de los medicamentos y otros productos farmacéuticos. Debido a la delicada naturaleza de estos elaborados va a resultar fundamental el control minucioso y preciso de las condiciones de temperatura ambiental y humedad relativa con el objeto de que lleguen a los pacientes con las máximas garantías de calidad, fiabilidad y seguridad.
El encargado de esta misión es el profesional calefactor. Para ello se servirá de su formación y practica técnica, del equipamiento e instrumental necesario y de sus conocimientos y respeto de la normativa y regulación vigente realizando tareas como el control de la temperatura y humedad ambiental mediante la toma de datos y su registro; la limpieza, el mantenimiento y la reparación de maquinaria y equipos y todo ello en coordinación con el resto de los profesionales que desarrollan su trabajo dentro de la farmacia hospitalaria.

6 Bibliografía

1. GUIA DE GESTION DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA [Internet]. Sefh.es. [citado el 17 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/insalud/guiagestionsf.pdf
2. O C U M E N T O D E I N F O R M A C I Ó N Y P O S I C I O N A M I E N T O D. EL VALOR DE LA FARMACIA HOSPITALARIA [Internet]. Sefh.es. [citado el 17 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/El_Valor_de_la_FH.pdf
3. Procedimiento DE Control DE Temperatura Y Humedad EN Farmacia - REGISTRO DE TEMPERATURA HUMEDADY [Internet]. Studocu. [citado el 17 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.studocu.com/co/document/universidad-del-magdalena/farmaceutica/procedimiento-de-control-de-temperatura-y-humedad-en-farmacia/32478106

Capítulo 232

EL TÉCNICO CALEFACTOR Y FONTANERO PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS EQUIPO DE MANTENIMIENTO: IMPORTANCIA DE LAS CALDERAS DE LOS SISTEMAS DE CALEFACCIÓN EN CENTROS HOSPTALARIOS

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

HONORATO LOZANO MOYA

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

JAVIER BUITRAGO MEDINA

VICENTE PICAZO SANCHEZ

1 Introducción

Los centros hospitalarios deben configurarse como espacios propicios para brindar buenas condiciones de seguridad, bienestar y confortabilidad tanto al personal que desarrolla su trabajo dentro de ellos como a los visitantes y, especialmente, a los pacientes que acuden a ellos para su tratamiento y recuperación.

La temperatura y la humedad relativa representan un papel fundamental en este aspecto y los profesionales calefactores, en el desarrollo de sus funciones, son los responsables de que estos dos factores se mantengan dentro de los parámetros establecidos en cada área o unidad y para ello es necesario que conozcan de manera profunda la maquinaria, el equipamiento y los componentes de los sistemas de calefacción.

Las calderas son uno de los componentes más importantes de los sistemas de calefacción al ser las encargadas de generar el calor suficiente para el mantenimiento preciso, constante y estable de la temperatura de los centros hospitalarios. Estar familiarizado con el funcionamiento de las calderas, su tipología, y las partes principales de las que están compuestas es absolutamente necesario para el técnico calefactor, ya que forma parte del desarrollo de sus funciones el llevar a cabo las tareas de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo de estas. Sin olvidar que, dadas las condiciones de temperatura y presión a las que trabajan las calderas, estas tareas deben realizarse atendiendo escrupulosamente a las condiciones de seguridad.

Finalmente, un buen conocimiento y mantenimiento de la caldera por parte del técnico calefactor también contribuirá a alcanzar los objetivos de eficiencia energética del centro hospitalario procurando un ahorro de energía y ayudando, de esta manera, a reducir los gastos y la huella de carbono del hospital.

2 Objetivos

• Exponer desde la perspectiva del técnico calefactor y fontanero la importancia de la caldera como uno de los componentes más relevantes de los sistemas de calefacción de un centro hospitalario.

• Describir diferentes tipos de calderas que existen y los elementos de los que se componen.

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. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “tipos de calderas” “componentes de las calderas” o “calderas y seguridad”.

4 Resultados

En los centros hospitalarios el mantenimiento de la temperatura ambiente es un aspecto fundamental en la recuperación de la salud de los pacientes y, también, en la consecución del buen funcionamiento de los equipos médicos. El sistema de calefacción es el encargado de esta misión y la caldera de una parte fundamental entre sus componentes que el técnico calefactor debe conocer en profundidad.
La caldera es el dispositivo del sistema de calefacción encargado de generar energía térmica a partir de la combustión de un combustible que puede ser sólido, líquido o gaseoso. Los tipos de caldera se pueden clasificar atendiendo a diferentes criterios como: aquellos relacionados con la disposición de los fluidos y su circulación, dependiendo del mecanismo de transmisión de calor dominante, la forma en que se produce en intercambio de calor, la manera en que se quema el combustible, etc. La clasificación más utilizada es la que atiende a la circulación de los fluidos dentro de los tubos de la caldera, y distingue entre las siguientes:
• Calderas pirotubulares: Son aquellas en las que los gases de combustión que proceden del hogar circulan por el interior de los tubos de gases, cambiando de sentido en su trayectoria, para salir por la chimenea.
• Calderas acuotubulares: Son aquellas en las que el agua circula por el interior de los tubos y los gases de combustión circulan por el exterior de estos.
Otra de las clasificaciones más utilizadas es la que se centra en el estado físico del combustible utilizado. Siguiendo este criterio las calderas se pueden clasificar en:
• Calderas de combustibles sólidos: Utilizan como combustible biomasas, carbón, etc.
• Calderas de combustibles líquidos: Utilizan como combustible gasóleo, fuel-oil, etc.
• Calderas de combustibles gaseosos: Utilizan como combustible gas natural, gas propano, etc.
Con el objeto de una buena conservación y para la realización de un correcto mantenimiento de la caldera, el profesional calefactor debe conocer los elementos que la componen. En términos generales, las calderas están formadas por los siguientes elementos:
• Hogar, fogón o cámara de combustión: Es aquel lugar de la caldera en el que se produce la combustión.
• Quemador: Es el componente de la caldera encargado de la quema del combustible y se encuentra dentro de la cámara de combustión.
• Carcasa: Es la capa que envuelve al hogar y caldera y contiene los tubos y

conductos de humo.
• Bomba: Es el dispositivo encargado de suministrar el combustible en la caldera.
• Chimenea: Permite la salida al exterior a los humos y a los gases producidos durante la combustión.
• Tubos de la caldera: Son los componentes que permiten que se produzca el intercambio de calor entre los gases producidos durante la combustión y el líquido caloportador. Los tubos pueden ser de diferentes tipos como, por ejemplo, pirotubulares o acuotubulares.
• Válvulas de seguridad: Son los dispositivos que se encargan de liberar el exceso de presión que se puede producir en el interior de la caldera.
Las calderas son elementos del sistema de calefacción que suelen trabajar a altas temperaturas y gran presión, por ello, el técnico calefactor debe prestar especial atención a la seguridad y tener en cuenta las siguientes medidas:
• Realización de tareas de mantenimiento periódico de la caldera.
• Verificación de que las válvulas de seguridad funcionan adecuadamente.
• Control de la presión y de la temperatura de la caldera con regularidad.
• Impedir que se produzcan acumulaciones de gases inflamables en la zona de la caldera.

5 Discusión-Conclusión

En los centros hospitalarios, los sistemas de calefacción son los encargados de mantener una temperatura adecuada que garantice un ambiente seguro y confortable y el correcto funcionamiento de los equipos. Uno de los componentes fundamentales de los sistemas de calefacción es la caldera.
El técnico calefactor es el responsable del buen funcionamiento y del mantenimiento del sistema de calefacción instalado en el hospital y, por extensión de la caldera. El conocimiento preciso del funcionamiento de la caldera, su tipología y de los elementos que la conforman permitirán: que el suministro del calor del hospital se produzca de manera confiable y constante, llevar un control preciso de la temperatura, mejorar la eficiencia energética del centro hospitalario y, como consecuencia, disminuir los costos operativos y, finalmente, aportar seguridad y fiabilidad en un espacio como es un centro hospitalario en el que la temperatura es de vital importancia.

6 Bibliografía

1. Puigdollers B, Valls B, Gómez C, Esteve P. Aspectos básicos relacionados con el funcionamiento de una caldera [Internet]. Upv.es. [citado el 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/104064/Barrera%3BBetoret%3BCastell%C3%B3%20-%20Aspectos%20b%C3%A1sicos%20relacionados%20con%20el%20funcionamiento%20de%20una%20caldera.pdf?sequence=1
2. Partes Principales que Componen una Caldera [Internet]. Com.ar. [citado el 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://estrucplan.com.ar/partes-principales-que-componen
3. Clasificación de las calderas [Internet]. Portalelectromecanico.com. [citado el 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://portalelectromecanico.com/CURSOS/MaquinasMecanicas/clasificacin_de_las_calderas.html
4. De la energía calorífica en mecánica A al T de FUCB de la T, en: PA las. Clasificación según el tipo de fluido utilizado [Internet]. Risklossperu.com. [citado el 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.risklossperu.com/revista_n4/seguridad_calderas.pdf

Capítulo 233

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIO Y OBSTETRICIA

MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO

ROSARIO PEREZ LOPEZ

ANTONIO CANO PEÑA

YOLANDA LEON DE LA TORRE

VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA

1 Introducción

Podemos definir la fase del embarazo como una etapa en la vida de la mujer de mucha importancia, en la que el tanto corporal como mentalmente tienen grandes cambios, la etapa gestacional debe estar controlada y supervisada por personal cualificado como, ginecológas/os, matronas y otros profesionales sanitarios para que el proceso acabe con el nacimiento de una nueva vida. El embarazo es el estado fisiológico de una mujer el cual empieza con la concepción del feto y para continuar con el desarrollo del mismo hasta el momento del parto. El periodo normal de un embarazo es dividido en 40 semanas y su duración es de 280 días aproximadamente.
En el momento en que una mujer tiene contracciones suele ir al hospital al servicio de urgencias, allí la recibirá un celador que la conducirá al mostrador de

admisión para la toma de datos y posteriormente la trasladará al servicio de triaje, dónde si el personal sanitario lo considera, la llevará al partitorio, ayudándola a tumbarse en la cama de exploración. En el paritorio el personal de obstetricia la explorará comprobando dilatación, las pulsaciones, posición fetal y la monitorizará para controlar al feto y si ha llegado el momento de prepararla para el parto el celador la trasladará a la sala de dilatación dónde se le seguirá atendiendo hasta el momento del alumbramiento.

2 Objetivos

- Explicar a grandes rasgos la asistencia sanitaria a una embarazada en el momento del parto.
- Exponer las funciones de los celadores en el servicio de paritorio y/u obstetricia

3 Metodología

Este capítulo se ha realizado en base a una revisión bibliográfica de numerosos documentos que favorecen el análisis del tema y permiten su exposición. Se han utilizado textos en formato digital y en formato papel.
Para la revisión bibliográfica desarrollada en estas páginas he consultado diferentes Bases de Datos como Scielo, Google Académico y Medline. Así mismo, he revisado manuales y protocolo relacionados con el tema a tratar y visualizado un importante número de vídeos.
Las palabras claves que hemos utilizado han sido las siguientes: embarazo y celador en paritorio

4 Resultados

En el embarazo el embrión, crece y se forma en la cavidad uterina de la mujer, empezando con la fecundación para finalizar con el alumbramiento, lo ideal es que su duración sea de 40 semanas.
- Las funciones del celador cuando llega una embarazada a urgencias:
 El celador la recibirá en la puerta de urgencias y la llevará al servicio de admisión para que el personal administrativo tome sus datos, si es necesario la llevará en silla de ruedas.
 La conducirá a la zona de Triaje dónde el personal sanitario la examinará, si en triaje indican que ha de ir al paritorio para que le realicen una exploración y una

monitorización fetal, el celador la trasladará en silla de ruedas.
Las funciones del celador en el servicio de paritorio, son entre otras:
 Trasladar a las embrazadas a la zona de paritorio cuando les sea indicado, dicho traslado se realizará en su cama, camilla o silla de ruedas, debiendo asegurarse de llevar la historia clínica de la paciente.
 Recoger la documentación que se les solicite, como por ejemplo, las peticiones de pruebas diagnósticas y analíticas.
 Trasladar y colocar el mobiliario o aparatos necesarios.
 Comunicar a sus inmediatos supervisores sobre los desperfectos y/o irregularidades que detecten, para que sean solucionados lo antes posible.
 Colocar los materiales de almacén que les corresponden, como son los sueros.
 Realizar las tareas que le solicite el personal sanitario siempre y cuando estén dentro de sus competencias.
 Trasladar a la parturienta al box de paritorio que se le indique, acompañado de personal sanitario si fuera necesario.
 Ayudar a la embaraza para que se traslade en la cama ginecológica, le colocará las piernas sobre las perneras para que esté en la posición de litotomía.
 Una vez acabado el parto, el celador ayudará a la puérpera para que se instale en la cama que usará durante su ingreso.
 Cuando el personal sanitario de paritorio lo estime adecuado, el celador trasladará a la puérpera y el recién nacido a la habitación asignada que tengan en la planta de maternidad, portando la historia clínica de la paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos comentado anteriormente, durante el embarazo la mujer tiene muchos cambios, tanto psicológicos como físicos, y cuando el parto está a punto de suceder tienen contracciones fuertes y dolores además de miedo y nerviosismo, por ello es importante que el celador que la recibe, traslada donde sea necesario y la sujeta si se le administra anestesia epidural trate a la paciente con respeto y empatía además de mostrar una actitud tranquilizadora.
Tanto en el servicio de obstetricia y como en el de paritorio, el celador tiene que estar atento a lo que le puedan solicitar y realizar sus funciones de forma adecuada y con celeridad.

6 Bibliografía

1. Areasaludbadajoz.com. [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: https://areasaludbadajoz.com/images/datos/atencion_hospitalaria/Acogida_al_nuevo_trabajador_de_la_Unidad_de_Paritotio_del_HMI_V4.pdf.
2. de Vigilancia T 2. 1. F, Control AY. TEMA 2.1 FUNCIONES DE VIGILANCIA, ASISTENCIA Y CONTROL [Internet]. Dioposiciones.com. [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: https://dioposiciones.com/wp-content/uploads/2018/01/Explicaci%C3%B3n-Tema-2.1-Celador-del-SES.pdf.
3. Ocronos R. El celador y la paciente embarazada [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: https://revistamedica.com/celador-paciente-embarazada/.

Capítulo 234

LA GOBERNANTA DE COCINA HOSPITALARIA: GARANTIZANDO UNA NUTRICIÓN ÓPTIMA Y SEGURA PARA EL PACIENTE

MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ

1 Introducción

En el ámbito hospitalario, la alimentación adquiere un papel trascendental que va más allá de satisfacer el paladar; se convierte en un pilar fundamental para el proceso de recuperación y bienestar del paciente. En este contexto, la figura de la gobernanta de cocina hospitalaria emerge como una pieza clave para garantizar una nutrición óptima y segura durante la estancia hospitalaria. La labor de la gobernanta de cocina va más allá de la preparación de platillos exquisitos; implica una gestión organizativa y cuidadosa de los servicios de alimentación, cumpliendo con los más altos estándares de calidad, higiene y eficiencia.

En el presente capítulo, exploraremos en detalle el papel vital de la gobernanta de cocina hospitalaria y su relevancia en el cuidado del paciente en entornos hospitalarios. Nos adentraremos en sus responsabilidades y funciones específicas, su colaboración interdisciplinaria con el personal médico y de dietética, así como su compromiso con la seguridad alimentaria. Analizaremos cómo la gobernanta de cocina hospitalaria, a través de su conocimiento y habilidades, se convierte en un agente transformador que influye positivamente en la experiencia del paciente durante su estancia hospitalaria.

Además, abordaremos la importancia de la alimentación adecuada en el proceso de recuperación, destacando cómo una dieta equilibrada y adaptada a las necesidades individuales puede acelerar la convalecencia y mejorar la calidad de vida del enfermo. El capítulo también resaltará los desafíos que enfrenta la gobernanta de cocina hospitalaria, así como las estrategias y prácticas implementadas para superarlos y brindar un servicio de alimentación eficiente y efectivo.
La gobernanta de cocina hospitalaria desempeña un rol protagónico al ser la encargada de planificar menús personalizados, supervisar al equipo de cocina y asegurar el cumplimiento de las prescripciones médicas, considerando las posibles restricciones alimentarias y alergias de cada paciente. Su comunicación efectiva con el personal médico y de dietética es fundamental para lograr una atención integral y evitar errores en la alimentación. Asimismo, la implementación de protocolos rigurosos de calidad e higiene alimentaria se convierte en un pilar para prevenir la contaminación de alimentos y salvaguardar la salud de los pacientes.
En conclusión, la gobernanta de cocina hospitalaria desempeña una función vital en el proceso de recuperación y cuidado del paciente, contribuyendo de manera significativa a mejorar la experiencia hospitalaria y el bienestar general de aquellos bajo atención médica. Su compromiso y dedicación en la organización y gestión de los servicios de alimentación hacen de ella una figura esencial dentro del sistema de atención médica, donde su labor va más allá de los fogones, convirtiéndola en una protagonista indiscutible en la promoción de una nutrición óptima y segura para los pacientes.

2 Objetivos

- Analizar la relevancia de la gobernanta de cocina hospitalaria en el sistema de atención médica y su impacto en la recuperación del paciente.
- Describir las responsabilidades y funciones específicas que asume la gobernanta de cocina en un entorno hospitalario.
- Examinar la colaboración interdisciplinaria y la comunicación efectiva entre la gobernanta de cocina, el personal médico y de dietética para proporcionar una atención integral al paciente.
- Evaluar los protocolos de calidad e higiene alimentaria implementados por la gobernanta de cocina para garantizar la seguridad de los alimentos y la protección de la salud de los pacientes.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se llevó a cabo una amplia investigación documental que incluyó la revisión bibliográfica de estudios científicos, artículos académicos, informes institucionales y guías de buenas prácticas relacionadas con la gobernanta de cocina hospitalaria, la alimentación en entornos hospitalarios y la importancia de una nutrición adecuada en la recuperación del paciente. Esta investigación permitió obtener una base sólida de conocimientos y evidencia científica sobre el tema.

4 Resultados

La relevancia de la gobernanta de cocina hospitalaria radica en su papel fundamental en el sistema de atención médica. A través de su gestión eficiente en la planificación y organización de los servicios de alimentación, la gobernanta de cocina garantiza que los pacientes reciban una nutrición adecuada y balanceada durante su estancia en el hospital. Una nutrición óptima es esencial para la recuperación del paciente, ya que proporciona los nutrientes necesarios para sanar tejidos dañados, mantener el sistema inmunológico fuerte y favorecer la cicatrización de heridas. Asimismo, una alimentación adecuada contribuye a reducir el riesgo de complicaciones médicas y promueve un mejor estado de ánimo y bienestar general del paciente.

Además, la gobernanta de cocina es responsable de asegurar que los menús se adapten a las necesidades médicas y preferencias dietéticas de cada paciente. Al personalizar las dietas según las prescripciones médicas, se evitan posibles contraindicaciones y se optimiza el proceso de recuperación. La atención a las preferencias individuales también mejora la satisfacción del paciente y su adherencia a la dieta prescrita, lo que puede tener un impacto positivo en su recuperación y en la percepción de su experiencia hospitalaria.

Responsabilidades y Funciones Específicas de la Gobernanta de Cocina Hospitalaria.

La gobernanta de cocina hospitalaria asume diversas responsabilidades y funciones clave para asegurar una alimentación óptima y segura para los pacientes. Entre sus tareas más importantes se encuentra la planificación de menús personalizados, que incluyan opciones balanceadas y variadas que se ajusten a las necesidades médicas de cada paciente. Esta tarea requiere conocimientos sólidos en nutrición y dietética, así como una estrecha colaboración con el personal médico y de dietética para conocer las restricciones dietéticas y requerimientos

específicos de cada paciente.
Otra función esencial de la gobernanta de cocina es la supervisión y formación del equipo de cocina. Es importante garantizar que el personal de cocina esté capacitado en prácticas seguras de manipulación de alimentos y que cumpla con los estándares de higiene y seguridad alimentaria. La gobernanta de cocina debe asegurarse de que se mantengan los más altos niveles de calidad en la preparación de los platillos, evitando la contaminación cruzada y asegurando que los alimentos se sirvan en condiciones óptimas para el consumo.
Además, la gobernanta de cocina realiza una estrecha colaboración con el personal médico y de dietética para adaptar las dietas de los pacientes según sus condiciones médicas y requerimientos nutricionales específicos. Esta comunicación efectiva con el equipo de atención médica es crucial para garantizar que cada paciente reciba la alimentación adecuada para su recuperación.
Colaboración Interdisciplinaria y Comunicación Efectiva
La colaboración interdisciplinaria y la comunicación efectiva entre la gobernanta de cocina, el personal médico y de dietética son esenciales para proporcionar una atención integral y personalizada al paciente. La gobernanta de cocina debe estar en constante comunicación con el personal médico y de dietética para conocer las prescripciones médicas, las necesidades nutricionales específicas de los pacientes y cualquier cambio en su estado de salud que pueda requerir ajustes en su dieta. La colaboración efectiva entre estos diferentes departamentos también es fundamental para abordar cualquier problema o inquietud relacionada con la alimentación del paciente. Por ejemplo, si un paciente presenta una alergia alimentaria o una intolerancia a ciertos alimentos, la gobernanta de cocina debe trabajar en conjunto con el personal médico y de dietética para adaptar la dieta del paciente y evitar cualquier riesgo potencial.
Además, la comunicación fluida también ayuda a identificar posibles complicaciones nutricionales y asegurar que los pacientes reciban el soporte adecuado para mantener una nutrición óptima durante su estancia hospitalaria. La gobernanta de cocina puede proporcionar información valiosa sobre las preferencias alimentarias y la aceptación de los menús por parte de los pacientes, lo que puede ayudar al equipo médico a ajustar la dieta según las necesidades y deseos del paciente.
Protocolos de Calidad e Higiene Alimentaria en Entornos Hospitalarios
Los protocolos de calidad e higiene alimentaria implementados por la gobernanta de cocina son esenciales para garantizar la seguridad de los alimentos y la protección de la salud de los pacientes. La implementación rigurosa de estos protocolos asegura que los alimentos sean manipulados, almacenados y servidos de manera

segura, evitando así el riesgo de infecciones alimentarias y enfermedades transmitidas por los alimentos.
La gobernanta de cocina se encarga de supervisar que se cumplan los más altos estándares de higiene en todo el proceso de preparación y manipulación de los alimentos. Esto incluye el uso de ingredientes frescos y de calidad, el seguimiento de las fechas de vencimiento, el almacenamiento adecuado de alimentos y la desinfección de las áreas de cocina.
La implementación de protocolos de seguridad alimentaria también implica una formación constante del personal de cocina para asegurar que todos estén familiarizados con las prácticas adecuadas de manipulación de alimentos y cumplan con las normas de higiene establecidas.
En resumen, los resultados demuestran que la gobernanta de cocina hospitalaria desempeña un papel esencial en la provisión de una nutrición óptima y segura para los pacientes bajo atención médica. Sus responsabilidades y funciones específicas, la colaboración interdisciplinaria y la implementación de protocolos de calidad e higiene alimentaria son factores críticos para mejorar la experiencia del paciente y su proceso de recuperación. La figura de la gobernanta de cocina se convierte en una protagonista indispensable en la garantía de una alimentación adecuada y segura para aquellos bajo cuidado médico en entornos hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

La gobernanta de cocina hospitalaria es una figura esencial en el sistema de atención médica, ya que despliega un papel crucial en la garantía de una nutrición óptima y segura para los pacientes bajo atención médica en entornos hospitalarios. A través de una gestión eficiente y cuidadosa de los servicios de alimentación, la gobernanta de cocina contribuye significativamente al proceso de recuperación y bienestar general del paciente. Las conclusiones extraídas de este capítulo destacan la importancia de su labor y resaltan los aspectos más relevantes que la convierten en un agente transformador dentro del ámbito de la gastronomía hospitalaria.
Las conclusiones muestran que la gobernanta de cocina hospitalaria desempeña un papel crucial en la mejora del proceso de recuperación del paciente. La adecuada planificación y organización de los servicios de alimentación permiten proporcionar una nutrición óptima que respalda la sanación de tejidos y el fortalecimiento del sistema inmunológico. La nutrición adecuada también contribuye a reducir el riesgo de complicaciones médicas y a mejorar la calidad de vida del paciente durante su estancia en el hospital.

Se concluye que la gobernanta de cocina hospitalaria asume una amplia gama de responsabilidades, entre las cuales se destaca la planificación de menús personalizados. La personalización de las dietas según las necesidades médicas y preferencias dietéticas de cada paciente mejora la adherencia a la dieta y, a su vez, su proceso de recuperación. La gestión eficiente de los recursos y la coordinación con el personal médico y de dietética garantizan que cada paciente reciba una alimentación adecuada y balanceada durante su estancia hospitalaria.

Las conclusiones resaltan la importancia de la colaboración interdisciplinaria y la comunicación efectiva entre la gobernanta de cocina, el personal médico y de dietética. La comunicación fluida entre estos departamentos asegura que la alimentación del paciente se ajuste a sus necesidades médicas y preferencias, evitando posibles complicaciones nutricionales. La colaboración efectiva también permite abordar cualquier problema o inquietud relacionada con la alimentación del paciente, asegurando una atención integral y personalizada durante su estancia hospitalaria.

Las conclusiones destacan la implementación rigurosa de protocolos de calidad e higiene alimentaria por parte de la gobernanta de cocina. Estos protocolos aseguran la seguridad de los alimentos y la prevención de enfermedades transmitidas por los alimentos en el entorno hospitalario. La adherencia a estándares estrictos de seguridad alimentaria garantiza que los pacientes estén protegidos de posibles riesgos alimentarios y que reciban alimentos preparados con los más altos niveles de calidad e higiene.

En resumen, las conclusiones de este capítulo enfatizan la relevancia de la gobernanta de cocina hospitalaria como una figura indispensable en la atención médica. Su gestión eficiente y personalizada, la colaboración interdisciplinaria y la implementación de protocolos de calidad e higiene alimentaria son factores determinantes para mejorar la experiencia del paciente y acelerar su proceso de recuperación. La figura de la gobernanta de cocina se convierte en un pilar clave en la promoción de una alimentación adecuada y segura para aquellos bajo atención médica en entornos hospitalarios, y su labor destaca su papel esencial dentro del sistema de atención médica.

6 Bibliografía

1. ”Gestión de la Calidad en Alimentación Hospitalaria: Guía Práctica para Gobernanta de Cocina Hospitalaria” - María Teresa Mora Aguilera, 2015.

2. ”Nutrición Hospitalaria” - A. García de Lorenzo, P. Iglesias Rosado, M. Á. Martínez Olmos, 2016.

3. ”Seguridad Alimentaria en el Entorno Hospitalario” - Revista Española de Nutrición Comunitaria, Volumen 16, Número 2, 2010.
4. ”La Importancia de la Alimentación en la Recuperación del Paciente Hospitalizado” - Boletín del Hospital San Juan de Dios de Barcelona, Volumen 62, Número 264, 2014.

Capítulo 235

EL ROL DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA SANIDAD PÚBLICA

MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ

1 Introducción

En el complejo entorno de las instituciones de sanidad pública, la alimentación juega un papel fundamental en la atención y el bienestar de los pacientes y el personal de salud. La calidad y seguridad de la alimentación se convierten en aspectos críticos para garantizar una recuperación adecuada de los pacientes y mantener la salud de quienes trabajan en estos entornos. En este contexto, el pinche de cocina hospitalaria desempeña un rol esencial y muchas veces subestimado, contribuyendo significativamente en la promoción de una alimentación saludable y segura en el ámbito de la sanidad pública.

El presente capítulo tiene como objetivo resaltar la importancia del pinche de cocina en la sanidad pública y examinar su función clave en la garantía de una alimentación adecuada y segura para pacientes y personal de las instituciones de salud. A través de una metodología basada en investigación documental, análisis de políticas y programas, entrevistas con profesionales y estudios de caso, se explorarán los diversos aspectos de la labor del pinche de cocina y su impacto en el contexto de la sanidad pública.

La alimentación en entornos hospitalarios va más allá de la simple nutrición; es una herramienta terapéutica que contribuye directamente en la recuperación y bienestar de los pacientes. Los requerimientos nutricionales varían según las condiciones de salud de cada individuo, y es aquí donde la figura del pinche de

cocina adquiere una relevancia significativa. Al trabajar en estrecha colaboración con los nutricionistas y el personal médico, el pinche de cocina se convierte en un elemento clave en la preparación de dietas adaptadas a las necesidades de cada paciente. La atención personalizada y la adecuación de los alimentos a las prescripciones médicas son esenciales para asegurar la recuperación efectiva de los pacientes y prevenir complicaciones relacionadas con la alimentación.

La presencia del pinche de cocina en el ámbito de la sanidad pública también abarca funciones que van más allá de la preparación de alimentos. Este profesional asume tareas vitales en la gestión de la cocina, el abastecimiento de ingredientes, la limpieza y el mantenimiento de áreas de trabajo, y el cumplimiento de los protocolos de seguridad alimentaria. La calidad e inocuidad de los alimentos son aspectos críticos en el contexto hospitalario, donde cualquier incidencia relacionada con la seguridad alimentaria puede tener consecuencias graves para la salud de los pacientes y el personal de salud. Es aquí donde la capacitación y experiencia del pinche de cocina se vuelven imprescindibles, garantizando que se cumplan rigurosamente los procedimientos y normas de higiene para asegurar la preparación y servicio de alimentos seguros y aptos para el consumo.

Además de su labor en la preparación de alimentos, el pinche de cocina también se involucra en la implementación de políticas y programas de promoción de la salud en instituciones de sanidad pública. La alimentación es una de las áreas clave para la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de hábitos de vida saludables. En este sentido, el pinche de cocina desempeña un rol activo en la incorporación de alimentos frescos y nutritivos en los menús, reduciendo el uso de alimentos procesados y promoviendo prácticas sostenibles en el abastecimiento de ingredientes.

En un contexto donde las enfermedades transmitidas por los alimentos representan un desafío para la sanidad pública, el pinche de cocina desempeña una labor fundamental en la prevención de brotes y la garantía de la seguridad alimentaria. El cumplimiento de los protocolos de seguridad, el monitoreo constante de las prácticas de manipulación de alimentos y la adopción de medidas preventivas se convierten en responsabilidades esenciales para asegurar que los alimentos servidos estén libres de contaminación y sean seguros para el consumo.

El presente capítulo también se enfocará en destacar la relevancia de la formación y capacitación continua del pinche de cocina en el contexto de la sanidad pública. La adquisición de conocimientos y habilidades actualizadas en áreas como nutrición, técnicas culinarias, gestión de cocina y seguridad alimentaria es crucial para que este profesional pueda desempeñar su función de manera efectiva y ofrecer una alimentación de calidad en instituciones de salud.

En conclusión, el pinche de cocina hospitalaria desempeña un rol esencial en la sanidad pública, contribuyendo a una alimentación saludable y segura para pacientes y personal de salud. Su labor va más allá de la preparación de alimentos, abarcando la gestión de la cocina y la implementación de políticas de promoción de la salud. La garantía de una alimentación adecuada y segura en el ámbito hospitalario se convierte en un pilar fundamental para la recuperación efectiva de los pacientes y la protección de la salud pública. El pinche de cocina, con su dedicación y compromiso, se posiciona como un aliado imprescindible en esta tarea, asegurando la calidad y seguridad alimentaria en el complejo entorno de la sanidad pública.

2 Objetivos

El objetivo principal es resaltar la importancia del pinche de cocina en el contexto de la sanidad pública y examinar su función clave en la garantía de una alimentación adecuada y segura para pacientes y personal de las instituciones de salud.

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

Se han obtenido resultados significativos que resaltan la importancia del pinche de cocina en la sanidad pública y su papel fundamental en la garantía de una alimentación adecuada y segura para pacientes y personal de las instituciones de salud.

Hay que destacar la relevancia del pinche de cocina en el ámbito de la sanidad pública. Si bien su labor puede ser considerada como secundaria o subestimada por algunos, se ha demostrado que su rol es esencial para garantizar una alimentación adecuada y segura en entornos hospitalarios. La preparación de alimentos adaptados a las necesidades nutricionales de los pacientes, la gestión de

la cocina, el cumplimiento de los protocolos de seguridad alimentaria y la colaboración con otros profesionales de la salud lo convierten en un pilar fundamental dentro del equipo multidisciplinario de atención.

En las entrevistas realizadas, los nutricionistas y otros profesionales de la salud destacaron la importancia de la comunicación y coordinación estrecha entre el pinche de cocina y el equipo médico. La información proporcionada por los nutricionistas sobre las necesidades dietéticas específicas de cada paciente es fundamental para que el pinche de cocina pueda preparar las dietas adecuadas, teniendo en cuenta factores como restricciones alimentarias, alergias, preferencias y condiciones médicas particulares.

El análisis de las funciones principales del pinche de cocina en instituciones de sanidad pública revela una amplia gama de tareas que va más allá de la simple preparación de alimentos. Además de su labor en la cocina, este profesional asume responsabilidades vitales en la gestión de la misma. Esto incluye el abastecimiento de ingredientes frescos y nutritivos, la planificación de menús balanceados y la supervisión del cumplimiento de los estándares de calidad e inocuidad alimentaria.

Un aspecto destacable es la importancia de la formación continua del pinche de cocina en áreas como nutrición, técnicas culinarias, gestión de cocina y seguridad alimentaria. Los resultados de las entrevistas indican que la capacitación adecuada permite al pinche de cocina desempeñar su función de manera más efectiva, comprender mejor las necesidades específicas de los pacientes y mantenerse actualizado en cuanto a las últimas tendencias y recomendaciones en nutrición y seguridad alimentaria.

La evaluación de la participación del pinche de cocina en la implementación de políticas y programas de promoción de la salud revela su rol activo en la promoción de una alimentación saludable en entornos hospitalarios. En aquellos hospitales que han incorporado programas de alimentación saludable, el pinche de cocina desempeña un papel clave en la adaptación de los menús y la selección de ingredientes, priorizando aquellos que son frescos, nutritivos y adecuados para pacientes con necesidades especiales.

Las entrevistas realizadas revelan que el pinche de cocina juega un papel crucial en la sensibilización de pacientes y personal de salud sobre la importancia de una alimentación equilibrada y saludable. A través de actividades educativas, como charlas informativas o la inclusión de mensajes educativos en los menús, el pinche de cocina puede contribuir a mejorar la comprensión sobre la relevancia de una alimentación adecuada en el proceso de recuperación y en el mantenimiento de una buena salud.

El análisis de los protocolos de seguridad alimentaria aplicados por el pinche de cocina en entornos hospitalarios destaca su compromiso con el cumplimiento riguroso de normas y procedimientos de higiene. La seguridad alimentaria se convierte en un aspecto crítico en el contexto hospitalario, donde cualquier incidencia relacionada con la contaminación de alimentos puede tener consecuencias graves para la salud de pacientes y personal de salud.

Los resultados indican que el pinche de cocina desempeña un rol clave en la prevención de enfermedades transmitidas por los alimentos. La implementación adecuada de medidas preventivas, como el monitoreo constante de las prácticas de manipulación de alimentos, el uso de equipos de cocina adecuados y la correcta aplicación de métodos de almacenamiento y conservación, son fundamentales para asegurar que los alimentos servidos estén libres de contaminación y sean seguros para el consumo.

Los resultados también destacan la relevancia de la formación y capacitación continua del pinche de cocina en el contexto de la sanidad pública. La adquisición de conocimientos y habilidades actualizadas en áreas como nutrición, técnicas culinarias y seguridad alimentaria es crucial para que este profesional pueda desempeñar su función de manera efectiva y ofrecer una alimentación de calidad en instituciones de salud.

En las entrevistas realizadas, el pinche de cocina resalta la importancia de contar con oportunidades de formación y capacitación que les permitan ampliar sus conocimientos y habilidades. Esto les permite adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes y mantenerse informados sobre nuevas tendencias en el ámbito de la alimentación y la salud.

En conclusión, los resultados obtenidos en este capítulo demuestran que el pinche de cocina es un actor clave en la sanidad pública, contribuyendo de manera significativa a una alimentación saludable y segura en entornos hospitalarios. Su labor va más allá de la preparación de alimentos y se extiende a la gestión de la cocina, la colaboración con otros profesionales de la salud y la implementación de políticas de promoción de la salud. Su compromiso con el cumplimiento de protocolos de seguridad alimentaria es fundamental para prevenir enfermedades transmitidas por los alimentos y proteger la salud de pacientes y personal de salud. La formación y capacitación continua son elementos esenciales para que el pinche de cocina pueda desempeñar su función de manera efectiva y ofrecer una alimentación de calidad en el complejo entorno de la sanidad pública. Con su dedicación y compromiso, el pinche de cocina se posiciona como un aliado imprescindible en la promoción de una alimentación saludable y segura en instituciones de salud.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos en este capítulo resaltan la importancia del pinche de cocina en la sanidad pública y su rol esencial en la garantía de una alimentación adecuada y segura para pacientes y personal de las instituciones de salud. El pinche de cocina despliega una labor polifacética que va más allá de la preparación de alimentos, involucrándose en la gestión de la cocina, la implementación de políticas de promoción de la salud y la aplicación rigurosa de protocolos de seguridad alimentaria. A través de una metodología basada en investigación documental, análisis de políticas y programas, entrevistas con profesionales y estudios de caso, se ha podido profundizar en su contribución en la sanidad pública y su impacto positivo en la calidad de la alimentación en entornos hospitalarios.

La colaboración estrecha entre el pinche de cocina y el equipo multidisciplinario de salud es fundamental para asegurar una alimentación adaptada a las necesidades nutricionales de los pacientes. La información proporcionada por los nutricionistas sobre restricciones alimentarias, alergias y condiciones médicas particulares es esencial para que el pinche de cocina pueda preparar dietas adecuadas, ofreciendo una atención integral y personalizada. En este sentido, el pinche de cocina se convierte en un eslabón vital en la cadena de atención médica, contribuyendo directamente en la recuperación efectiva de los pacientes y en la protección de su salud a través de la alimentación.

Los resultados también destacan la relevancia de las funciones principales del pinche de cocina en instituciones de sanidad pública, donde su labor en la gestión de la cocina se vuelve imprescindible. La planificación de menús balanceados, la selección de ingredientes frescos y nutritivos, y el cumplimiento de los estándares de calidad e inocuidad alimentaria son aspectos fundamentales para asegurar una alimentación saludable y segura. La formación y capacitación continua del pinche de cocina se erigen como pilares para mejorar su desempeño y mantenerse actualizado en áreas clave como nutrición, técnicas culinarias y seguridad alimentaria.

En cuanto a la implementación de políticas y programas de promoción de la salud, los resultados demuestran que el pinche de cocina juega un papel activo en la promoción de una alimentación saludable en entornos hospitalarios. Su participación en la adaptación de los menús y la inclusión de ingredientes frescos y nutritivos contribuye directamente en la prevención de enfermedades crónicas y en la promoción de hábitos de vida saludables. La sensibilización de pacientes y personal de salud sobre la relevancia de una alimentación adecuada es un el-

emento clave para fomentar prácticas saludables y contribuir en la mejora del bienestar general.

En el ámbito de la seguridad alimentaria, los resultados subrayan el compromiso del pinche de cocina en el cumplimiento riguroso de normas y procedimientos de higiene. La prevención de enfermedades transmitidas por los alimentos se convierte en una prioridad, y el pinche de cocina juega un rol vital en la aplicación de medidas preventivas para asegurar que los alimentos servidos estén libres de contaminación y sean seguros para el consumo. Su dedicación en el monitoreo constante de las prácticas de manipulación de alimentos y el uso de equipos adecuados refuerzan la confianza en la calidad e inocuidad de la alimentación ofrecida en entornos hospitalarios.

En definitiva, el pinche de cocina hospitalaria desempeña un papel trascendental en la sanidad pública, contribuyendo a una alimentación saludable y segura en instituciones de salud. Su labor va más allá de la simple preparación de alimentos, abarcando aspectos clave como la gestión de la cocina, la colaboración con otros profesionales de la salud y la implementación de políticas de promoción de la salud. Con su compromiso en el cumplimiento de protocolos de seguridad alimentaria y la formación continua, el pinche de cocina se posiciona como un aliado indispensable en la protección de la salud de pacientes y personal de salud.

A medida que la conciencia sobre la importancia de una alimentación adecuada y saludable sigue creciendo, es esencial reconocer el papel crucial que desempeña el pinche de cocina en la sanidad pública. Su labor diaria y compromiso con la calidad e inocuidad de los alimentos son aspectos fundamentales para asegurar la atención integral y el bienestar general en entornos hospitalarios. Es imprescindible que los profesionales de la salud, las instituciones y las autoridades continúen valorando y apoyando la labor del pinche de cocina, promoviendo su formación y capacitación y reconociendo su importancia en la promoción de una alimentación saludable y segura para todos.

6 Bibliografía

1. Linares, A., & Sospedra, I. (2016). "Gestión de la calidad y seguridad alimentaria en el ámbito hospitalario." Nutrición Hospitalaria, 33(5), 1124-1129.

2. Hernández-García, M., et al. (2019). "El pinche de cocina en el entorno hospitalario: un eslabón clave en la atención alimentaria." Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 23(1), 60-67.

3. Agüera-Ortiz, L., et al. (2020). "Implementación de políticas de alimentación saludable en hospitales públicos: un análisis de casos." Gaceta Sanitaria, 34(2),

182-188.
4. García-Merino, T., et al. (2018). "Formación y capacitación del pinche de cocina en el contexto hospitalario: una revisión." Revista de Educación Médica, 19(3), 163-169.
5. Álvarez-Ballesteros, M. S., et al. (2020). "La importancia de la formación del pinche de cocina en el contexto hospitalario: perspectivas y desafíos." Enfermería Clínica, 30(Supl. 2), 182-187.

Capítulo 236

TRABAJO DEL CELADOR CON LOS PACIENTES FALLECIDOS Y EN LA SALA DE AUTOPSIAS HOSPITALARIAS

JOSE LUIS PARRA MOYA

1 Introducción

Mención importante es la presencia y el trabajo del celador en la realización de las diferentes autopsias clínicas, que se realizan a los pacientes fallecidos de los diferentes hospitales.

El trabajo del celador con los pacientes fallecidos en los hospitales, se inicia con la ayuda al personal sanitario y personal técnico sanitario en el amortajamiento y movilización del paciente fallecido. Posteriormente, su trabajo con el paciente fallecido en instituciones sanitarias, corresponde con el traslado del paciente fallecido hasta el mortuorio del hospital e introducción de dicho fallecido en las cámaras frigoríficas si es necesario el caso.

Esta labor, mencionada anteriormente, viene recogida en la Orden de 5 de julio de 1971, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, en su artículo 14.2.2o, donde literalmente menciona: ”Ayudarán a la práctica de autopsias en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala”.

Por otra parte, la Dirección General del Instituto Nacional de Salud, creó la figura del ”celador de autopsias”, mediante Resolución de 22 de mayo de 1981, ante la especificidad de las tareas a realizar dentro de una sala de autopsias. Es una figura distinta a la de un celador, con una remuneración superior de la del resto.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del celador en la sala de autopsias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones que el celador debe realizar en su trabajo con los pacientes hospitalarios fallecidos y en la sala de autopsias, tanto antes de la autopsia, como después de la autopsia, como las medidas de prevención que debe de tomar durante la realización de ellas son:

- Extraer el paciente fallecido, que se le vaya a realizar la autopsia, de la cámara frigorífica o dónde se encuentre y colocarlo en la mesa de autopsia. Cuyas medidas serán 2,10 m de largo por 0,75 de ancho.
- Preparar el cadáver para la autopsia en la mesa de autopsia, quitando la mortaja u otros enseres del paciente fallecido.
- Preparar el instrumental y elementos auxiliares, para llevar a cabo la autopsia, por el personal forense o personal sanitario encargo de su realización. Para ello, el celador es fundamental que conozca todos los tipos y clases de instrumental existente en estas funciones.
- Auxiliará y movilizará al cadáver durante la realización de la autopsia, todas las veces que se le indiquen por el personal interviniente.
- Entregarán todas las muestras biológicas, orgánicas, muestras de tejidos de los cadáveres al servicio de Anatomía Patológica, para su proceso y análisis.
- Vigilarán que no accedan a la sala de autopsias, más que el personal autorizado a ellas.
- Durante el traslado del paciente fallecido desde la habitación hasta el mortuorio hospitalario, deberá realizarse por dos celadores y en una camilla de acero inoxidable.
- Tras la finalización de la autopsia, se encargarán de limpiar la propia sala, la mesa de autopsias y el material usado en su realización.

El trabajo del celador en la sala de autopsias, conlleva la manipulación de diferente instrumental cortante y está expuesto a fluidos y sustancias, por ello, es necesario que adopte todas las medidas de seguridad y más profilácticas que existan. Debiendo hacer uso de guantes, gorro, mascarilla y vestimenta adecuada.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la peculiaridad del trabajo del celador con los pacientes fallecidos en las instituciones sanitarias y en las salas de autopsias, es importante resaltarlo, ya que sin su presencia de auxilio en todas las labores al personal forense o personal sanitario, no se podrían llevar a cabo todas las autopsias que se realizan.
Es por ello, que un celador destinado en esta funciones, debe ser un profesional muy experimentado en estas labores y con muchos conocimientos tanatopráxicos.
En los tiempos actuales, estas actuaciones de los celadores con los pacientes fallecidos y en las salas de autopsias, deben de reglarse, actualizarse, reglamentarse y legalizarse para conseguir unos mejores resultados en sus actuaciones.

6 Bibliografía

1. https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-2_17.html.
2. Estatuto de Personal No sanitario Al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden de 5 de julio de 1971, por la que se aprueba el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias.
3. Libro Celador/a. Editorial Adams. Año 2017.
4. https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.html.
5. https://revistamedica.com/especialidad/servicios-generales/celadores/.

Capítulo 237

EL CELADOR Y LOS RIESGOS ERGONÓMICOS A LOS QUE ESTÁ EXPUESTO

FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO

ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS

CARLOS BENITA COTILLAS

1 Introducción

Los accidentes ergonómicos son causa de dolencias musculares entre los trabajadores, especialmente hablamos de celadores, ya que sus funciones tienen que ser desempeñadas con los movimientos de su cuerpo. Estos interrogantes son recogidos por la ciencia de la ergonomía, que estudia y recoge los comportamientos y movimientos que realizan los trabajadores durante el trabajo; el propósito de esta ciencia es tratar de implementar diferentes actividades utilizando los métodos y materiales correctos, siempre teniendo en cuenta las necesidades de cada trabajador y sus debilidades. Otro objetivo (también muy importante en ergonomía) es buscar la optimización del trabajo que el trabajador pueda realizar de forma segura y cómoda durante la jornada laboral. El sistema afectado por este problema es el sistema musculoesquelético, ya que se producen cambios en los músculos, huesos, huesos y músculos. Las deficiencias ergonómicas más comunes son las siguientes:
1. Permanecer en la misma posición durante largos períodos de tiempo crea una posición intensa e incómoda durante toda la jornada laboral

2. Levanta objetos pesados y pesas para aumentar la movilidad
3. El movimiento es siempre el mismo
La información sobre el peso de las cargas y otros detalles cruciales debe proporcionarse tanto en términos generales como específicos. Además, deben cubrir como mínimo los siguientes temas:
• Uso adecuado de las ayudas mecánicas y sus riesgos; y
• Capacitación sobre los peligros asociados con el manejo de cargas y cómo evitarlos.
• Cómo usar efectivamente el equipo de protección personal, si es necesario para completar la tarea.
• Métodos más seguros para mover cargas.
• El peso y centro de gravedad de las cargas.
• Exámenes médicos regulares o controles de salud

2 Objetivos

El principal objetivo de este artículo es el de dar a conocer los riesgos ergonómicos más comunes a los que se exponen los celadores en la realización de sus funciones, así como el poder prevenirlos.

3 Metodología

Al preparar este capítulo, llevamos a cabo una investigación, incluida una revisión de la literatura científica actual. Realizamos una búsqueda bibliográfica sistemática y buscamos artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos de revistas académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Los accidentes ergonómicos son un riesgo que los guardias pueden ver por muchas razones, entre las que podemos ver:
1. Levantar objetos pesados para trasladarlos del lugar a otro lugar.
2. El uso de equipos de elevación (grúas) con pacientes pesados es peligroso y puede lesionar la espalda. 3. Motivar a los pacientes sin atascarlos.
4. Si no se usan los zapatos adecuados, los trabajadores pueden caerse o ir en la dirección equivocada, lo que puede provocar lesiones en los tobillos y las rodillas.

5. Mover objetos pesados y pacientes sin la ayuda de compañeros y equipo.

La forma de prevenir los accidentes ergonómicos es seguir unas pautas o principios ergonómicos, para que los trabajadores puedan realizar su trabajo cada vez mejor y con mayor seguridad. Estos son los pasos para prevenir accidentes:
1. Use las medidas adecuadas para soportar la carga y los pacientes.Se puede usar una grúa para transportar pacientes enfermos.
2. Mira qué trabajo hay disponible antes de hacerlo, y si no, ve a buscarlo para aligerar tu motivación.
3. Adoptar una posición segura con las piernas bien apoyadas y extendidas a la altura de los hombros con las piernas ligeramente flexionadas.
4. Utilizar calzado adecuado en el hospital.
5. Cuando la carga sea demasiado pesada, pida ayuda a un compañero.

Hemos tenido la oportunidad de conocer algunas cuestiones fundamentales relativas a la manipulación MANUAL de cargas como personal no médico que trabaja en un hospital. Hemos visto que es una de las principales causas de lesiones en guardias, y dado que la salud del empleado está en riesgo, el empleador es responsable de proporcionar la capacitación necesaria. Examinamos parte del material de requisitos previos para esta capacitación. Además, hemos visto algunas generalizaciones fundamentales con respecto al manejo de la carga, incluido el peso, el tamaño, la distribución del peso, la superficie y la posición de la carga en relación con el cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

Una de las razones por las que los trabajadores (en este caso, los celadores) se lesionan es el deterioro ergonómico debido a que no usan las herramientas, su cuerpo o las herramientas a las que tienen acceso de manera adecuada para que estos accidentes no sucedan. La ergonomía se refiere al estudio del trabajo que realizan los trabajadores y los accidentes que resultan de estos factores para desarrollar medidas de protección.
Aquí hay algunas formas de protegerse en esta situación: use la formación en centros de trabajo de forma efectiva, use zapatos adecuados, pida ayuda a compañeros para no exceder de carga, etc.

6 Bibliografía

1. Online Tema 10. Manipulación manual de cargas [Internet]. Celadoresonline.blogspot.com. 2021 [citado 22 septiembre 2021]. Disponible en: http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-10-movilizacion-de-cargas.html
2. El celador en los Servicios hospitalarios. Formación continuada Logoss
3. Conocimientos básicos y funciones del celador. Formación continuada Logo

Capítulo 238

EL CELADOR Y LAS RELACIONES CON LOS PACIENTES DE REHABILITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO

ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS

CARLOS BENITA COTILLAS

1 Introducción

El nivel fundamental de atención, denominado atención primaria o ”puerta de entrada a la salud”, comprende el trabajo social, la prevención de enfermedades, la rehabilitación física, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención de la salud y el mantenimiento y recuperación de la salud. Equipos interdisciplinarios son los encargados de brindar esta atención, asegurando su efectividad y accesibilidad, así como la continuidad entre las distintas especialidades.

Atención Primaria ofrece los siguientes tipos de asistencia sanitaria:

- Atención a la carta, programada y urgente, tanto presencial como a domicilio.
- La recomendación o administración de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Iniciativas de atención preventiva, promoción de la salud, apoyo familiar y comunitario.
- Terapia fundamental.

- Asistencia y servicios especiales para mujeres, niños, adolescentes, adultos, adultos mayores, grupos de riesgo y personas con enfermedades crónicas.
- Cuidados paliativos para pacientes que se acercan al final de sus vidas.
- Coordinación de los servicios de atención especializada con la atención a la salud mental.
- Apoyo a la salud bucal.

El marco físico y funcional del centro de salud posibilita el desarrollo de la atención primaria por parte del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios. Los cuales, pueden coexistir en áreas rurales con consultorios locales.

2 Objetivos

El principal objetivo de este artículo es destacar algunas de las facetas más importantes del ejercicio del celador de atención primaria, en la relación con los pacientes, con el equipo de profesionales y en salvaguardar la seguridad y asegurándose que la normativa se cumple.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda exhaustiva de libros, artículos y leyes en la materia — ORDEN de 5 de julio de 1971, por la que se aprueba el Estatuto del Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, y la Ley 55/2003 , de 16 de diciembre, sobre el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. Gracias a estas consultas pudimos organizar y preparar con precisión el capítulo.

4 Resultados

El objetivo es potenciar los roles y la autoridad que posee el celador dentro del centro de salud, teniendo siempre presente que el celador es un componente crucial de la actividad asistencial. La Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971 detalla las funciones y competencias del celador en todos los centros de trabajo, pero podemos hacer un breve resumen de sus funciones y competencias más particulares dentro de la Atención Primaria:

1. Medidas de seguridad y vigilancia. .

El celador es el responsable de que las instalaciones y dependencias del centro de salud se encuentren en impecable estado y limpieza. Además, se encargará de

que los pacientes y sus visitantes traten de guardar silencio y mantener el orden.
2. Los celadores interactúan con los usuarios y les brindan información y atención. Con frecuencia tienen que decirles a los usuarios dónde están, cuándo y dónde serán las consultas y qué papeleo se requiere. Sin embargo, nunca proporcionarán información relacionada con la salud o el tratamiento. Aquí es donde el celador debe ser más hábil socialmente porque las preguntas son sencillas y deben responderse de manera cálida y compasiva.
3. Cuando lleguen al centro de atención primaria pacientes con movilidad reducida o que no puedan valerse por sí mismos, el celador se encargará de trasladarlos a consultas u otros lugares necesarios.
4. Reposición de material: El celador también es responsable de reponer el material de consulta y dependencia que falte. También debe supervisar las máquinas auxiliares y equipos de reproducción como fotocopiadoras. Además, de vez en cuando necesita hacer mandados oficiales tanto dentro como fuera de la oficina.
5. El traslado de los documentos requeridos e historias clínicas de los usuarios es responsabilidad del celador dentro del centro de salud cuando sea necesario. Un deber adicional del celador es la correspondencia. Cuando sea necesario, deberá distribuirlo, entregarlo y recogerlo.

5 Discusión-Conclusión

El punto clave que enfatizaremos y destacaremos en este artículo es que es esencial que un celador comprenda las principales responsabilidades y habilidades requeridas en el entorno donde debe realizar sus funciones de asistencia. Son necesarios para el crecimiento adecuado de sus capacidades. Como miembro del equipo de atención primaria, el celador tiene la responsabilidad de hacer todo lo posible para mejorar el bienestar de los usuarios. Para este fin, es crucial y gratificante que el celador ayude a otros miembros del equipo de salud que están tratando a los pacientes. Su principal objetivo es velar siempre por el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. ”www.essaeformacion.com”
2. ”Temario Celador. Editorial Mad”
3. ”www.ifp.es”
4. ”www.auxiliar-enfermeria.com/funciones
y competencias_celador.htm”

Capítulo 239

EL CELADOR Y LOS MOVIMIENTOS QUE REALIZA AL PACIENTE HACIA EL CABECERO DE LA CAMA

FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO

ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS

CARLOS BENITA COTILLAS

1 Introducción

En los últimos años, ha habido un aumento en el número de pacientes hospitalizados que están postrados en cama. Para su correcto cuidado, es fundamental realizar ajustes posturales, ejercicios de movilidad y su correcta colocación en la cama, ya que reducen los puntos de presión para prevenir posibles lesiones al individuo, como contracturas, úlceras por presión, deformidades, y también ayuda a promover su bienestar. Al utilizar una indicación médica en el cronograma de atención, todo esto se planifica de acuerdo a los requerimientos de cada paciente. Dado que algunos pacientes solo pueden estar en ciertas posiciones debido a su patología, el plan de cambio postural debe ser detallado y no se debe mantener la misma posición por más de 2-3 horas. Un cambio postural se refiere a una modificación de la postura del cuerpo encamado del paciente, y esto lo podemos lograr mediante el uso de soportes como almohadas, cojines, cuñas y reposapiés. típicamente realizado por el celador y el personal auxiliar técnico de enfermería, y si es necesario, el personal de enfermería. Supino, prono, lateral (hacia la izquierda o hacia la derecha), Fowler, semi-Fowler, Trendelenburg y antiTrendelenburg son

algunas de las posiciones corporales más populares, y necesaria para pacientes, sobretodo de ingresos prolongados.

2 Objetivos

Tener en cuenta algunas cuestiones fundamentales relacionadas con el movimiento de un paciente hacia la cabecera de la cama por parte de los celadores.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica del cuerpo actual de literatura científica como parte de la investigación para el desarrollo del presente trabajo. Las tres principales bases de datos, Pubmed, Medline y Scielo, se han buscado minuciosamente en busca de libros y artículos. Solo se eligieron aquellos con contenido pertinente al tema de estudio.

4 Resultados

Una vez que la persona se ha deslizado hasta los pies de la cama, normalmente hace este movimiento. Dependiendo de qué tan bien coopere el paciente, una o dos personas realizarán el procedimiento.

- Si el paciente coopera, el protocolo de actuación será el siguiente:

• Si el paciente coopera, sólo debe actuar una persona.
• Después de lavarnos las manos, nos ponemos guantes.
• Después de describir minuciosamente el procedimiento a la paciente, solicitamos su cooperación en la medida de lo posible.
• Le brindamos la mayor privacidad posible instalando una pantalla o corriendo la cortina y retirando a los miembros de la familia presentes.
• Abatimos la cama o camilla y la colocamos en horizontal. La cabeza del paciente se cubre con una almohada, que retiramos y colocamos en su lugar sobre la cabecera.
• Si es posible, le pedimos a la persona que doble las rodillas para que sus pies queden planos sobre la cama y que se sujete a la cabecera oa las barandillas de la cama para aplicar fuerza y completar el desplazamiento.
• Cuando se lo indiquemos, que haga palanca sobre los talones y tire con las manos.

• Para ayudar al paciente a moverse hacia la cabecera, colocamos una mano en la espalda y la otra en las nalgas.
• Colocamos la almohada en su lugar y arreglamos la ropa de cama.
• Nos quitamos los guantes y nos restregamos las manos una vez más.

- Si el paciente se niega a cooperar:
Se requieren al menos dos personas para realizar la movilización. Además de explicar la maniobra al paciente y solicitar la máxima colaboración posible, también se realiza el lavado de manos y el uso de guantes.
• Una persona a cada lado de la cama sostiene al paciente por debajo del cuello, los hombros y la parte inferior de la espalda.
• Se traslada al paciente al lado de la cama bajo la dirección simultánea de una de las dos partes (la que dirige la maniobra). El paciente se siente cómodo después de hacer la cama y colocar la almohada.
• Se realiza el lavado de manos. Con respecto a esta técnica final, podemos ayudarnos interfiriendo de una manera que mantenga a la persona en su lugar.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer algunas preocupaciones fundamentales asociadas a la movilización de un paciente hacia la cabecera de la cama, coopere o no en la realización de la maniobra, como personal no médico que trabaja en un centro hospitalario como celador. Como hemos visto, se trata de ajustes posturales que deben realizarse en el tratamiento del paciente encamado para evitar lesiones. El paciente también debe cambiar de posición cada dos o tres horas más o menos. Si el paciente coopera, solo necesitamos una persona para realizar la técnica; sin embargo, si no lo hace, necesitamos al menos dos personas, y que el personal sanitario dirija el procedimiento.

6 Bibliografía

1- https://auxiliarenfermeria.es
› c… Resultados web Cómo desplazar a un paciente hacia el cabecero de la cama
2- https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com
› … Resultados web Movilización hacia el Cabecero de la Cama.
3- https://www.enfermeria.hc.edu.uy
›… PDF PROCEDIMIENTO MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE HACIA LA CABECERA

Capítulo 240

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL

JOSE LUIS PARRA MOYA

1 Introducción

La rehabilitación es la especialidad médica que estudia el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad, para facilitar, mantener o recuperar el máximo grado de capacidad funcional e independencia posible.
Dentro del Servicio de Rehabilitación de un hospital, existen diferentes categorías profesionales, como son el médico rehabilitador, el fisioterapeuta, auxiliar de enfermería, terapeuta ocupacional y el celador, cuyo papel profesional dentro del servicio de rehabilitación analizaremos más adelante. Todos estos profesionales trabajando de forma coordinada lograrán un objetivo común, consiguiendo un óptimo tratamiento del paciente.
El papel del celador dentro del área de rehabilitación hospitalaria es fundamental. cuyas funciones primordiales se basarán en la ayuda al traslado de pacientes y documentos dentro de la zona rehabilitadora.
La disposición geográfica del resto del personal en el servicio de rehabilitación, varía de un hospital a otro, así como la inclusión o no de algunos de estos profesionales, variará según la cartera de los servicios ofertada por cada hospital.
Los hospitales con servicio de rehabilitación disponen, al menos, de una o varias consultas médicas, dónde los diferentes especialistas (médico rehabilitador, terapeuta ocupacional, etc), pasarán consultas a los diferentes pacientes. Además, existirán una o más áreas de fisioterapia para la atención de los pacientes y diversas áreas administrativas.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador en el servicio de rehabilitación del centro hospitalario.

3 Metodología

En la elaboración del presente capítulo la actuación del celador en el servicio de rehabilitación del hospital, se ha recopilado información de diferentes fuentes didácticas, entre ellos de libros especializados en la materia, fuentes de internet (google) y artículos en los principales portales de artículos científicos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El celador cuya labor sea realizada dentro del servicio de rehabilitación hospitalaria, debe en primer lugar, ser un buen conocedor de todo el ambiente que le rodea y del material que en su interior se dispone, como pueden ser: planos inclinados, bipedestadores, barras paralelas regulables, ruedas de hombro, espejo de reeducación, saquitos de arena, poleas de pared, mesa de mano universal o mesa Kanavel, banco de cuádriceps o banco Colson, bicicletas cinéticas, tablas de discos de Bohler o Freeman, jaula de Rocher, etc.
El celador deberá integrarse dentro del equipo multidisciplinar en el servicio de rehabilitación, cuyas funciones en este servicio, serán las siguientes:
- Recepcionarán la llegada de los pacientes al servicio de rehabilitación, procedentes desde las ambulancias o cualquier otro medio de transporte. Estarán a su cargo, hasta que la persona responsable se haga cargo de ellos.
- Ayudarán a los fisioterapeutas con los pacientes durante su tratamiento, así como realizarán los diferentes traslados de los pacientes dentro de la sala de rehabilitación o las distintas salas del hospital.
- En el adecuado manejo y movilización de los pacientes durante los traslados, el celador deberá conocer cuál es la forma de manejar al paciente según su patología y sus características físicas.
- El celador del servicio de rehabilitación será el encargado de la movilización, colocación y retirará de todo el material que se use para la adecuada recuperación funcional de los pacientes, como pueden ser andadores, bastones, muletas, etc.
- Vigilarán la entrada de la puerta del servicio de rehabilitación, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas para ello.

- Serán los encargados de ir a buscar a los pacientes que diariamente requieran por prescripción médica, la atención de los servicios de rehabilitación, a las diferentes habitaciones de las plantas hospitalarias para ser trasladados a éste servicio.
- También, realizarán aquellas funciones similares, que le sean encomendadas por sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

Es obvio, que las principales figuras profesionales dentro de los servicios de rehabilitación hospitalaria, son los fisioterapeutas, cuya misión principal es la recuperación funcional de los pacientes en todos sus sentidos. Pero, estos profesionales no podrían llevar su trabajo a un fin óptimo sin la ayuda de los celadores destinados en estos servicios. Ya que los celadores, son los encargados de ayudarles con los pacientes, en su auxilio y movilización, puesto que los celadores, dentro de sus misiones son el acompañamiento a los pacientes durante las deambulaciones de estos por el interior del servicio de rehabilitación.
Todo el equipo multidisciplinar que componen el servicio de rehabilitación hospitalaria, no estaría completo si faltara la figura del celador.

6 Bibliografía

1. Estatuto de Personal No sanitario Al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden de 5 de julio de 1971, por la que se aprueba el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias.
2. Libro Celador/a. Editorial Adams. Año 2017
3. https://revistamedica.com/especialidad/servicios-generales/celadores/
4. Libro de Celador. Editorial Cep. Año 2018

Capítulo 241

EL CELADOR EN EL TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

ÁNGEL BUENO BUENO

MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA

CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ

MANUEL ARANDA PEÑA

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

1 Introducción

Una de las funciones del celador, es el traslado de muestras biológicas, para que podáis entendernos:
En una planta o unidad de un hospital, para poder diagnosticar una enfermedad y así, por parte del facultativo, poder diagnosticar y poner el tratamiento correcto, según la sintomatología del paciente, se realizarán una serie de recogidas, normalmente, de fluidos corporales, para posteriormente analizar en el laboratorio y finalmente, poder llegar a lo que buscamos.
Pero, ¿quién se encarga de hacer llegar correctamente esas muestras a laboratorio? EL CELADOR.
Todos podemos pensar que es una tarea fácil, pero realmente, no es así, ya que el celador, debe conocer como deben trasladarse esas muestras y como deben ser conservadas para no echarse a perder.

Todos conocemos las más comunes, las analíticas sanguíneas, que se obtienen a través de una pequeña extracción de sangre que proviene de una de las venas del paciente, pero aún así, hay muchas más, y más comunes de lo que pensamos:
- Muestras de orina.
- Muestras de heces.
- Muestras de líquido cefalorraquídeo.
- Muestras de esputos.
- Muestras de vómitos.
- Exudados de todo tipo (piel, pelo, uñas, mucosas, etc.)

Todas y cada una de estas muestras precisa de, sobre todo, una preservación característica.

Cuando hablamos de la conservación o preservación de la muestra, hablamos, sobre todo de la temperatura a la que puede mantenerse, y el tiempo que puede persistir fuera de nuestro organismo.

A veces, por colapso u horarios del personal técnico de laboratorio, el celador, debe almacenar esas muestras dependiendo de sus características. Y es, en lo que nos centraremos en este capítulo.

2 Objetivos

- Conocer las distintas muestras biológicas más comunes que pueden analizarse dentro de un centro hospitalario.
- Saber de qué forma pueden conservarse correctamente hasta ser analizadas.
- Lograr con nuestro traslado una técnica limpia sin contaminaciones, para posteriormente, llegar al mejor diagnóstico y tratamiento.

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

Como hemos comentado anteriormente, la temperatura y el tiempo, juegan un papel fundamental para que las muestras recogidas por el personal sanitario no resulten inválidas.
Todo depende de la muestra que se desea analizar:
- La sangre deberá conservarse en nevera aproximadamente a unos -4ºC (heparina), y no más de 8 horas.
La hemoglobina, sin embargo, podemos conservarla hasta un año, pero siempre que se encuentre a temperaturas extremadamente bajas (-196ºC).
- El plasma también puede durar un año a -90ºC.
- Las hormonas tiroideas, pueden preservarse muchos años, hasta 23, siempre y cuando se encuentren a -25ºC.
- La orina, dependiendo de que se busque analizar, puede aguantar más o menos tiempo. Por ejemplo, la albumina puede perdurar hasta 160 días a -70ºC, pero, sin embargo, las catecolaminas pueden durar un año a -20ºC.
También, hay cierto tipo de biopsias, que dependiendo de su composición, durará más o menos:
- Tejido del cáncer de pulmón: Puede guardarse hasta 100 días, entre -20º a -196ºC. Se podría decir que es una muestra poco estricta.
- Sin embargo, el tejido de la piel, dura un año a -196ºC.
Los dispositivos de almacenamiento, son diferentes a la hora de guardar las muestras, y todo dependerá de la muestra para guardar en un sitio o en otro.
Las muestras de sangre, se suelen colocar en un aparato llamado "centrifugadora", y ahí, es donde se separan cinco componentes (suero, plasma y glóbulos rojos, plaquetas y leucocitos).
La sangre, por regla general, una vez separada, no debe bajar de los -80ºC.
Las muestras de orina se almacenan en tubos más pequeños que las analíticas sanguíneas. Y dependiendo de lo que se busque almacenar (diarias) a menos de 20 ºC bajo cero. Mientras que las semanales a menos de 80ºC bajo cero.
Un dato curioso, es el pelo y las uñas, que pueden almacenarse a temperatura ambiente.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar en el apartado anterior, la forma de como se haga llegar la muestra obtenida del paciente y la forma en la que se preserve o se almacene en el laboratorio es indispensable para su correcto análisis.

Es entonces, donde el celador desempeña una muy importante función, ya que, de no realizarse los protocolos correctos de transporte, almacenamiento, tiempo, temperatura y dispositivo adecuado, las consecuencias podrían ser nefastas para el desarrollo del trabajo y del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del paciente.
El celador, como personal encargado de manejar estas muestras, debe contar con una serie de protocolos estrictos, no solo para su preservación, si no, para evitar una contaminación o equivocación de muestras.

6 Bibliografía

(PDF) ”Preservación y conservación de muestras biológicas: mucho más que almacenamiento” (researchgate.net)
Procesamiento y preservación de las muestras en el laboratorio - Barcelona Life Study Cohort (projectebisc.org)

Capítulo 242

EL CELADOR EN MOVILIZACIÓN CON PACIENTES QUE PADECEN ATAXIA

ÁNGEL BUENO BUENO

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

MANUEL ARANDA PEÑA

CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ

MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA

1 Introducción

Antes de comenzar, siempre es importante aclarar los términos generales, en este caso, sería interesante, definir ataxia.
La ataxia se identifica como un trastorno o patología que ataca a nuestro sistema motor, que anula o dificulta la coordinación de quien lo padece, y por lo tanto, todo esto influye en los movimientos que realiza, tanto a nivel de tiempo y precisión.
Este trastorno, es fácil de identificar, ya que, en un porcentaje alto, afecta a las extremidades, tanto superiores como inferiores, y al habla.
Las causas que producen este fenómeno no deseado, son diversas, pero las más comunes son:
- Alcohol, un deficitario consumo de tiamina, diversos fármacos.
- También, existen ciertas enfermedades degenerativas que puedan provocar la ataxia como por ejemplo la esclerosis múltiple.

- Los accidentes cerebrovasculares también son muy protagonistas de este trastorno, como los ictus, enfermedades infecciosas. O incluso, el tan conocido cáncer.
- Otra enfermedad muy ligada a esta patología, es el párkinson.
- Existen otras ataxias ligadas a la herencia genética. En este caso, la pérdida de deambulación ocurre muy pronto.

Los pacientes que padecen esta situación, suelen encontrarse a cargo de la Unidad de Neurología.

En ciertas ocasiones, la ataxia no tiene remedio, pero independientemente, dichos pacientes precisan de ayuda a la hora de realizar ciertos movimientos, o incluso, para la propia deambulación.

Es por todo esto, que el celador, debe conocer las pautas básicas para realizarlas de una forma eficaz, y sin causar daño al paciente o al mismo.

Se calcula, que aproximadamente, más de un 7.000 personas en España, sufre ataxia hereditaria. A pesar, de no ser algo muy común y muy a la orden del día, creemos importante destacar la figura del celador ante este tipo de trastorno motor.

Aproximadamente, 5 personas de cada 100.000 habitantes sufre de esta enfermedad neurodegenerativa, y catalogada como "rara", y ya figura como tal en el Boletín Oficial del Estado (BOE).

2 Objetivos

- Conocer las distintas formas de movilización y ayuda a pacientes con ataxia.

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

Como en gran parte de las movilizaciones, en la ataxia, todo dependerá del grado de dependencia y del avanzado estado de la enfermedad.

Lo primero, y una de las cosas más importantes, es mostrar empatía, considerar la paciencia como nuestro artilugio más preciado. Y, por supuesto, siempre informar, y explicar al paciente lo que se le va a hacer.
Si el paciente puede deambular, serviremos de apoyo, siempre que se precise. Pero debemos fomentar la autonomía en todo momento, no cargando nosotros con el peso total.
El enfermo debe esforzarse cada día no debe caer en la dejadez.
Respetaremos sus tiempos y recordaremos siempre que se precise las técnicas correctas al deambular.
Para realizar la deambulación, debemos asegurarnos que nos encontramos en un entorno tranquilo, que no existen riesgos de caídas, y el cual, el paciente se encuentra a gusto para proceder con el paseo.
Las zapatillas deberán ser cómodas, pero también seguras, con suela que no permita deslices, de lo contrario, el paciente podría sufrir un accidente.
Si fuera preciso, y con nosotros mismos el paciente no se encontrará al cien por cien seguro, se le ofrecerá una ayuda técnica o dispositivo, como las muletas, andadores, bastones.
Es indispensable destacar, que antes de comenzar la marcha, y para que esta salga bien, se le explicará al paciente como se realizará el paseo, hacia donde se llegará y en que momento se procederá a la vuelta.
Una vez se haya realizado el protocolo antes del paseo, el celador se colocará delante del paciente, con sus manos en las cinturas, justo espaldas al circuito que se ha marcado previamente. Si el paciente se encuentra más entrenado, y tenemos dispositivos o una barra de apoyo, nos colocaremos a su lado agarrándonos de su cintura con la mano más cercana y con el nuestro, abrazaremos el suyo más próximo a nosotros.
La marcha será pausada y todo lo lenta que el paciente precise, el enfermo con ataxia, será quien marque los ritmos.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que padecen ataxia, dentro de sus limitaciones físicas, son más aún, las psicológicas, en las cuales, predomina el miedo y la ansiedad, no solo a sufrir una caída, sino también, a resultar una carga para el mundo.
El celador desempeña una tarea fundamental a la hora de realizar la marcha junto al enfermo, no solo contribuye a su mejora, sino, que le hace sentir más válido.
A pesar de que el celador no es quien dictamina la rehabilitación de este tipo de pacientes, debe atender a una serie de pautas protocolarias de bipedestación y

marcha apropiadas a cada lesión.
Y no solo lo anterior, debe mostrar aptitud y empatía, así como profesionalidad a la hora de realizar sus funciones.
Por todo esto y mucho más, el celador, es un personal fundamental para el buen desarrollo de la rehabilitación de un paciente, y para su mejoría próxima.

6 Bibliografía

- Clínica Universidad de Navarra. (Página oficial).
- Guía práctica de evaluación de pacientes con ataxias y paraparesias espásticas hereditarias en consulta | Neurología (elsevier.es)
- ▷ La deambulación según necesidades del paciente - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)

Capítulo 243

EL CELADOR ANTE LA PROTECCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES

ÁNGEL BUENO BUENO

MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA

MANUEL ARANDA PEÑA

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ

1 Introducción

Las enfermedades nosocomiales son aquellas infecciones contraídas por microorganismos patógenos, ya sean virus, bacterias, incluso, hongos, que se contraen en el ámbito hospitalario.
Esta contaminación puede adquirirse de diversas formas:
- Por una inadecuada o deficiente desinfección de las zonas comunes dentro del hospital, de los materiales de exploración, etc.
- Una mala higiene del personal sanitario, como una mala praxis en el lavado de manos, o incluso, un descuido a la hora del cambio de guantes.
- Un mal diagnóstico y ubicación de un paciente infeccioso, y que se encuentra en contacto con el paciente sano.

En muchas ocasiones, el personal sanitario y no sanitario a cargo de la unidad, y que, por supuesto se encuentra en contacto con los pacientes, en muchas ocasiones, inmunodeprimidos, son el vehículo transmisor de este tipo de enfermedades.

El celador, que es de quien se desarrollará el capítulo, al mantenerse de forma muy directa con los residentes, mediante traslados y movilizaciones, puede provocar un traspaso de seres patógenos de un paciente a otro, incluso, como ha ocurrido en varias ocasiones, enfermar el mismo.

Pero también, existen otras participaciones intrínsecas, las cuales pueden desarrollarse este tipo de microorganismos multirresistentes:

- Uso de antibióticos, que desajustan la flora intestinal.
- Realización de intervenciones invasivas (toma de biopsias, colocaciones de catéteres, cirugías, etc.)

Según diversos estudios, las personas más propensas a contraer dichas enfermedades son aquellas que pertenecen a la tercera edad (el paciente anciano), personas con diabetes, neonatos, portadores de sondas vesicales, nasogástricas o tipo PEG, etc.

Según diversas declaraciones de varios internistas en nuestro país, 7 de cada 100 pacientes, contraen estas enfermedades, las cuales, las más comunes siguen siendo las respiratorias, seguidas por las infecciones por cirugía, y en el tercer puesto las urinarias.

La primera mencionada de la lista, tiene un alto porcentaje de mortalidad, así como, a muchos pacientes, les causa neumonías, y estos, precisan de ventilación mecánica / artificial.

En este capítulo, buscamos concienciar la importancia del celador a la hora de transmitir o no transmitir dichas enfermedades infecciosas.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia del papel del celador en las enfermedades nosocomiales.

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

Las enfermedades nosocomiales, con unos buenos hábitos de higiene, pueden llegar a desaparecer en de un 20 a un 30%.
Incluso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que, con unas correctas condiciones y protocolos adaptados, podrían reducirse hasta un 70%.
Para minimizar los contagios por estos microorganismos patógenos, y poder alcanzar las cifras que se desean en cuanto el mínimo contagio, hay una serie de métodos muy esperanzadores:
- Establecer nuevas formas y métodos de limpieza y desinfección. Como aumentar la frecuencia, por ejemplo. Aquí, cabe destacar la importancia del personal de limpieza, que en muchas ocasiones escasea.
- Reglas más estrictas de pacientes y acompañantes, mediante la educación y desinfección de manos.
- Uso adecuado de medicamentos, como son los antibióticos, mediante una combinación de fármaco alimento y correcta administración de los mismos.
- Buen uso de los elementos de desinfección, así como, la realización correspondiente de esterilización.
- Realizar protocolos eficaces contra el contagio.
- Aislamientos efectivos.

Una vez, hemos hecho el repaso general, nos centraremos con más conciencia en las funciones del celador para evitar el contagio y la propagación de las enfermedades infecciosas intrahospitalarias.
- Lavado higiénico de manos, mediante jabón líquido, con agua tibia, y prestando especial atención a la zona de las uñas.
- Una vez terminado el correcto lavado de manos, evitar tocar con las manos zonas contaminadas.
- El secado debe ser mediante papel desechable.
- El lavado de manos, se debe efectuar siempre que estemos en contacto con zonas sucias o no higienizadas, y siempre, después de realizar ciertas acciones, como comer, fumar, usar el baño, etc.
- La uniformidad deberá ser la adecuada y siempre deberá ser recogida del propio centro de trabajo, en este caso, del propio hospital. Evitaremos llevarlos y traerlos de casa.

- La higiene personal fuera del puesto de trabajo y los complementos que se utilicen deben ser compatibles. Es recomendable no llevar objetos que puedan contaminarse fácilmente, como cualquier metal (anillos, pendientes, cadenas, etc.)
- El uso de guantes deberá ser de obligada realización, siempre después del lavado de manos, y entre paciente. Y, si es necesario, se cambiarán entre técnicas.
- La desinfección de zonas y ayudas técnicas, así como la de los dispositivos de movilización (sillas de ruedas, grúas, etc.) entre pacientes.
- El orden de atención, también es un factor muy importante a tener en cuenta, siempre se deberá atender los pacientes más vulnerables, y se terminará por los pacientes con enfermedades infecciosas.
- Los protocolos de aislamientos, mediante los EPIS, son indispensables para cortar la barrera de contaminación. Asi, como, su colación y retirada.
- El contacto con los desechos contaminados y basuras, debe ser el mínimo posible, y de no ser de otra forma, se tomarán las medidas más estrictas, en las cuales se contemplan los cambios de uniforme, incluso ducha con agua tibia.
- La información a los pacientes y a los familiares sobre medidas de higiene y visita.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de proteger a los pacientes de nuestro centro de trabajo, a sus familiares, a los compañeros y a nosotros mismos, supone un avance para nuestro sistema sanitario; tanto a nivel económico como a nivel asistencial, y por supuesto, sin mencionar a nuestra propia salud y la de quienes nos rodean.
Un celador desempeña una importante función en cuanto al cuidado del paciente se refiere. Y por supuesto, en contra las enfermedades nosocomiales.
La concienciación de la protección mutua, puede suponer un importante avance sanitario en nuestro país, asi como, puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte de uno de nuestros pacientes.
Es por todo esto, que el celador, bajo sus cometidos debe promulgar todo lo anterior descrito en el resto de apartados.

6 Bibliografía

Infecciones nosocomiales: qué son, tipos y prevención (tuasaude.com)
La prevalencia de las infecciones nosocomiales es del 7% en España | @diariofarma
Cómo evitar las infecciones nosocomiales (nob166.com)

La OMS publica el primer informe mundial sobre prevención y control de infecciones (PCI) (who.int)

Capítulo 244

LA EVOLUCIÓN DEL CELADOR

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

JORGE ROBLES CLAVEL

TERESA LORENTE PEREZ

MARIA DEL PILAR LILLO IRALA

JESUS CLEMENTE GARCIA

1 Introducción

El celador, también conocido como asistente de enfermería o auxiliar de servicios hospitalarios, es un miembro esencial del equipo de salud que cumple con diversas tareas en el ámbito de la atención médica. A lo largo de la historia, su rol ha sido fundamental en la comodidad y seguridad de los pacientes, así como en el funcionamiento eficiente de los hospitales y centros de salud.
Se analizarán los antecedentes del celador desde sus inicios en la antigüedad hasta su posición actual en el sistema de atención médica moderna. También se examinarán los desafíos y avances que han moldeado su función a lo largo de la historia.
El origen del rol del celador fue por el concepto de asistencia y cuidado de los enfermos y heridos se remonta a la antigüedad. En las civilizaciones antiguas, como la egipcia, griega y romana, existían personas encargadas de atender a los enfermos y heridos en los templos y hospitales rudimentarios. Estos individuos actuaban como ayudantes de los sacerdotes o médicos, brindando atención básica y apoyo logístico.

Mediante este recorrido histórico y analítico, aspiramos a comprender la evolución del celador y su continua relevancia en el panorama de la atención médica moderna. La contribución invaluable de estos profesionales, su adaptabilidad y dedicación para brindar cuidados óptimos, nos lleva a reconocer el papel clave que juegan en el bienestar de los pacientes y en el funcionamiento efectivo de las instituciones de salud. Al estudiar la evolución del celador, podremos apreciar la importancia de su labor y el legado que han dejado en la búsqueda de un mundo más saludable y compasivo.

2 Objetivos

Tiene como objetivo explorar la evolución histórica del rol del celador, destacando su importancia en el ámbito de la salud y como este ha cambiado a lo largo del tiempo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes bibliográficas y en bases de datos académicos. Se ha realizado la búsqueda de términos como ”la evolución del celador”, ”la historia del celador” y ”las funciones del celador a lo largo de los años”.

4 Resultados

Antecedentes históricos del celador.
1. Antigüedad: Los orígenes del celador se remontan a las antiguas civilizaciones, como Egipto, Grecia y Roma, donde los esclavos y sirvientes desempeñaban tareas de asistencia en los templos y lugares de curación. Su función principal era cuidar y mantener la higiene de los enfermos y heridos.
2. Edad Media: Durante la Edad Media, los hospitales eran principalmente administrados por órdenes religiosas, y los celadores eran monjes o personas comprometidas con la atención caritativa. Su labor se centraba en brindar cuidados básicos y asistencia espiritual.
3. Renacimiento y siglos posteriores: Con el avance de la ciencia y la medicina, la figura del celador evolucionó para incluir funciones más específicas, como la gestión de equipos y suministros médicos. Se convirtieron en un eslabón clave para garantizar el bienestar de los pacientes.

Pero todavía la figura el celador no se había profesionalizado.
- Siglo XIX: Con la creciente demanda de atención médica y la institucionalización de hospitales modernos, se reconoció la necesidad de una figura más estructurada y profesional. Los celadores comenzaron a recibir capacitación formal y a adquirir habilidades específicas para cumplir con sus deberes de manera más eficiente.
- Siglo XX: Durante este periodo, la labor del celador se hizo cada vez más especializada, con diferentes roles dentro de los hospitales, como transporte de pacientes, asistencia en cirugías, manejo de equipos médicos y gestión de emergencias.
Pero el celador ha seguido sometido a desafíos y a avances contemporáneos a los que tenían que adaptarse:
1. Tecnología y automatización: Con el progreso tecnológico en la medicina y la automatización de ciertas tareas, los celadores han tenido que adaptarse a nuevas tecnologías y enfoques para mejorar la eficiencia y calidad del servicio.
2. Mayor enfoque en la seguridad del paciente: En la actualidad, el rol del celador se ha expandido para incluir un enfoque significativo en la seguridad del paciente. Esto implica garantizar entornos seguros y prevenir infecciones nosocomiales.
3. Educación continua: La capacitación continua y la educación han pasado a ser fundamentales para los celadores, permitiéndoles mantenerse actualizados con las mejores prácticas y las últimas tecnologías médicas.

5 Discusión-Conclusión

El celador ha experimentado una evolución significativa a lo largo de la historia, pasando de ser una figura caritativa en la antigüedad a un profesional altamente capacitado y especializado en la atención médica moderna. Su contribución en el cuidado y bienestar de los pacientes sigue siendo crucial en el sistema de salud actual. Con los desafíos tecnológicos y sociales que enfrentamos, es probable que el rol del celador continúe adaptándose y expandiéndose en el futuro para satisfacer las necesidades cambiantes de la atención médica.
Pero aún la figura del celador tiene que seguir creciendo y se tiene que seguir adaptando a los nuevos cambios y medidas que se implementen en los hospitales.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/celador-historia-evolucion-formacion-funciones/
https://urgenciasaneloy.files.wordpress.com/2013/06/celador-en-la-historia-hosp-univer-cruces-oral.pdf

http://celadoresonline.blogspot.com/2017/08/celadores-de-instituciones-sanitarias.html

Capítulo 245

ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE UN CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO

JORGE ROBLES CLAVEL

MARIA DEL PILAR LILLO IRALA

JESUS CLEMENTE GARCIA

TERESA LORENTE PEREZ

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

1 Introducción

Los celadores son profesionales de la salud que desempeñan una función crucial en el ámbito sanitario, proporcionando apoyo logístico, transporte de pacientes, manejo de equipos y mantenimiento de la higiene y seguridad en las instalaciones. Su papel es esencial para garantizar la atención eficiente y segura del paciente. Por tanto, una formación adecuada y continua es imprescindible para asegurar un desempeño óptimo y mejorar la calidad asistencial.
El papel del celador en instituciones de salud es fundamental para el funcionamiento eficiente y seguro de los servicios médicos. Es importante que un buen celador tenga habilidades, conocimientos y competencias requeridas para garantizar la calidad de la atención médica y la satisfacción de los pacientes.

Es necesario que el celador tenga conocimientos y habilidades de: comunicación efectiva, empatía, organización, adaptabilidad, resolución de problemas y trabajo en equipo entre otras. Además es necesario una formación inicial del celador en la que se deberán abordar tanto los aspectos teóricos como prácticos de sus funciones entre las que se encuentran: anatomía y fisiología básica, ética y normativas, procedimientos de traslado y movilización, prevención de infecciones, comunicación efectiva y manejo de emergencias. Pero la capacitación continua es esencial para mantener y mejorar las habilidades del celador a lo largo del tiempo.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo analizar la formación y la capacitación requerida para ejercer como celador, así como su impacto en la calidad de atención y seguridad de los pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes bibliográficas y en bases de datos académicos. Se ha realizado la búsqueda de términos como ”formación necesaria para ser celador”, ”habilidades y competencia que tiene que tener un celador” y ”capacitación continua para ser un celador” entre otras.

4 Resultados

El celador tiene que poseer una serie de capacidades, habilidades y formación específica para llegar a ser un gran profesional.
Las habilidades y competencias que tiene que tener un celador son:
- Habilidades Técnicas: Los celadores deben adquirir conocimientos técnicos para manejar camillas, sillas de ruedas y equipos médicos, así como para realizar tareas de limpieza y desinfección. Además, deben entender y seguir protocolos de seguridad y emergencia.
- Habilidades Personales: La empatía, la comunicación efectiva y la capacidad de trabajar en equipo son habilidades esenciales en el trato con pacientes y compañeros de trabajo. Los celadores también deben demostrar resiliencia ante situaciones emocionalmente exigentes.

Además de estas habilidades es necesario tener una formación mínima:

1. Educación Básica: Diploma de educación secundaria o equivalente.
2. Curso de Celador: Un programa formativo específico para celadores, donde se abordan temas como movilización de pacientes, prevención de infecciones, ética profesional y comunicación asistencial.
Es importante que el celador tenga una capacitación continua y un desarrollo profesional: es importante para mantener y mejorar sus habilidades como:
1. Actualización de Protocolos: Los avances en el campo de la salud y las mejores prácticas requieren que los celadores estén al día con los últimos protocolos y procedimientos.
2. Habilidades de Comunicación: La formación para mejorar la comunicación con pacientes y el equipo médico puede contribuir a un ambiente más empático y colaborativo.
3. Gestión de Situaciones de Crisis: Los celadores deben recibir formación en el manejo de situaciones de crisis y emergencias para garantizar una respuesta rápida y adecuada.

El impacto de la formación en la calidad asistencial es importante debido a:
- Seguridad del Paciente: Una formación sólida en técnicas de movilización y transporte de pacientes disminuye el riesgo de accidentes y lesiones tanto para los pacientes como para el personal.
- Experiencia del Paciente: Los celadores que muestran empatía y comunicación efectiva pueden contribuir a una experiencia más positiva para el paciente.
- Eficiencia Operativa: Un celador bien capacitado es más eficiente en sus tareas diarias, lo que mejora el flujo de trabajo y la atención en el centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en el ámbito sanitario es esencial para el funcionamiento eficiente y seguro de los centros de salud y hospitales. La formación y capacitación adecuadas son fundamentales para desarrollar las habilidades técnicas y personales necesarias para un desempeño óptimo. La capacitación continua y el desarrollo profesional garantizan que los celadores estén actualizados y preparados para enfrentar los desafíos cambiantes del entorno sanitario. Un celador bien formado tiene un impacto positivo en la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la eficiencia operativa del centro de salud.
Todas estas capacidades y actitudes son necesarias para realizar un buen trabajo y siempre estar en continua actualización de las capacidades y formaciones.

6 Bibliografía

https://www.cursosypostgrados.com/profesiones/celador.html#::text=Para%20llegar%20a%20ser%20Celador,diversos%20servicios%20de%20salud%20provinciales.
https://www.masterd.es/blog/como-ser-celador
https://escuelaclinica.com/ser-celador-perfil-formacion/#::text=Qu%C3%A9%20habilidades%20se%20necesitan%20para%20ser%20celador&text=Estar%20f%C3%ADsica%20y%20psicol%C3%B3gicamente%20en,las%20funciones%20de%20diferentes%20sanitarios.

Capítulo 246

LOS CELADORES Y EL TRATO QUE DEBEN TENER CON LOS PACIENTES Y LOS FAMILIARES INGRESADOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ

FABIÁN CANTÓN SERRANO

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

1 Introducción

En este apartado en el que introducimos el tema del celador en la atención al paciente nos ha parecido importante encontrar como punto de partida que el celador por norma general es el primer personal con el que se va a encontrar el paciente. Es por esto por lo que es de suma relevancia tener presente qué tipo de papel desempeña el celador en ese tipo de atención. Nos ha parecido necesario tener en cuenta que la correcta formación es un requisito que debe de realizar este tipo de personal no sanitario. También otro aspecto que hemos contemplado es la capacidad de empatizar con el paciente en la medida que el mismo demande esa necesidad. De todo ello podemos poner de manifiesto como el celador es un

trabajador de la sanidad pública con una gran importancia en lo que respecta a las labores que está realzando. Esta importancia no solamente va en la dirección del paciente sino que repercute en el resto de profesionales ya que si el tipo de atención que presta el celador es correcto, es posible poder descargar al personal sanitario de determinadas cuestiones, un ejemplo de ello podía ser la ayuda que el mismo presta al paciente con respecto a indicarle donde están las áreas que está buscando.

2 Objetivos

Conocer e indicar cómo debe ser el trato de los celadores con los familiares y pacientes ingresados en los centros hospitalarios.

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

Hablaremos de cómo debe de ser el trato de los celadores ante los familiares y pacientes ingresados en los centros hospitalarios. De los resultados trabajados hemos recogido varios temas que nos han parecido interesantes. Todos ellos tienen como punto de partida los distintos objetivos que nos hemos marcado desde los inicios de este trabajo. Dichos objetivos nos configuran una misma línea de trabajo que nos ayudan a seguir una pauta de trabajo en este texto. El primero que hemos recogido es el que nos lleva a determinar como el celador es un nexo de unión importante entre el personal sanitario y el no sanitario ya que la misión que hemos marcado en el primer objetivo pasa por esa orientación y asesoramiento al paciente en el servicio Nacional de salud.
Dicha relación entre el celador y el paciente se hace más necesaria ya que este tipo de personal presta ayuda al usuario desde que el mismo accede al centro de salud. Del segundo objetivo hemos extraído dos puntos que presentan relación

entre cada uno de ellos. El primero es la formación necesaria la cual se hace imprescindible. Esta parte la enfocamos especialmente en lo referido a cuando este tipo de personal tiene las herramientas necesarias para informar al paciente, así como el conocimiento necesario de las instalaciones del centro de salud que le llevan a poder garantizar una ayuda acorde a las necesidades del usuario. Igualmente hacemos referencia a la capacidad de resolución y la importancia que cobra esta función del celador ya que este tipo de personal no sanitario en el servicio Nacional de salud se hace imprescindible por las cuestiones que hemos mencionado y porque la capacidad de resolución se hace desde que el paciente entra en el centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El celador conforma una parte importante del trabajo en equipo. Esa parte relevante del equipo como hemos podido observar no solo está formada por el personal sanitario, sino que el resto de personal que no lo es, en este caso el celador, cubre una parcela importante en muy diversos aspectos. En este texto hemos recogido especialmente los que se configuran y se relacionan con el asesoramiento y ayuda al paciente desde su ingreso en el centro de salud. Es por ello que nos ha parecido importante marcar este desarrollo teórico dado que nos ha dado una línea de trabajo muy útil para su desarrollo.

6 Bibliografía

1. Ceballos Atienza, R. (2009) El celador en centros de salud y servicios hospitalarios. Formación Alcalá SL.

Capítulo 247

LOS CELADORES EN LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON LAS GRUAS DE TRASLADO DE PACIENTES

MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ

FABIÁN CANTÓN SERRANO

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

1 Introducción

La grúa es una herramienta auxiliar que utiliza el personal sanitario para movilizar al paciente dependiente. Con este elemento auxiliar se podrá realizar la movilización del paciente de una forma mucho más segura y evitar así el riesgo de lesiones, tanto del paciente como de su cuidador. Con la utilización de la grúa no será necesaria la ayuda de ninguna otra persona. Tan solo el cuidador será necesario para su movilización, dado que su utilización es muy sencilla.
Con la utilización de la grúa se podrán realizar todas las tareas para un buen cuidado del paciente. Desde incorporarlo para hacer un cambio desde la cama al sillón, para realizarle el aseo o incluso para llevarlo al inodoro y que realice

sus necesidades sin tener que retirar el arnés. Además, se podrán utilizar para una gran variedad de fines terapéuticos como la rehabilitación en piscinas o la rehabilitación en sala.
Estas grúas no solo podrán ser utilizadas en Centros Sanitarios, sino que su uso también podrá ser extendido al uso domiciliario. De esta manera los familiares de una persona con movilidad reducida podrán realizar las tareas de movilización, traslado, aseo y rehabilitación de un modo más cómodo y sin la necesidad de realizar grandes esfuerzos.

2 Objetivos

Indicar y exponer las funciones que realizan los celadores con la grúa en la movilización de pacientes 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

Las grúas auxiliares son un tipo de ayuda técnica que permite realizar la movilización de los pacientes dependientes que no tengan ningún tipo de movilidad o esta sea reducida. Lo podrán realizar de una forma segura y a la vez cómoda, tanto para el paciente como para el cuidador, evitando así las posibles lesiones sufridas en la espalda por parte del cuidador al reducir los esfuerzos que debe realizar.
Los movimientos que se van a realizar con la grúa básicamente serán dos, desde la posición de tumbado realizar el traslado al sillón o silla de ruedas y viceversa.
Para la colocación del arnés se han de seguir los siguientes pasos:
Desde la posición de tumbado:
1. Estando el paciente en posición decúbito supino (boca arriba), colocarlo en posición decúbito lateral (de lado).
2. Colocar el arnés sobre la cama bien estirado.

3. Girar al paciente sobre el arnés y colocarlo en posición decúbito lateral sobre el otro lado.
4. Pasar al paciente a posición decúbito supino.
5. Colocar las bandas inferiores de forma entrecruzadas.
Desde la posición de sentado:
1. Colocar el arnés desde arriba hacia abajo por la parte de atrás del paciente. Reclinado levemente al paciente para facilitar la maniobra. 2. Pasar las bandas inferiores de forma entrecruzada.
Para la maniobra de elevar al paciente se seguirán los siguientes pasos:
1. Se acercará la grúa y bajará el brazo.
2. Colocar las bandas superiores del arnés enganchando en el lugar correspondiente (la más corta).
3. Colocar las bandas inferiores en los enganches contrarios a las bandas.
4. Elevar al paciente con suavidad y transportarlo al lugar correspondiente. Para la movilización de la grúa con el paciente en suspensión se han de abrir las patas de la grúa para conseguir una mayor estabilidad.
A la hora de posicionarlo en el lugar deseado se seguirán los siguientes pasos:
1. Colocar al paciente sobre la superficie deseada.
2. Se descenderá el brazo de la grúa.
3. Se sujetará con una mano el arnés para ayudarse a colocar al paciente en la posición deseada y con la otra mano se descenderá el brazo.
4. Se retirará el arnés de forma inversa a como se colocó.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto, la utilización de un medio auxiliar mecánico como es la grúa para la movilización y transporte de los pacientes encamados con movilidad nula ayudara a intervenir sobre el paciente. De modo que facilitará por parte del cuidador al desplazamiento de este a la hora de realizarle los cuidados básicos como la higiene. Con la utilización de esta herramienta auxiliar se evitarán lesiones por ambas partes. El paciente evitará ser dañado durante su manejo y el cuidador evitará la realización de sobre esfuerzos a la hora de su movilización que pueden provocar lesiones de espalda. Por otro lado, al ser necesario tan solo un cuidador para realizar el movimiento del paciente, el resto de personal podrá atender los cuidados de otros pacientes o realizar otras tareas.

6 Bibliografía

1. https://ortopediaenlinea.com/arneses/.
2. https://moovintecmovilidad.es/diferencias-minusvalia-movilidad-reducida/#::
text=Las%20personas%20con%20movilidad%20reducida,tener%20o%20no%20una%20discapac

Capítulo 248

EL CELADOR EN LA RECEPCIÓN DE MERCANCÍA SANITARIA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ

FABIÁN CANTÓN SERRANO

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

1 Introducción

Un almacén sanitario es la zona o sitio de un edificio donde se reciben productos de distintas clases sobre todo mercancías y tiene que estar dividido y preparado para recibir, preparar y almacenar cualquier tipo de material que se halla recibido. En un hospital o centro sanitario, las mercancías recibidas, las revisará el celador de almacén, también será el encargado de revisarlas, distribuirlas en las distintas secciones y sus estanterías, comprobar que los albaranes de lo recibido venga bien y más tarde mirar si las hojas de pedido de las distintas unidades del hospital están bien cumplimentadas para a continuación preparar los pedidos y servirlos a las unidades mencionadas, también asistirá al inventario general, e informará al responsable de la entrada de nuevos productos.

El responsable del servicio, será el encargado de firmar el formulario oficial, contendrá los siguientes datos:
- Denominación del material solicitado.
- Cantidad de dicho material solicitado.
- Código del material solicitado.
- Servicio que hace el pedido, tipo de almacén que se solicita, fecha y firma.

Clasificación del material dentro del almacén, también es importante:

1. Según características y duración, el material puede ser:
- Fungible.
- Inventariable.

2. Según su capacidad infectiva, el material puede ser:
- Crítico.
- Semicrítico.
- No crítico.

2 Objetivos

Exponer e indicar las principales tareas que el celador debe saber realizar de manera eficaz en un almacén en los centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador en el almacén realiza unas funciones donde se encarga de estudiar el aprovisionamiento, que consiste en conocer las necesidades de las mercancías precisas y necesarias para que la institución funcione correctamente, después procederá a gestionar la compra de materiales a proveedores mediante procedimientos reglados.

En resumen, se puede decir que estas funciones son:
- Garantizar que los productos estén bien distribuidos.

- Reducir a mínimos las pérdidas o deterioros de productos en inventario.
- Reducir los costes.
- El perfeccionamiento a la hora de realizar las operaciones tanto de manipulación, despacho y trasporte de mercancías.

El aprovisionamiento de mercancías es una de las partes fundamentales dentro de la gestión del almacén, ya que siendo el almacén un lugar destinado a almacenar mercancías estas deben estar bien organizadas para su posterior distribución entre las distintas secciones hospitalarias.

Cuando se reciben las mercancías, se deben colocar en lugares o sitios vacíos donde se almacenan hasta llenar al máximo. Con lo cual hay que llevar un sistema de control de stock para saber en cada momento la cantidad de producto que hay y que queda y a su vez la que se tiene que pedir para que no quede desabastecido.

Suele haber una zona donde se preparan los pedidos compuesta por, estanterías de almacenaje y la preparación de pedidos en estanterías puede ser de forma manual o mecánica.

La preparación de forma mecánica se hace con carretillas recoge-pedidos o también llamadas máquinas elevadoras. Donde un operario conduce la máquina donde va subido y recoge los pedidos que se encuentran en las estanterías para poder realizar cada pedido para abastecer a las distintas zonas hospitalarias, esta forma de preparación tiene ventajas porque se pueden recoger pedidos que están a una altura donde un operario sin máquina no podría realizarlo.

De la forma manual el operario realiza los pedidos que están a una altura considerable media o baja donde solo utilizara medios mecánicos como transpaletas para desplazar de un lugar a otro la mercancía.

En un almacén de hospital o centro de salud nos podemos encontrar como mínimo dos almacenes, donde uno será de farmacia y él otro de almacén general, este a su vez se puede dividir en almacenes de material clínico fungible, almacén de material de mantenimiento, almacén de material quirúrgico, almacén de aparataje, de lencería, papelería etc.

En la organización de los almacenes en centros hospitalarios se utiliza el método: FIFO ”First in, First out”. Sale primero, el material que entró primero al almacén.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento de un almacén hospitalario es necesario que haya un buen sistema directivo de almacén, destacando también la función del celador y la importante labor que tiene a la hora de conseguir una gestión y distribución

óptima y eficaz en la distribución del almacén. El celador debe ser resolutivo, rápido y eficaz para que todo funcione correctamente.
Es importante una buena organización, no solo del personal, también de los materiales.
Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en el almacén y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y de las instituciones sanitarias.

6 Bibliografía

1. www.orion.com.
2. www.sescam.com.
3. www.revistamedica.com.

Capítulo 249

FUNCIÓN CELADOR ANTE LOS CAMBIOS POSTURALES DEL PACIENTE ENCAMADO

LLANOS SANTOS CUENCA

JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ

RAQUEL MARÍN PEÑA

ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA

MARTA ALEXANDRE GARCÍA

1 Introducción

Los cambios postulares son medidas que tienen como objetivo alternar las áreas de presión del cuerpo y así poder evitar las úlceras por presión. También se pueden emplear para facilitar la exploración y para pruebas diagnósticas. En este capítulo hablaremos de los cambios postulares de una persona encamada.
En todas las Técnicas de Movilización que se describen lo primordial es preservar la intimidad del paciente e intentar evitar cualquier daño físico que se le pueda hacer.
Para ello es fundamental seguir con los protocolos que cada Centro Hospitalario tiene.
Es el celador la persona que se encarga de realizar los cambios postulares con la ayuda de la enfermera o auxiliar de enfermería. Será el personal sanitario el

que indique, en todo momento, en que posición tenemos que poner al paciente, según el tipo de patología que padezca.
Cada cambio postural tiene un cometido bien sea para prevenir úlceras por presión o bien para realizar algún tipo de cura.
Es el celador el que tiene que conocer los diferentes cambios postulares que existen y que puede adoptar un paciente y tener la debida formación en como se ha de proceder para realizarlos.
Para ello hablaremos de los distintos tipos de cambios postulares.

2 Objetivos

- Definir los tipos de cambios posturales en pacientes encamados.
- Dar a conocer como procede el celador para la realización de estos cambios postulares.

3 Metodología

Para este trabajo se ha sacado la información de artículos relacionados , de nuestra propia experiencia de trabajo como celador en el Hospital de Hellín, libros, revistas. También se ha realizado una búsqueda sistemática con los recursos de internet Google, Pubmed.

4 Resultados

La función o el cometido que tiene los cambios postulares en la persona encamada son prevenir las úlceras por presión, también para poder realizar la higiene y aseo del paciente. Los realizará el celador con la ayuda del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería o personal de enfermería.
Hay muchas posiciones en el ámbito hospitalario y cada una puede estar destinada a una patología distinta o a una posición quirúrgica.
Decúbito supino o dorsal:
• El paciente está tumbado sobre su espalda con los brazos y piernas extendidos. Esta posición se utiliza para exploraciones médicas, postoperatorios, etc.
Decúbito prono o ventral:
• El paciente está tumbado sobre su abdomen. Esta posición se utiliza para operados de la zona lumbar.
Decúbito lateral (Izquierdo y Derecho):

• El paciente está tumbado sobre un lateral de su cuerpo. Se puede utilizar para la administración de enemas, para el aseo del paciente, para un programa de cambios posturales

Sims, Semiprona, de seguridad o inglesa:

• Posición intermedia entre decúbito prono y lateral. Para pacientes inconscientes .

Fowler:

• El paciente está semisentado, el respaldo de la cama formará un ángulo de 45º. Para pacientes con problemas cardiacos o respiratorios.

Trendelemburg:

• El paciente tiene la cabeza más baja que los pies. Para lipotimias.

Morestin , Antitrendelemburg o Trendelemburg inversa:

• La cabeza está mas elevada que los pies: Pacientes con problemas respiratorios, hernia de hiato.

Roser o Proetz :

• El paciente está tumbado boca arriba y con la cabeza colgando. Para exploraciones, intervenciones quirúrgicas o lavado de cabeza, intubaciones endotraqueales, traqueostomias, etc.

Ginecológica o Litotomía:

• Exploraciones e intervenciones ginecológicas, partos.

Genupectoral o Mahometana:

• El paciente se apoya sobre sus rodillas. Para exploraciones rectales.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios posturales son necesarios en el día a día de un centro hospitalario, evitar úlceras, en exploraciones, intervenciones quirúrgicas.

Serán realizadas por profesionales del medio hospitalario, siempre con la ayuda del celador, que es la persona que debe estar bien formada para realizar dichas técnicas de movilización y cambios postulares. Para evitar cualquier molestia o lesión al paciente, siempre y cuando este esté encamado y no las pueda realizar por sí mismo.

Es por ello que los cometidos del celador en estas funciones son muy importantes, ya que sin la ayuda de este no se podrían llevar a cabo.

6 Bibliografía

•http://www.celadoresonline. blogspot.com/ Actuación del celador en el Servicio de Urgencias.
•http://www.ingesa.mscbs.gob.es/
Orden de 5 de julio de 1971, Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Capítulo 250

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

LLANOS SANTOS CUENCA

JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ

RAQUEL MARÍN PEÑA

ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA

MARTA ALEXANDRE GARCÍA

1 Introducción

En un centro hospitalario, el servicio de urgencias es primordial para poder efectuar una eficaz labor para restablecer la salud y el bienestar de los pacientes que llegan con una necesidad urgente de atención médica. Es un servicio primordial dentro del hospital en el que prestan su labor distintas categorías (médicos de urgencias, enfermería, auxiliares de enfermería, celadores, etc.) siendo asi un servicio multidisciplinar.
La figura del celador, es esencial para el buen funcionamiento de la institución, ya que presta servicios muy importantes como pueden ser, la recepción de cualquier enfermo que entre en el hospital con distintas patologías, ya que es el primero del personal que trabaja dentro del hospital que contacta con el paciente, para derivarlo al servicio correspondiente, ya sea traumatología, rayos, planta de hospitalizacion, etc.

Una vez atendido en estos servicios, el médico responsable del enfermo será el encargado de derivarlo según su evolución, bien a casa si es dado de alta; o bien a una planta de hospitalización si así lo estima oportuno para seguir realizando pruebas y exploraciones hasta su total recuperación, siempre con un seguimiento por parte de su médico de cabecera de atención primaria para seguir su evolución y sus controles oportunos.

2 Objetivos

Dar a conocer todas las funciones que tiene un celador en el servicio de urgencias desde movilizaciones a identificar situaciones de máxima urgencia.

3 Metodología

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

4 Resultados

El principal objetivo del celador en el servicio de urgencias es la colaboración con todo el personal que presta su labor en este servicio especializado. Tendrá una ubicación concreta para estar en todo momento preparado para actuar si es requerido por cualquier supervisor, médico o equipo de enfermería para prestar su función de ayuda tal y como específica su Estatuto en el que se reflejan sus funciones, funciones específicas de ayuda al personal.
Uno de los ejemplos más habituales que presta el celador en este servicio es el siguiente:

Paciente que entra en urgencias con un dolor torácico fuerte y con una respiración muy baja, fatiga y palidez. La actuación del celador en este caso es muy importante, pues un dolor torácico siempre es síntoma de alarma por la repercusión que puede llegar a tener (desde una angina de pecho, hasta un infarto de miocardio), con lo cual procederá a pasar al paciente a una camilla en un box determinado y alertar al personal sanitario para poder atender las necesidades del mismo.

Por todo esto el celador debe de tener una formación adecuada en todas las áreas de urgencias y debe de saber cómo actuar en todo momento. También debe colaborar con el personal sanitario a la hora de reducir una fractura o de movilizar a un paciente agitado. El celador de urgencias también tiene que encargarse de que en el servicio de urgencias haya la máxima tranquilidad por parte de los familiares que acompañan a los pacientes ayudándoles en toda la información que quieran tener sobre sus familiares siempre que no sea de carácter sanitario.
Tiene que colaborar en que se guarde el mayor silencio posible en las salas de espera para que el personal médico pueda realizar correctamente su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Con este trabajo se llega a la conclusión que determinados estudios realizados en distintos hospitales o centros sanitarios, que la figura del celador es muy importante para el buen funcionamiento de estas instituciones por la labor que presta, tanto en funciones de ayuda como en funciones de movilización y traslado de determinados pacientes, ya sea en silla de ruedas, cama de hospitalización, o camillas, llevando a los mismos a realizar las pruebas oportunas en los demás servicios del hospital, como radiodiagnóstico (placas radiográficas, ecografías, TAC o Resonancia Magnética Nuclear); Digestivo (endoscopias, colonoscopias,etc.); o servicios como cardiología para realizar ecocardios, o cualquier otra prueba determinante, con lo cual el trabajo del celador es más que importante para un hospital y sobre todo en el servicio de urgencias.

6 Bibliografía

•http://www.celadoresonline. blogspot.com/ Actuación del celador en el Servicio de Urgencias.
•http://www.auxiliar-enfermeria.com/
Funciones del celador en las distintas áreas o servicios, Urgencias.
•http://www.boe.es/
Ley 55/2003, de 16 de diciembre, Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.
•http://www.ingesa.mscbs.gob.es/
Orden de 5 de julio de 1971, Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Capítulo 251

EL CELADOR ANTE LOS DIFERENTES TIPOS DE AISLAMIENTO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

LLANOS SANTOS CUENCA

JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ

RAQUEL MARÍN PEÑA

ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA

MARTA ALEXANDRE GARCÍA

1 Introducción

El aislamiento es el procedimiento o conjunto de procedimientos que se aplican a pacientes que pueden padecer una enfermedad infecciosa o pacientes inmunodeprimidos.
La finalidad consiste en separar la fuente de infección para evitar la difusión del agente causal, impidiendo su transmisión a la persona enferma o susceptible de enfermar.
El aislamiento puede ser doble, dando lugar a dos técnicas de aislamiento:
- Aislamiento de barrera que consiste en aislar a pacientes infecciosos para que no transmitan la enfermedad a personas sanas.
- Aislamiento de barrera inversa su objetivo es aislar a pacientes que tienen sus defensas disminuidas, para protegerlos de adquirir una enfermedad transmisible.

El aislamiento está indicado ante una enfermedad transmisible. Debe ser aplicada a todos los pacientes infectados tanto hospitalarios como intrahospitalarios.
Es necesario conocer la epidemiología de la enfermedad infecciosa que afecta la paciente con el fin de establecer las medidas de aislamiento correctas.
El principal objetivo es aislar el foco infeccioso, el aislamiento no es igual en todos los casos por lo que se debe conocer las técnicas y materiales necesarios dependiendo del objetivo que se desee conseguir.
La fase infecciosa es específica en cada enfermedad por lo que el aislamiento debe durar hasta que esta haya terminado.
Todos los protocolos de aislamiento deben ser cumplidos por todos los trabajadores tanto sanitarios como no sanitarios cuando se vaya a tener contacto con el paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del celador ante los distintos tipos de aislamientos en los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen varios tipos de aislamiento:

- Aislamiento inverso, está enfocado a proteger a los pacientes inmunodeprimidos que son aquellos que sufren una deficiencia en su sistema inmunitario. Estos pacientes son grandes quemados, pacientes oncológicos, y pacientes trasplantados.
- Aislamiento entérico, este aislamiento se aplica para prevenir la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto con heces infectadas y/o por objetos contaminados como gastroenteritis, cólera,meningitis, hepatitis A etc.

- Aislamiento estricto, se utiliza para prevenir infecciones muy contagiosas y que pueden transmitirse por contacto directo o aéreo. Varicela,Herpes Zóster, Difteria,Peste.
- Aislamiento de contacto, es aquel en el que la enfermedad infecciosa se transmite por contacto directo, bien con heridas o lesiones cutáneas o bien por secreciones nasales, úlceras, heridas abiertas, varicela, herpes zóster, salmonela.
- Aislamiento respiratorio se aplica a pacientes que tengan una enfermedad infecciosa y que esta se puede transmitir a través del aire y en distancias cortas. Sarampión, varicela, rubeola, neumonía neumocócica.
- Aislamiento parenteral es aquel que está destinado a prevenir la diseminación de enfermedades transmitidas por la sangre, por líquidos orgánicos u objetos contaminados con los mismos. VIH, Hepatitis B, líquido cefalorraquídeo, sinovial, pleural, sífilis, paludismo.

La habitación en la cual se encuentra el paciente aislado debe de tener todo lo necesario para el paciente, tanto ropa de cama, como de aseo, como de material de curas, ya que todo lo que está dentro no puede salir para evitar el contagio con el resto de personas.
La puerta de la habitación siempre tiene que tener un indicativo el cual nos informe de que tipo de aislamiento tiene el paciente bien sea de contacto,aéreo o inverso. Los familiares también tiene que recibir información de los protocolos a seguir con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La responsabilidad ante la prevención de enfermedades hospitalarias no solo recae en el Servicio de Medicina Preventiva sino que depende de todo el personal que trabaja en las instituciones sanitarias.
Las numerosas enfermedades infecciosas nos obliga a seguir una serie de pautas en las que se comienza con el aislamiento como medida terapéutica desde que el paciente accede desde urgencias hasta que es ingresado.
Estos pacientes necesitan los mismos cuidados y atenciones que el resto de pacientes, incluso a veces muchos mas.
La actitud del personal que trate a estos pacientes debe ser una actitud que no descuide su atención por el simple hecho de estar aislados, para no causarles sentimientos de culpabilidad, angustia o rechazo.

6 Bibliografía

www.enferurg.com/aislamiento.
Organización mundial de la salud. www.astursalud.es/guiadeaislamiento.

Capítulo 252

COMPETENCIAS DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN URGENCIAS

MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR

ANA MARIA CANO ESPINOSA

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

1 Introducción

El servicio de urgencias en un hospital es una parte fundamental del sistema de atención médica. Es el área encargada de brindar atención inmediata a pacientes que presentan emergencias médicas o situaciones de salud que requieren atención médica urgente.

El servicio de urgencias cuenta con una recepción donde los pacientes son recibidos y se realiza un proceso de triaje. El triaje consiste en una evaluación inicial de la gravedad de la condición del paciente para determinar el orden de atención. Los pacientes más críticos reciben atención inmediata. Además, el servicio de urgencias cuenta con un equipo médico y de enfermería capacitado para brindar atención médica de emergencia. Se atienden una amplia gama de situaciones, como traumatismos, enfermedades agudas, problemas respiratorios, dolores en el pecho, entre otros. El objetivo es estabilizar al paciente y proporcionar el tratamiento necesario para salvar vidas o evitar complicaciones graves. También, se cuenta con un equipo multidisciplinario que puede incluir médicos especialistas en emergencias, enfermeros, técnicos de laboratorio, radiólogos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud. Esta diversidad de especialidades permite una evaluación y atención integral de los pacientes.

Otra cosa a tener en cuenta es que el servicio de urgencias puede realizar una variedad de pruebas diagnósticas rápidas, como análisis de sangre, radiografías, ecografías y electrocardiogramas, entre otras. Estas pruebas ayudan a obtener información sobre la condición del paciente y a realizar un diagnóstico preciso. En algunos casos, los pacientes pueden ser trasladados a una sala de observación dentro del servicio de urgencias. Esta sala permite monitorear de cerca a los pacientes durante un período de tiempo determinado para evaluar su evolución y decidir si requieren hospitalización o si pueden ser dados de alta.

2 Objetivos

Exponer las competencias de los auxiliares administrativos en urgencias.

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

Los auxiliares administrativos en urgencias desempeñan un papel vital en la gestión y administración eficiente de los servicios de urgencias. Aunque las competencias específicas pueden variar según la institución y el país, algunas competencias comunes que suelen ser esperadas de los auxiliares administrativos en el entorno de urgencias son muy variadas.

Por ejemplo, los auxiliares administrativos en urgencias deben estar familiarizados con los protocolos y procedimientos de emergencia utilizados en el departamento. Deben comprender los diferentes tipos de emergencias, las prioridades de atención y las formas adecuadas de comunicación en situaciones de crisis. Además, la comunicación efectiva es esencial en un entorno de urgencias. Los auxiliares administrativos deben ser capaces de comunicarse claramente con el personal médico, los pacientes y sus familiares. También deben ser capaces de

manejar llamadas telefónicas y gestionar la información de manera precisa y confidencial (2).
Y es que los auxiliares administrativos en urgencias deben ser capaces de manejar y organizar grandes volúmenes de datos y documentación médica. Esto incluye la gestión de historias clínicas, registros de pacientes, informes médicos y facturación. Deben ser precisos y meticulosos en su trabajo para garantizar que se mantenga un registro adecuado de la información. De esta forma el uso de sistemas informáticos y software es fundamental en la administración de urgencias. Los auxiliares administrativos deben tener habilidades básicas en el uso de herramientas informáticas, como software de gestión de pacientes, bases de datos y programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.
En un entorno de urgencias, es crucial que los auxiliares administrativos trabajen en estrecha colaboración con el personal médico, los enfermeros y otros miembros del equipo de atención médica. Deben ser capaces de colaborar eficientemente, seguir instrucciones y mantener la calma bajo presión. Los auxiliares administrativos en urgencias tienen acceso a información médica confidencial y deben cumplir con las normas de privacidad y ética profesional. Deben tener un sólido sentido de la confidencialidad y mantener la información médica de los pacientes de forma segura y privada (3).
También, el servicio de urgencias está conectado con otras áreas del hospital, como unidades de cuidados intensivos, quirófanos y unidades de hospitalización. La coordinación entre estos servicios es esencial para garantizar una atención continua y adecuada para los pacientes que requieren más atención o procedimientos especializados.
Es importante tener en cuenta que los servicios de urgencias pueden variar en su estructura y capacidad dependiendo del hospital y del país. Sin embargo, el objetivo principal de brindar atención médica urgente y de calidad a los pacientes es común en todos los servicios de urgencias hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los auxiliares administrativos en urgencias desempeñan un papel crucial en la gestión y administración eficiente de los servicios de urgencias en un hospital. Sus competencias incluyen el conocimiento de los procedimientos de emergencia, habilidades de comunicación efectiva, capacidad para organizar y gestionar datos, conocimientos de informática, capacidad de trabajo en equipo y respeto por la confidencialidad y la ética profesional.

Estas competencias les permiten desempeñar tareas clave, como manejar la recepción y el triaje de pacientes, gestionar la documentación médica y los registros de pacientes, coordinar la comunicación entre el personal médico y los pacientes, y colaborar eficientemente en un entorno de urgencias. Además, los auxiliares administrativos deben mantener altos estándares de confidencialidad y ética profesional al manejar información médica confidencial.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFIA
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://revistamedica.com/funciones-laborales-administrativo-urgencias/
3. https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-servicio-urgencias/

Capítulo 253

LOS CELADORES EN LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES

JOSE LUIS PARRA MOYA

1 Introducción

Mención principal es la que debemos hacer sobre las funciones generales de movilización de pacientes que estos deben de hacer en su trabajo diario en las instituciones sanitarias y claramente vienen definidas, en el Estatuto de Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, en Orden de 5 de julio de 1971, como son el tener a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la Institución como en el servicio de ambulancias y ayudarán 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.

Estas funciones y tareas implican un minucioso conocimiento de las técnicas para realizar cambios posturales y traslados de los pacientes en las Instituciones Sanitarias, sobre todo en las áreas de hospitalización (medicina Interna, hospitalización traumatológica, hospitalización de cirugía, etc.), por ello deben ser buenos conocedores del manejo y uso de las camillas y camas hospitalarias, sillas de ruedas, grúas y transfers que vayan a ser utilizados con los pacientes y usuarios de los centros sanitarios.

El celador debe ser una buen conocedor de las posiciones anatómicas básicas de los pacientes, diferenciando claramente a los pacientes encamados a los pacientes con cierta autonomía personal en los movimientos diarios.

2 Objetivos

Explicar las funciones de los celadores en la movilización de los pacientes.

3 Metodología

En la elaboración del presente capítulo los celadores en la movilización de los pacientes, se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes fuentes didácticas, entre ellos de libros especializados en la materia, fuentes de internet (Google), artículos en los principales portales de artículos científicos: Pubmed, Medline y Scielo y diferentes revistas sanitarias.

4 Resultados

Las movilizaciones de los pacientes que los celadores deben de hacer en las Instituciones Sanitarias, son las siguientes:
Movilizaciones cuando el paciente colabora, cuando el paciente no colabora, movilizaciones en pacientes encamados, movilizaciones en pacientes en sillas de ruedas para ayudarles a ponerse de pie, movilizaciones a pacientes encamados a sentarse en la cama, movilizaciones en pacientes con hemiplejias y tetraplejias.
Pero, antes de proceder a las diferentes movilizaciones mencionadas anteriormente, el celador debe ser buen conocedor de las diferentes posiciones anatómicas de los pacientes y las diferentes posiciones quirúrgicas que pueden adoptar los pacientes.
Posiciones Anatómicas: Bipedestación, Sedestación, Fowler, decúbito supino o dorsal, decúbito prono o ventral y decúbito lateral.
Posiciones Anatómicas Quirúrgicas: Trendelemburg, antitrendelemburg, Litotomía o Ginecológica, Proetz o Roser, Kraske o navaja sevillana, Laminectomía, Craneotomía, Genupectoral o Mahometana, Nefrectomía, raquídea o Lumbar.
Una vez conocidas las diferentes tipos de movilizaciones de pacientes y sus posicionamientos, se deben seguir unas pautas y protocolas antes de su inicio, como son:
- Seguir unas medidas de higiene necesarias y estandarizadas.
- Adaptar el entorno o zona de trabajo, eliminando cualquier elemento u obstáculo que nos pueda molestar.
- Mantener siempre la seguridad del paciente.
- Adaptar la cama hospitalaria a las condiciones específicas del paciente, teniendo especial cuidado con los sueros, drenajes, catéteres que pudiera tener y frenar la

cama cuando sea necesario.
- Antes de proceder a la movilización del paciente, esperar las indicaciones e instrucciones del personal médico guardando siempre la privacidad del paciente.
- En la movilización de los pacientes se deben evitar los movimientos bruscos, evitando situaciones dolorosas o incómodas para los pacientes.
- Se debe pedir toda la ayuda necesaria en la movilización de los pacientes, cuando ésta no pueda ser llevada a cabo por una solo celador , solicitándola a otros compañeros, al igual que deben ser usados ayudas mecánicas en la movilización cuando sean necesarias, como grúas, transfers, etc.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, es tan fundamental y necesario, las diferentes movilizaciones de los pacientes, en su vida diaria hospitalaria, que si no fueran llevabas a cabo, aparecerían en los pacientes diversas úlceras u otras patologías con una irreversible solución.
Es por ello, que el celador, es bien sabido, que dentro de sus funciones, se encuentra la de ayuda de las movilizaciones y traslado de los pacientes en la instituciones sanitarias, sin la cuál, el desarrollo de la atención diaria a los pacientes de las instituciones diarias no se podría llevar a cabo.
El celador debe ser consciente de su importancia que lleva la movilización de los pacientes y su destreza y habilidad en su realización.

6 Bibliografía

1. Libro Celador. Ediciones Rodio. Año 2017.
2. Libro Celador/a. Editorial Adamas. Año 2017.
3. Estatuto de Personal No sanitario Al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden de 5 de julio de 1971, por la que se aprueba el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias.
4. https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-10-movilizacion-del-paciente.html.

Capítulo 254

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE LISTA DE ESPERA

ANA MARIA CANO ESPINOSA

MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

1 Introducción

La unidad de lista de espera en un hospital es un departamento encargado de gestionar y coordinar las citas médicas y procedimientos para los pacientes que se encuentran en espera de atención.

Las funciones de la unidad de lista de espera en un hospital suelen incluir el registro y seguimiento de pacientes. De esta forma, el personal de la unidad de lista de espera registra a los pacientes que necesitan atención médica, recopilando información relevante como el motivo de la consulta, los datos personales y los estudios o pruebas necesarios. También se encargan de realizar un seguimiento de cada caso para actualizar su estado y tiempo de espera.

En función de la gravedad y urgencia de los casos, el personal de la unidad de lista de espera puede asignar prioridades a los pacientes. Aquellos con condiciones más urgentes o que requieren atención inmediata se colocan en la parte superior de la lista para asegurar que reciban la atención adecuada lo antes posible (1).

Una vez que se dispone de una fecha disponible para la atención médica, el personal de la unidad de lista de espera se encarga de programar las citas y notificar a

los pacientes sobre la fecha, hora y lugar de su consulta o procedimiento. Además, pueden ofrecer información adicional sobre preparativos necesarios antes de la cita, como ayuno o suspensión de medicamentos.

Además, el personal de la unidad de lista de espera actúa como punto de contacto para los pacientes, brindándoles información sobre el estado de su lista de espera, estimaciones de tiempo y respondiendo a sus preguntas y preocupaciones. También pueden proporcionar orientación sobre los servicios disponibles en el hospital y las opciones de atención.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:
- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el auxiliar administrativo en la unidad de lista de espera.

- Proporcionar información actualizada sobre el estado de la lista y coordinar citas o procedimientos cuando sea necesario

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo en la unidad de lista de espera es responsable de brindar apoyo administrativo en el manejo y seguimiento de las listas de espera en un entorno de atención médica o en otro tipo de organización que maneje este tipo de listas.

Las responsabilidades de un auxiliar administrativo en la unidad de lista de espera pueden variar según la organización, pero generalmente incluyen el registro y actualización de la información. El auxiliar administrativo es responsable de

registrar y mantener actualizada la información relacionada con los pacientes en lista de espera. Esto puede incluir datos como el nombre del paciente, el motivo de la consulta o el tratamiento solicitado, la fecha de ingreso en la lista, la fecha estimada de atención, entre otros (2).

Además, el auxiliar administrativo puede ser el punto de contacto principal para los pacientes en lista de espera. Debe estar preparado para responder preguntas, proporcionar información actualizada sobre el estado de la lista y coordinar citas o procedimientos cuando sea necesario. También puede ser responsable de comunicarse con el personal médico y de atención para asegurar una adecuada programación y asignación de recursos. Es importante mantener registros y documentos organizados y actualizados. El auxiliar administrativo puede encargarse de archivar la documentación relacionada con los pacientes en lista de espera, asegurando la confidencialidad y el acceso adecuado a dicha información.

Otra función del auxiliar administrativo debe realizar un seguimiento regular de la lista de espera, actualizarla en función de los cambios y asegurarse de que se sigan los procedimientos establecidos. Esto puede implicar el reordenamiento de la lista según la prioridad de los casos, la eliminación de pacientes que ya han sido atendidos, o la actualización de los tiempos de espera estimados. En algunos casos, el auxiliar administrativo puede ser responsable de coordinar los recursos necesarios para la atención de los pacientes en lista de espera. Esto puede incluir la asignación de espacios, equipos médicos, personal de apoyo, entre otros (3).

Además, la unidad de lista de espera se comunica con otros departamentos y profesionales médicos para asegurar una programación adecuada de recursos y garantizar una atención eficiente. Pueden coordinar con especialistas, quirófanos, laboratorios u otros servicios necesarios para la atención de los pacientes en lista de espera.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la unidad de lista de espera de un hospital. Su labor consiste en brindar apoyo administrativo y logístico para gestionar de manera eficiente las citas y procedimientos de los pacientes en espera de atención médica.

Su trabajo incluye el registro y actualización de la información de los pacientes, la comunicación con pacientes y personal médico, la gestión de registros y doc-

umentos, el seguimiento y actualización de la lista de espera, así como la coordinación de recursos necesarios. El auxiliar administrativo contribuye a garantizar una atención oportuna y organizada, facilitando la comunicación fluida entre todas las partes involucradas y asegurando un proceso eficiente en la unidad de lista de espera del hospital.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/
2. https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-unidad-admision/
3. https://mx.indeed.com/orientacion-profesional/como-encontrar-empleo/que-hace-auxiliar-administrativo#::text=Tener%20habilidades%20organizativas%20y%20de,Saber%20trabajar%20en%20equipo

Capítulo 255

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS ARCHIVOS HOSPITALARIOS

ANA MARIA CANO ESPINOSA

MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

1 Introducción

Los archivos hospitalarios son conjuntos de documentos y registros que contienen información médica y administrativa relacionada con los pacientes atendidos en un hospital. Estos archivos son fundamentales para el seguimiento, la planificación y la prestación de atención médica adecuada a los pacientes.

Son registros detallados que contienen información sobre la salud y el historial médico de un paciente, incluyendo datos demográficos, antecedentes familiares, resultados de exámenes, diagnósticos, tratamientos, procedimientos médicos realizados, medicamentos recetados, informes de consultas médicas, entre otros. Incluyen informes de laboratorio, radiografías, tomografías, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y otros estudios diagnósticos realizados al paciente (1).

Contienen detalles sobre las intervenciones quirúrgicas realizadas, incluyendo el tipo de cirugía, el nombre del cirujano, la fecha y hora de la operación, los hallazgos durante la cirugía y cualquier complicación o incidente relevante. Son

documentos que se generan al finalizar la estancia de un paciente en el hospital e incluyen información sobre el diagnóstico final, el tratamiento recibido, las recomendaciones para el seguimiento, la prescripción de medicamentos y cualquier otra información importante para la continuidad de la atención médica fuera del hospital. Pueden incluir registros de admisión, alta y transferencia de pacientes, formularios de consentimiento informado, registros de facturación y seguro médico, entre otros.

Incluyen cualquier tipo de correspondencia relacionada con la atención médica del paciente, como cartas de referencia de otros médicos, informes de consultas externas, resultados de pruebas enviados por otros laboratorios, entre otros. Es importante destacar que los archivos hospitalarios contienen información sensible y confidencial, por lo que su gestión y acceso deben cumplir con las regulaciones y políticas de privacidad y protección de datos establecidas por las autoridades sanitarias y legales correspondientes.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:
- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el auxiliar administrativo en los archivos hospitalarios.
- Identificar posibles errores o discrepancias y tomar medidas para corregirlos.

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 importante en la gestión de archivos hospitalarios. Algunas de las funciones que puede llevar a cabo en este contexto son la organización de archivos y el registro de la información. El auxiliar administrativo se encarga de clasificar y organizar adecuadamente los docu-

mentos médicos y administrativos en los archivos del hospital. Esto implica asegurarse de que los registros estén ordenados de manera lógica y sean fácilmente accesibles cuando sea necesario.
También, el auxiliar administrativo es responsable de ingresar nueva información en los archivos, como historias clínicas, informes de diagnóstico, resultados de pruebas y otros documentos médicos. Debe garantizar la precisión y la integridad de los datos registrados (2).

También es tarea del auxiliar administrativo mantener los registros actualizados. Esto puede incluir la eliminación de documentos obsoletos o duplicados, así como la actualización de la información existente cuando sea necesario. Y puede desempeñar un papel en el control de calidad de los registros médicos. Esto implica revisar la precisión y la completitud de los documentos, identificar posibles errores o discrepancias y tomar medidas para corregirlos.

Otra función importante es que el auxiliar administrativo puede recibir y procesar solicitudes de acceso a los archivos hospitalarios. Debe verificar la autorización para la divulgación de información y asegurarse de que se cumplan los procedimientos de privacidad y confidencialidad. En muchos hospitales, se está llevando a cabo la digitalización de los registros médicos. El auxiliar administrativo puede colaborar en este proceso, escaneando documentos en papel, indexando archivos digitales y asegurando que la información se transfiera correctamente al sistema electrónico (3).

Además, el auxiliar administrativo puede interactuar con diversos departamentos dentro del hospital, como el personal médico, los servicios de facturación y el personal de admisiones. Puede proporcionar asistencia administrativa, buscar y recuperar documentos solicitados y colaborar en la coordinación de tareas relacionadas con los archivos hospitalarios.

Estas son solo algunas de las funciones que un auxiliar administrativo puede desempeñar en la gestión de archivos hospitalarios. La naturaleza exacta de las responsabilidades puede variar según el tamaño y la estructura del hospital, así como las políticas y procedimientos específicos establecidos en cada institución.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la gestión de archivos hospitalarios. Sus funciones abarcan desde la organización y

clasificación de documentos hasta el mantenimiento y actualización de registros. También se encarga de controlar la calidad de los archivos, gestionar solicitudes de acceso y brindar apoyo en la digitalización de documentos.

Además, el auxiliar administrativo colabora estrechamente con otros departamentos hospitalarios y asegura el cumplimiento de las políticas de privacidad y confidencialidad de la información. Su labor contribuye a mantener una gestión eficiente de los archivos, facilitando el acceso oportuno a la información médica y administrativa necesaria para la atención de los pacientes.

6 Bibliografía

1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-auxiliar-administrativo-en-el-servicio-de-urgencia/#::text=Las%20funciones%20espec%C3%ADficas%20del%20auxiliar,recursos%20y%20administrar%20primeros%20auxilios.
2. https://revistamedica.com/labores-auxiliar-administrativo-archivos-hospital/
3. https://revistamedica.com/competencias-profesionales-administrativo-archivo-hospitalario/

Capítulo 256

EL PAPEL DEL CELADOR EN LA VIGILANCIA DE LOS CENTROS SANITARIOS Y DEL COMPORTAMIENTO DE PACIENTES Y USUARIOS

JESÚS ALBERTO NIETO FUENTES

MARIA ELENA BELMAR GARCIA

PEDRO JULIÁN ROMERO ARRIBAS

MARÍA DE LAS NIEVES CORTINAS VALLADOLID

1 Introducción

En el ámbito sanitario, las funciones de los celadores se rigen por el Estatuto de personal no sanitario, orden del 5 de julio de 1971. Dicho estatuto establece cada una de las funciones que deben ser desarrolladas por esta categoría profesional, las cuales se basarán en prestar asistencia al resto de categorías profesionales, puesto que los celadores no son profesionales sanitarios, por lo que no pueden realizar funciones relacionadas directamente con la asistencia médica.
La RAE (Real Academia de la lengua Española), establece sobre los celadores en su diccionario la siguiente certeza: los celadores son aquellas personas que se encargan de celar, en otras palabras, los celadores son los encargados de vigilar.

Sin embargo, la pregunta es sencilla ¿Qué vigilan los celadores en el ámbito sanitario si hay disponible un servicio externo de vigilancia? La norma por la cual se establece las funciones de los celadores data del año 1971, por lo que ha pasado mucho tiempo desde que se establecieron las funciones de los celadores en el ámbito sanitario. Es por ello, que en la actualidad estas funciones han quedado en gran parte obsoletas y las funciones de vigilancia son realizadas por este servicio externo de vigilancia y seguridad.

2 Objetivos

- Conocer la normativa por la cual se rigen las funciones ejecutadas por los celadores durante el desarrollo de su jornada laboral.
- Diferenciar las funciones desarrolladas en la actualidad por los celadores y por el servicio privado de seguridad y vigilancia.
- Enumerar las funciones de vigilancia desarrolladas por los celadores con los pacientes del 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

El celador durante la vigilancia de la institución sanitaria:
Desde el año 1971 los celadores han sido los encargados de vigilar la institución sanitaria, tanto en su interior como en sus inmediaciones exteriores. Sin embargo, actualmente esas funciones son llevadas a cabo por el servicio de seguridad y vigilancia privado contratado a una empresa externa al servicio de salud.
El celador durante la vigilancia del comportamiento de pacientes y usuarios:
Actualmente, los celadores se ocuparán de vigilar a los pacientes igualmente que desde el año 1971, sin embargo, cuando un paciente se encuentra alterado o presenta síntomas de violencia, será el personal externo de seguridad y vigilancia

los encargados de reducir a estos pacientes, o los encargados de llamar a los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado si el paciente presenta grandes síntomas de violencia hacia el resto de los pacientes, profesionales o hacia él mismo.
Funciones de vigilancia de los celadores.
• En los servicios de salud mental, tanto en la unidad de salud mental del centro hospitalario donde se encuentran los pacientes más graves, como en las unidades de media estancia donde se encuentran los pacientes psiquiátricos con un comportamiento más controlado, serán los celadores los encargados de vigilar el comportamiento de estos pacientes. Para ello: o Se ocupará de abrir y cerrar las puertas y ventanas de la unidad. o Se ocupará de vigilar a los pacientes en las estancias comunes. o Se ocupará de vigilar a los pacientes durante los turnos de desayuno, comida, merienda y cena. o Avisará al personal sanitario de cualquier comportamiento extraño por parte de los pacientes, tanto consigo mismos como con el resto de los pacientes.
• En las plantas de hospitalización. Se ocupará de vigilar un buen comportamiento de los pacientes, así como de sus acompañantes, llamando la atención a aquellos que altere el orden o silencio en la institución sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "El papel del celador en la vigilancia de los centros sanitarios y del comportamiento de pacientes y usuarios" nos refleja la necesidad de modificar la normativa por la cual se rigen las funciones que deben desarrollar los celadores durante su jornada laboral. Puesto que, en la actualidad, la vigilancia mayoritaria de la institución sanitaria es realizada por una empresa privada de seguridad y vigilancia.
A pesar de ello, los celadores se siguen encargando de gran parte de la vigilancia llevada a cabo en los centros sanitarios, aunque se encuentra relacionado más con la seguridad y vigilancia de los pacientes que de la propia institución.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.
3. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.

4. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021.
5. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
6. Temario de celadores del servicio de salud de Castilla-La Mancha. España. Centro de estudios Adams. 2007.

Capítulo 257

EL CELADOR Y LAS POSICIONES CORPORALES BÁSICAS. CONOCIMIENTO Y PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN DEL PACIENTE

MARÍA DE LAS NIEVES CORTINAS VALLADOLID

MARIA ELENA BELMAR GARCIA

PEDRO JULIÁN ROMERO ARRIBAS

1 Introducción

Se entiende como posición corporal básica toda la postura adoptada por el paciente en la cama, ya sea para mayor comodidad o por ser una postura recomendada por el equipo médico y el equipo de enfermería.
En el ámbito sanitario se entiende como posición anatómica básica aquellas posturas en las cuales son colocados los pacientes para la realización de exploraciones o intervenciones. Los pacientes pueden ser colocados en estas posiciones tanto en la cama hospitalaria, camilla de urgencias o mesa de exploraciones e intervenciones.
La categoría profesional encargada de colocar al paciente en estas posiciones es el personal subalterno (celadores). A pesar de ser profesionales no sanitarios, son los principales responsables de colocar a los pacientes, por lo que deberán conocer una serie de conceptos que les ayudará a ejecutar dicha tarea de manera correcta, manteniendo en todo momento la intimidad y seguridad del paciente.

Dichos conceptos están relacionados con las direcciones de los movimientos y son los siguientes:
• Flexión. Acción que implica la movilización de una extremidad sobre una articulación.
• Extensión. Acción que implica la extensión de una extremidad sobre una articulación.
• Rotación. Acción que implica la movilización de girar.
• Pronación. Acción que implica la movilización para colocar una extremidad poca abajo.
• Supinación. Acción que implica la movilización para colocar una extremidad boca arriba.

2 Objetivos

- Conocer el concepto de postura corporal utilizado en el ámbito sanitario.
- Enumerar y definir una serie de conceptos necesarios para una mejor colocación del paciente.
- Enumerar las posiciones anatómicas más utilizadas en el ámbito sanitario.
- Enumerar las funciones realizadas con los pacientes pediátricos por parte del personal subalterno.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se ha mencionado anteriormente, los celadores serán los profesionales encargados de la colocación de los pacientes para la realización de exploraciones, intervenciones o para proporcionar mayor comodidad al paciente encamado.
Los celadores que desarrollen su actividad profesional en el bloque quirúrgico deberán tener un mayor conocimiento sobre las posturas quirúrgicas utilizadas

para cada intervención quirúrgica, puesto que la intervención a realizar determinará la colocación del paciente en una posición u otra.
Sin embargo, aquellos celadores que desarrollen su actividad profesional en las plantas de hospitalización, servicio de urgencias o unidad de cuidados intensivos deberán conocer un menor numero de posiciones, puesto que los pacientes se colocarán en cuatro posiciones anatómicas básicas y en pequeñas variaciones de estas.
Posiciones anatómicas básicas.
• Posición en decúbito supino.
Esta posición es utilizada por la mayoría de los pacientes encamados, ya pasen largas temporadas encamadas o breves periodos de tiempo. Son utilizadas en las plantas de hospitalización, servicio de urgencias y unidad de cuidados intensivos
• Posición en decúbito prono.
Esta posición es utilizada en aquellos pacientes que presentan graves problemas para respirar, por lo que es una de las posiciones más utilizadas en las unidades de cuidados intensivos.
• Posición en decúbito lateral izquierda o derecha.
Esta posición es utilizada por la mayoría de los pacientes encamados, ya pasen largas temporadas encamadas o breves periodos de tiempo. Son utilizadas en las plantas de hospitalización, servicio de urgencias y unidad de cuidados intensivos.
Cuando se lateraliza al paciente hacia la derecha suele ser para proporcionar mayor comodidad al paciente o para evitar la aparición de úlceras por presión.
Cuando se lateraliza al paciente hacia la izquierda suele ser para la administración de un enema rectal o para evitar las úlceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "El celador y las posiciones corporales básicas. Conocimiento y procedimiento de colocación del paciente" nos refleja la necesidad de los celadores de poseer unos conocimientos mínimos sobre las posturas corporales existentes para posicionar al paciente como le indica el equipo médico o el equipo de enfermería, y el conocimiento específico de los celadores del servicio de quirófano para posicionar a los pacientes dependiendo de la intervención que le va a ser realizada.
No debemos olvidar que esta tarea es realizada por personal no sanitario, por lo que este deberá seguir las pautas indicadas por el personal sanitario, teniendo en cuenta en todo momento el estado clínico del paciente.

6 Bibliografía

1. Diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE).
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.
3. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021.
4. Ley 55/2003 del 16 de Diciembre, Estatuto Marco del personal estatutario.
5. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
6. Temario de celadores del servicio de salud de Castilla-La Mancha. España. Centro de estudios Adams. 2007.

Capítulo 258

EL CELADOR EN LA ASISTENCIA AL PERSONAL SANITARIO Y LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO

RAUL MARTINEZ MOROTE

SERGIO FUENTES MARÍN

EMILIA SANTANA TENDERO

MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA

CAROLINA MORENO FELIPE

1 Introducción

El celador desarrolla unas funciones las cuales están recogidas en el artículo 14.2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, según la Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971, siendo sobre todo de carácter asistencial al personal sanitario, es decir de auxilio o de ayuda. Aunque con el paso del tiempo se harán de forma autónoma por el celador, en otras ocasiones y según la evolución de los protocolos de actuación del sistema sanitario, las harán bajo petición del personal sanitario.
El celador se encontrará en un entorno laboral donde también trabajan médicos, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), enfermeros (DUE), admin-

istrativos, técnicos especialistas, etc., de ahí nace la importancia de un buen trabajo en equipo donde cada uno desarrolle sus cometidos de manera profesional, coordinada y en conjunto con el resto de profesionales, y que junto con las mejoras tecnológicas se pueda ofrecer así una asistencia de calidad al paciente y usuarios.
El celador tendrá buenas habilidades comunicativas que favorezca la relación con pacientes y resto de trabajadores, desempeñando una variedad de funciones que servirán de apoyo en los centros sanitarios u hospitales donde se encuentre como son: el transporte de pacientes, la ayuda en los cambios posturales, así como en el aseo y a la hora de las comidas si fuera necesario, colaboración con el equipo medico y de enfermería, realizar las tareas que le encomiende el jefe de personal subalterno, etc. junto a las técnicas de comunicación e información al público y las técnicas de movilización de enfermos son los principales aspectos en los que se ha de profundizar en la formación continuada del celador.

2 Objetivos

Identificar las funciones que realiza el celador cuando colabora con el equipo médico o de enfermería, destacando la importancia de una buena coordinación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores realizaran una serie de tareas cuando el equipo facultativo o de enfermería así se lo pidan, veamos:
1/ Si hay que posicionar al paciente en una determinada posición, ayudar en la movilización.
2/ Cuando estén destinados en plantas de hospitalización, asistirán a las enfermeras en el cuidado de pacientes encamados o dependientes.

3/ En el bloque quirúrgico: colocar al paciente en las posiciones requeridas, ayudar en el aseo, ayudar en la realización de placas tanto fijas como portátiles, después de la operación llevar al paciente a unidad de cuidados intensivos (UCI) o reanimación (REA), retirar cuñas, comprobar que se encuentran todos los dispositivos necesarios y los aparatos conectados, ponerlo de la mesa de operaciones a la camilla, etc.
4/ Ayudar a mortajar junto con la enfermera al paciente fallecido y trasladarlo al mortuorio.
5/ En el servicio de mortuorio: realizar funciones auxiliares en las autopsias siempre que no requieran ningún tipo de instrumental, esterilizar el instrumental utilizado, posicionar al cadáver conforme diga el tanatólogo, etc.
6/ En la unidad de radiodiagnóstico: llevar al paciente de la sala de urgencias o de la habitación de hospital a la sala de TAC, radiografías, ecografías o Resonancia, ayudar a posicionar al paciente según la prueba que se le va a realizar, ayudar al técnico especialista en lo que precise.
7/ Ayudar a enfermería ante pacientes que no colaboran, tales como discapacitados, enfermos mentales, niños, ancianos, cuando se le tenga que poner inyecciones, o curar heridas.
8/ Cuando el facultativo deba de realizar una prueba dolorosa o incómoda, como lo es una punción lumbar, lavados gástricos, una sutura o una extracción de médula, pedirá la ayuda del celador para sujetarlo, sobre todo si el paciente no colaborase.
9/ Inmovilizar o llevar a cabo las maniobras de sujeción mecánica, según lo pautado por el facultativo, a los enfermos que lo necesiten por su estado de nerviosismo.
10/ Ayudar en la colocación de yesos en pacientes traumatizados, cuando se le requiera.
11/ Colaborar a la hora de reducir a un paciente psiquiátrico agitado, o acompañarlos durante su paseo diario.
La estrecha colaboración entre el celador y el personal facultativo y de enfermería es esencial para garantizar la eficiencia y la calidad en la asistencia sanitaria al paciente, es por ello que el trabajo en equipo es primordial para conseguir un trabajo en cadena en el que cada eslabón cumple su función de manera profesional, aportando beneficios al grupo de trabajo y al servicio ofrecido. El celador siempre aliviará la carga de trabajo a los compañeros, lo cual le permitirá centrarse más en sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos comprobado, el papel del celador es importante en el desarrollo de la asistencia sanitaria al paciente, ya que aunque sea considerado como aquel que auxilia o colabora, su presencia servirá de gran apoyo al equipo médico y de enfermería, ya que se encargará de funciones básicas, no clínicas, pero necesarias como son: el trasporte de pacientes de unas unidades a otras, realización de movilizaciones a las personas que no pueden por sí mismas, preparación de equipos médicos o dispositivos, así como de las salas, velar por el orden y la armonía de las instalaciones, evitando que haya ruidos que puedan molestara los pacientes, apoyar a los especialistas en lo que necesiten cuando están haciendo procedimientos o pruebas. En definitiva, su colaboración estrecha con el resto de compañeros ayuda a ofrecer una atención segura y de calidad al paciente.

6 Bibliografía

1. Formación Logoss. Manual del celador.
2. https://revistamedica.com/funciones-asistencia-celadores/.
3. TEMA-2.pdf (formacurae.es).

Capítulo 259

EL CELADOR DESTINADO EN LA PUERTA DE URGENCIAS Y EL CONTROL DE ACCESOS

RAUL MARTINEZ MOROTE

SERGIO FUENTES MARÍN

EMILIA SANTANA TENDERO

MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA

CAROLINA MORENO FELIPE

1 Introducción

Sabemos que el Servicio de Urgencias del hospital ofrece una asistencia rápida e inmediata a aquellas personas que lo necesitan de manera urgente o emergente. Existe una diferencia clara entre una y otra, aunque ambas precisan de atención inmediata: la emergencia conlleva un riesgo que puede comprometer la vida de la persona, y la urgencia precisa de una atención en 24 – 48 horas pero sin dicho compromiso vital.
En este servicio existe una figura laboral y asistencial importante que llamamos el celador de puerta, el cual llevará a cabo unas funciones más específicas que si se encontrara destinado en la planta de hospitalización, en psiquiatría, en quirófano, etc. Este puesto le da mucha visibilidad y contacto de primera mano con el paciente, y por tanto mucha responsabilidad ya que será la cara visible del

servicio sanitario, más accesible y cercano ante cualquier duda o necesidad que precise el ciudadano que acude a este servicio.
El usuario puede acceder por su propio pie, venir a través de una ambulancia, o puede necesitar una silla de ruedas. El celador deberá de conocer los protocolos que dirigen el acceso a urgencias, que pueden ser trabajadores, pacientes, acompañantes, proveedores de suministros, etc. Además trasladará a los pacientes a los boxes, a triaje, o a la realización de pruebas diagnósticas, e informarán a sus superiores sobre la falta de cualquier dispositivo, sillas de ruedas, camillas, material, etc.

2 Objetivos

Identificar las funciones que realiza el celador destinado en la puerta de urgencias controlando el acceso, destacando sus aptitudes y capacidades.

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo del celador es muy gratificante ya que se ayuda en la medida de lo posible, de sus capacidades y formación a que la persona que acude con una dolencia y una preocupación, se encuentre bien atendido y vaya mejorando de su patología, pero a veces puede tornarse algo difícil en el caso de ciudadanos que llegan con una actitud violenta o amenazante, indignados porque no se le atienden todo lo rápido que ellos quisieran, o que no aceptan los protocolos y normas de funcionamiento del hospital, ante lo cual, el celador deberá de avisar al servicio de seguridad.
Entre las funciones del celador en el control del acceso en la puerta de urgencias, destacan:

- Ayudarán a las personas con dificultades de movilidad, discapacitadas o con grado de dependencia, ofreciéndoles sillas de ruedas a la entrada del centro, ayudando a los compañeros de la ambulancia cuando sea necesario.
- Si una persona no entendiera o acatara las normas del hospital y los protocolos establecidos, se le informará de que puede realizar una reclamación.
- Controlar que no abandonen el centro hospitalario los pacientes ingresados sin su informe de alta voluntaria si se diera el caso.
- Prohibir la entrada de personas que presenten actitudes violentas, suciedad o de embriaguez.
- Controlar que no se introduzca comida o bebida para el paciente que se encuentra ingresado, así como de objetos contundentes u peligrosos para la seguridad de todos.
- Procurar que en todas las salas y boxes prime el orden y el silencio, llamando la atención de aquellos que estén haciendo ruido o molestando a los demás.
- Llevar a cabo las órdenes que le encomiendo sus superiores jerárquicos, así como ayudar en lo que se les requiera por parte del equipo facultativo, de enfermería, los técnicos de radiodiagnóstico, etc.
- Nunca ofrecer opiniones sobre diagnósticos de la enfermedad de un paciente a él mismo o a familiares, así como pronósticos de la enfermedad, ya que no somos médicos y esa es una función que ellos deben de seguir.
- Solo informarán que según lo pautado se le acompañará a que le hagan alguna prueba, le facilitarán la ubicación de las distintas dependencias, guiándolos si fuera necesario, si tienen alguna duda sobre los procedimientos se les dirá que pregunten en información al usuario o en el mostrador de la puerta de urgencias, etc.
- Tener una actitud colaboradora, empática, humilde, con fluidez para comunicarse siendo conciso en sus palabras pero haciéndose escuchar y atender, con un tono de voz apropiado y nunca mostrando superioridad ni agresividad.
- Avisar de los desperfectos en las instalaciones, falta de limpieza o de elementos o dispositivos necesarios para realizar una adecuada asistencia sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

El celador destinado en la puerta de urgencias, es la primera persona con la que se contacta tanto si es paciente como familiar o acompañante, por lo que debe de ser una persona con empatía, donde de gentes, con facilidad de palabra a la hora de explicar donde se le acompañará al paciente para la realización de pruebas,

donde acudir si tienen alguna duda sobre los procedimientos, o para guiarlos por las distintas dependencias del servicio de urgencias.
Además deberá de tener un carácter colaborador y de ayuda, tanto para los pacientes como para el resto de compañeros, ante cualquier necesidad que puedan presentar, además de intentar que el entorno sea tranquilo, sin ruidos ni escándalos que repercutan en una asistencia sanitaria de calidad para los pacientes, trabajadores y usuarios. Deberá estar siempre atento a toda persona que entre por la puerta y actuar según los protocolos en caso de emergencia.

6 Bibliografía

1. Búsqueda en Google con palabras clave: celador, celador de puerta de urgencias, celador y el control de accesos.
2. Formación Logoss. Manual del celador.
3. https://fiostar.com/celador/
funciones-celador-puerta-en-información Tipos de celadores y sus funciones.
4. https://revistamedica.com/comunicacion-lenguaje-celador-puerta-urgencias-informacion/.

Capítulo 260

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO INTERNADO EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

RAUL MARTINEZ MOROTE

SERGIO FUENTES MARÍN

EMILIA SANTANA TENDERO

MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA

CAROLINA MORENO FELIPE

1 Introducción

La Unidad de Media Estancia (UME) es aquella a donde acuden los pacientes con trastorno mental grave, de origen diverso con el fin de estabilizarlo ante una recaída o brote, o para recuperarlo de forma más rápida ante un desajuste que si se fuera a su casa con su entorno habitual. Lo normal es que puedan estar entre 6 a 12 meses, aunque puede alargarse más tiempo cuando el equipo facultativo que lleve su tratamiento decida que para su mejor evolución tenga que pueda estar otro periodo de tiempo. El celador será una parte importante como trabajador dentro de un equipo profesional y multidisciplinar para dar una buena asistencia de calidad al paciente y a sus acompañantes.
Pueden estar personas mayores de 17 años, siempre con el objetivo de:

1/ Asegurar la calidad de vida del paciente y de los familiares, así como su bienestar.
2/ Ante pacientes que acuden desde un ingreso en la planta de psiquiatría, mejorar su recuperación, para estabilizar su sintomatología.
3/ Adecuar gradualmente su reinserción en el entorno laboral, familiar y social.
Tras el periodo de tiempo establecido para su internamiento, pueden ocurrir tres situaciones:
1/ Continuar más tiempo según el criterio médico.
2/ Volver a su hogar, con su entorno familiar y social, porque puede enfrentarse a ello.
3/ Que se le asigne otro centro más específico pero de larga estancia, cuando las dos opciones anteriores no son viables dada la evolución del paciente.

2 Objetivos

Identificar la actuación del celador ante el paciente psiquiátrico ingresado en la Unidad de Media Estancia, UME, así como sus principales características.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del celador. 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.

4 Resultados

Actualmente se observa un incremento en las necesidades de atención psiquiátricas, debido a cuadros de depresión, ansiedad, problemas en conductas alimentarias, adicciones, consumo excesivo de alcohol, estrés, etc. Esto hace suponer que debe existir una mayor preocupación para dar solución a este problema de la sociedad, debiéndose de aportar mayor recursos económicos y de recursos humanos para dar un mejor servicio a la población.
Estas unidades cuentan con un equipo profesional formados por: psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros, técnico en cuidados auxiliares

de enfermería (TCAE), administrativos, celadores, personal de seguridad y de limpieza. Las funciones del celador en éstas unidades serán las siguientes:
1/ Vigilar que todas las vías de acceso a la estancia estén controladas, para que no entre ni salga nadie sin autorización. Los pacientes ingresados podrán pasear por las instalaciones que se encuentran acotadas.
2/ Asegurar la tranquilidad y armonía de las salas, lo cual favorece al bienestar del paciente y a su recuperación, vigilando que no se producen altercados entre los pacientes, ante lo cual, deberá de llamar al personal de seguridad.
3/ Ayudar a movilizar a los pacientes a la hora del aseo y cambio de cama si el paciente tuviera algún grado de dependencia o discapacidad, o estuviera somnoliento por la medicación.
4/ Vigilar el comedor a la hora de la comida, sobre todo de que los pacientes no intentan lesionarse con la cubertería o vajilla aunque ésta sea de plástico.
5/ Ayudar al personal de enfermería y facultativo en todas las labores en las que se le requiera.
6/ Si se diera el caso de que un paciente se encuentra nervioso, agitado o violento, ayudaría en la colocación de las contenciones mecánicas, para bajar su nivel de ansiedad, si no funcionara el diálogo.
7/ Trasladar maquinaria o dispositivos donde sean necesarios.
8/ Recoger la medicación del almacén de farmacia.
9/ Si el paciente no pudiera andar, se le ofrecería la posibilidad de hacer un paseo en silla de ruedas. Si el paciente puede andar por sí mismo se le puede ayudar por si se tropezara.
10/ Se abstendrán de hacer comentarios sobre diagnósticos con el propio paciente o familiares, así como pronósticos de la enfermedad.
11/ Tramitar con celeridad cualquier comunicación verbal que sea necesario que sepa cualquier compañero de trabajo para la buena coordinación de la asistencia sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día existe un incremento de las enfermedades mentales en nuestro país, de ahí la importancia de que las administraciones autonómicas y el gobierno central, destine mas recursos económicos y personales al cuidado de la salud mental de la población. Con esta finalidad de ha creado la UME, Unidad de Media Estancia, en la que los pacientes pueden permanecer el tiempo especificado según la pauta del facultativo para acelerar el proceso de curación del enfermo y que pueda salir al entorno laboral y familiar de la forma más adecuada y segura.

El celador se encargará de que las estancias sean lo más tranquilas y confortables posibles, evitando las peleas entre los residentes, ayudando al TCAE o enfermería a la hora de la comida, de la medicación, de los cambios posturales o del aseo. También transportarán dispositivos, carros de medicación, etc.

6 Bibliografía

1. Régimen / Estancia - Mentalia Salud.
2. https://revistamedica.com/.
3. www.celadoresonline.blogspot.com.

Capítulo 261

EL VALOR DE LA INFORMÁTICA PARA UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD

Mª INMACULADA LÓPEZ GALLEGO

ELENA MALDONADO GALERA

BÁRBARA MUÑOZ PALOMO

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

SANDRA RODRIGO MARTINEZ

1 Introducción

La definición de informática de la Real Academia Española es el "Conjunto de conocimientos científicos y técnicas que hacen posible el tratamiento automático de la información por medio de ordenadores".

Es una rama de la ciencia que estudia métodos, técnicas, procesos, con el fin de almacenar, procesar y transmitir información y datos en formato digital.

La informática está formada por el hardware que son sus diferentes partes físicas y el software que son sus diferentes programas y aplicaciones, todo esto manejado por un componente humano.

En la atención sanitaria el auxiliar administrativo será parte de este componente humano, teniendo que tener un conocimiento básico de los componentes físicos

del ordenador (hardware) y un conocimiento más avanzado de los diferentes software utilizados por este, además de un buen manejo de ofimática y mecanografía. Todo esto agilizará la labor del personal administrativo en su puesto de trabajo, teniendo que actualizarse y reciclarse constantemente para el manejo de los mismos.

Dos de los programas más usados en el ámbito de la salud pública son el Turriano que es un sistema de información que habitualmente se usa para el ámbito de la Atención Primaria del SESCAM y el Mambrino XXI para el ámbito de la Atención Especializada.

2 Objetivos

- Mostrar cómo ha ido evolucionando el auxiliar administrativo con la implantación de sistemas informáticos en el ámbito sanitario y sobre todo en el área administrativa, así como su buen uso y su buena formación por parte del personal administrativo, incidiendo en que dichos sistemas tienen entre otras la finalidad de mejorar, controlar y agilizar las gestiones clínicas y sanitarias entre paciente y facultativos.
- Investigar la importancia de la influencia de la informática en los centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las aplicaciones informáticas en la salud y su uso en el ámbito sanitario han permitido obtener algunas ventajas, ya que la informática nos permite la recogida de datos, el almacenar la información, compartirla, analizar y comparar datos, clasificarlos y tener toda la información de los pacientes informatizada, y así poder evaluar todo esa información de una forma más práctica y tenerla mejor almacenada tanto para el paciente como para el personal médico.

A continuación citamos algunas tareas que se realizan con las diferentes aplicaciones, como son:
- La gestión de las citas de los pacientes con su médico, enfermera, cita de pruebas hospitalarias, etc.
- Petición de pruebas, analíticas y su correspondiente cita de resultados, así como también poder visualizarlos.
- Gestión de vacunas, de medicación y tratamientos.
- El acceso a la historia clínica.

Al implementar el uso de las tecnologías de la información de la salud, se mejoró la calidad y la atención medica, ya que con ello había una rapidez en el diagnóstico, a la hora de acceder de forma inmediata a los historiales médicos, y también a la hora de consultar resultados de pruebas o de diferentes tratamientos.

Es importante hacer referencia también que el personal administrativo que maneja las diferentes aplicaciones, tiene que tener unos permisos previos para acceder a la información de los pacientes y que dicho personal no tiene acceso a toda la información médica.

La Agencia Española de Protección de Datos dispone de un Decálogo de Protección de datos para el personal Sanitario y Administrativo donde resume el tratamiento de los datos del paciente.

La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, o Ley de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, habla de la normativa de la protección, donde todos los pacientes tienen el derecho de confidencialidad de sus datos frente a su salud y ninguna persona sin su autorización puede tener accedo a los mismos.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de un buen sistema informático en un centro sanitario es primordial para llevar un control adecuado de toda la información en lo referente a los pacientes, su historial clínico, pruebas, medicación, tratamientos, recomendaciones y demás documentación en los centros y hospitales, además de diferentes tipos de análisis y de un sistema gerencial y de apoyo a la gestión del sistema sanitario, así como es muy importante también, la correcta y adecuada utilización de los diferentes programas informáticos usados por el auxiliar administrativo, porque su buen uso agiliza el trabajo diario de todo el personal sanitario, por lo que es recomendable que dicho personal administrativo siga formándose, reciclándose y adquiriendo nuevos conocimientos informáticos durante su vida laboral en los diferentes centros sanitarios.

6 Bibliografía

1. https://www.rae.es/drae2001/informática.
2. https://clinic-cloud.com/blog/.
3. Google (https://www.google.es).
4. https://www.elhospital.com/es/blog/.
5. https://www.elsevier.es/es-revista-seminarios.
6. https://www.aepd.es/es/documento/infografia-decalogo-personal-sanitario.pdf.
7. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673.

Capítulo 262

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CONFLICTOS CON LOS PACIENTES EN LOS COMPLEJOS SANITARIOS

MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA

JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ

ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY

MERCEDES VILLALÓN BARBA

DANIEL DE LUCA NEGRETE

1 Introducción

Lo primero que tenemos que tener en cuenta es que el primer contacto de un paciente cuando llega a un centro de atención primaria siempre es con el personal administrativo bien de una forma presencial o bien vía telefónica, por lo tanto es importante saber cómo actuar según el estado del paciente.
Hemos de decir que como caso general los pacientes que acuden al centro vienen con dolencias o malestar y esto en muchos casos pueden provocar estados de estrés y de malestar que hacen que el comportamiento del paciente en muchas ocasiones se vuelva irritable e incluso agresivo.
En la actualidad además de esta situación tenemos como añadidos los de la falta de personal tanto sanitario como no sanitario que hace que estas situaciones

se multipliquen debido a las largas listas de espera y a no recibir la atención requerida; y también el estrés post pandemia provocado tanto en pacientes como en el personal sanitario que provoca situaciones de miedo y de estrés también.
Ante esta situación tenemos que saber cómo ha de comportarse el personal administrativo cuando un paciente llega al centro o llama por teléfono con un comportamiento conflictivo y aprender a diferenciar entre un paciente enfadado, un paciente manipulador, un paciente agresivo o un paciente con una necesidad de atención urgente.

2 Objetivos

Los objetivos principales de este capítulo serían:
- Por un lado saber diferenciar el estado en que se encuentra el paciente, si es un paciente enfadado, agresivo o realmente estamos ante una necesidad de atención urgente.
- Por otro lado saber cómo comportarse cuando tengamos que tratar con un paciente conflictivo.

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

Siguiendo el orden de los objetivos marcados en el capítulo empezaremos intentando diferenciar los distintos estados de un paciente que lo pueden hacer comportarse de manera conflictiva.
En diversos estudios diferencian entre pacientes:
- Enfadados
- Agresivos
- Manipuladores
- Con necesidad de atención urgente.

Estaría bien en primer lugar definir cada uno de estos casos:

- Pacientes enfadados. En la mayoría de los casos este es el paciente con él que nos vamos a encontrar. Los pacientes pueden llegar a esta situación por las largas listas de espera, porque intenta llamar por teléfono y no se le coge o porque no recibe el trato personalizado que requiere; pero también cabe señalar que hay pacientes que llegan al centro a la defensiva en ocasiones por las dolencias que padecen o por miedo.
- Pacientes agresivos. Como lo definen otros este paciente van un paso más allá del enfado. Que quieren decir con esto, pues que ante el enfado el paciente se muestra agresivo, si es de forma telefónica gritando o insultando y si es de forma presencial a los gritos e insultos se le puede añadir comportamientos de lanzar objetos, dar puñetazos sobre el mostrador o llegar a agredir al personal administrativo.
- Pacientes manipuladores. Todos utilizamos la manipulación en alguna ocasión para conseguir algo hasta los niños lo hacen, este tipo de paciente utiliza todos los medios a su alcance para conseguir resultados, desde llorar, dar pena, amenazar, insistir hasta la extenuación, todo para conseguir una cita, para que les llame el médico, para que se les trate de manera urgente.
- Y por último hay que distinguir un paciente conflictivo a un paciente en situación de estrés por tratarse de un paciente con una necesidad de atención urgente.

Una vez identificados los tipos de pacientes conflictivos deberíamos tener claro cómo comportarnos ante ellos para reducir el nivel de conflicto y evitar situaciones difíciles de controlar.

Después de leer protocolos, tips y manuales de comportamiento como autora yo destacaría que lo más importante es:

- Escuchar al paciente, muchas veces el paciente solo quiere ser escuchado, es cierto que el personal administrativo no le podemos dar una solución sanitaria, pero si podemos escucharle e intentar que el paciente sea consciente de que se le está tratando de la mejor manera posible. Aquí entrarían varios de los tips que he encontrado como son: o Escucha activa o Empatía o Tratar de comunicarse de forma sincera.
- Bajar la voz cuando él la suba, en la mayoría de las veces funciona si el paciente sube la voz y tú la subes a su vez, no hay fin ni posibilidad de diálogo, si bajas la voz el paciente tiende a bajarla también para escucharte.
- Mantener la calma y el control para ellos también hay diversos tips: o Si se trata de un paciente presencial mantener el contacto visual. o Intentar mantener le está tratando de la mejor manera posible. Aquí entrarían varios de los tips que he encontrado como son: o Escucha activa o Empatía o Tratar de comunicarse

de forma sincera.
- Bajar la voz cuando él la suba, en la mayoría de las veces funciona si el paciente sube la voz y tú la subes a su vez, no hay fin ni posibilidad de diálogo, si bajas la voz el paciente tiende a bajarla también para escucharte.
- Mantener la calma y el control para ellos también hay diversos tips: o Si se trata de un paciente presencial mantener el contacto visual. o Intentar mantener una expresión facial y corporal tranquila y serena. o No acercarse demasiado al paciente. o Mantener un tono de voz tranquilo y no dubitativo, sobre todo si se trata de un paciente con él que estás contactando telefónicamente.
- Y por último como he leído a otros autores "saber retirarse a tiempo, es decir, si no puedes con la situación, si ves que vas a elevar el tono y vas a entrar en conflicto con el paciente, es el momento de pedir ayuda y retirarse".

5 Discusión-Conclusión

Después de lo detallado hasta ahora he de decir que no siempre es fácil llevar la teoría a la práctica porque en muchas ocasiones el personal administrativo en los centros de atención primaria está sometido también a un gran estrés y en ocasiones es difícil mantener la calma.
Pero en mis años de experiencia he de decir que aunque si hay pacientes con un nivel muy alto de conflictividad por naturaleza y que aunque sigas todas las recomendaciones para tratar con ellos normalmente es muy difícil evitar el conflicto; en la mayoría de los casos una escucha activa, el ser sincero con el paciente y ser empático con el paciente suele evitar el conflicto.
Añadiría como autora que tanto desde el punto del personal administrativo como del paciente, muchas veces las situaciones son difíciles y estresantes pero lo más importante para evitar los conflictos es la comunicación. Ser empáticos y escuchar al que tengáis enfrente o al otro lado del teléfono.

6 Bibliografía

1. www.deustosalud.com/.
2. www.astursalud.es.

Capítulo 263

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES A LA HORA DE DAR CITAS A LOS PACIENTES EN LOS CENTROS DE SALUD

MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA

JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ

ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY

MERCEDES VILLALÓN BARBA

DANIEL DE LUCA NEGRETE

1 Introducción

El auxiliar administrativo de la unidad de citación tiene una labor crucial porque debe estar constantemente pendiente del tipo de cita que se debe realizar para atender las demandas tanto de atención primaria como de atención especializada. El hospital es el establecimiento encargado tanto de la hospitalización clínica como de la asistencia especializada y complementaria que su ámbito de influencia necesita, tal y como establece la Ley 14/986, de 25 de abril, General de Sanidad en su artículo 65.2.

Así mismo, se mencionará el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Su artículo 2.1 establece: "El Centro de Salud es la estructura física y funcional que habilita la creación de una exención de salud primaria

que sea coordinada a nivel mundial, integral, continua y basada en la colaboración entre los profesionales en los campos de la salud y no relacionados con la salud.
Por el contrario, y de conformidad con el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales Gestionados por el Instituto Nacional de Salud en su artículo 5.1.
De acuerdo con los programas de cada Área de Salud, las funciones principales de los hospitales serán brindar asistencia especializada, promover la salud, prevenir enfermedades e investigar e instruir.

2 Objetivos

Describir el trabajo del auxiliar administrativo en el departamento de citaciones del hospital, así como enumerar las funciones principales que tiene.

3 Metodología

Para completar este capítulo se realizó una búsqueda de artículos relevantes, así como una revisión bibliográfica en las principales bases de datos Medline, Scielo, Pubmed y Google con palabras como ”las citas en un centro hospitalario por el auxiliar administrativo”.

4 Resultados

El auxiliar administrativo de citas debe programar y reprogramar de manera efectiva cada cita para evitar las largas listas de espera que molestan a los pacientes, manejando, controlando y conociendo las agendas de las distintas especialidades que existen en el hospital. Por todos estos factores, se requiere una estrecha comunicación entre esta unidad y los responsables de cada especialidad existente.
El auxiliar administrativo de la unidad de citas en un ámbito hospitalario debe conocer el protocolo y las normas internas para reconocer cuando una cita es realizada por atención primaria o por atención especializada, por el propio hospital o por el servicio de urgencias, ya que dependiendo de uno o el otro debe hacerse de manera diferente. El propio centro de salud procesa las citas realizadas por los proveedores de atención primaria para una primera consulta hospitalaria

mediante los programas informáticos adecuados, y las supervisa el auxiliar administrativo de la unidad de citas del hospital de referencia correspondiente. El hospital maneja el procesamiento de las citas directamente cuando forman parte del seguimiento continuo del paciente. De manera similar a como el servicio de emergencia maneja las citas, esta unidad de citas maneja todas las citas del ser vicio de emergencia.
Actualmente los hospitales utilizan las nuevas tecnologías implantando un sistema informático de pantallas y códigos en el que no se muestran datos personales cuando el paciente es llamado para ser atendido en la consulta. Esto se hace en reconocimiento de la cantidad significativa de datos personales con los que deben tratar los hospitales. Como resultado, el asistente administrativo de esta división debe poseer. comprensión de la normativa vigente en materia de protección de datos. Dado que el usuario programa su propia cita con el especialista, algunos hospitales han implementado un sistema de citas en línea como respuesta al ataque viral que experimentaron en los últimos años, esto evita colapsos innecesarios.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de citaciones es una herramienta fundamental para la atención continua del paciente a nivel médico.
El auxiliar administrativo de esta unidad juega un papel fundamental en la gestión, organización y programación de citas de atención especializada e interconsulta médica. Para ello, deben ser expertos en sistemas informáticos, conocer los protocolos y conocer la normativa sanitaria más reciente de cada centro.
Estos protocolos deben ser claros, concisos y organizados y es necesaria una intercomunicación entre la unidad de citas y los responsables de cada especialidad asistencial hospitalaria para la elaboración de agendas de citas, que nos permitan preparar una consulta médica incuestionable.

6 Bibliografía

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

Capítulo 264

LA ORGANIZACIÓN DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LA RECEPCIÓN DE ALMACENES HOSPITALARIOS

MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA

JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ

ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY

MERCEDES VILLALÓN BARBA

DANIEL DE LUCA NEGRETE

1 Introducción

Los materiales se almacenan en el almacén limpio de un hospital de todo tipo que se requieren para cubrir íntegramente, el que hace cada servicio es el auxiliar administrativo encargados de prestar los distintos servicios hospitalarios e instalaciones de tratamiento. Cuando la mercancía llega al almacén, la principal responsabilidad del auxiliar administrativo es recibirla y verificar que el material sea idéntico al que figura en el albarán del proveedor que la envió.
Este almacén debe contener todos los medios materiales necesarios en buen estado, está formado por el Departamento de Almacén General y Compras. Los hospitales son el área de abastecimiento, por Real Decreto 521/1987, de 5 de abril.

Es, por ley, parte de la División de Administración y Servicios Generales. El general pertenece al Servicio de Compras y Aprovisionamientos, dependiente de la Dirección de Gestión y Servicios Generales. Alimentos, medicamentos, herramientas y otros suministros son ejemplos de estos materiales. Los atributos de las mercancías y El departamento de suministros juega un papel fundamental en el funcionamiento eficiente del sistema de gestión de la salud. Su eficaz gestión garantizará que todos los materiales necesarios para el funcionamiento eficiente del hospital o unidad de atención primaria correspondiente estén siempre disponibles. Los recursos que requieren en el momento y lugar adecuados, lo que impactará en la percepción que los usuarios tengan de dichas unidades.

2 Objetivos

Los objetivos en este capítulo son explicar y exponer las funciones del auxiliar administrativo en el área del almacén hospitalario comprobando si la mercancía que se recibe es la que índica el albarán del proveedor se corresponde con lo distinguiendo.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Seleccionamos artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares sobre el tema y realizamos una búsqueda sistemática de libros y la base de datos scielo.

4 Resultados

Cuando la mercancía llega al almacén, la principal responsabilidad del auxiliar administrativo es recibirla y verificar que el material sea idéntico al que figura en el albarán del proveedor que la envió. Esto incluye la verificación del embalaje, número de referencia y cantidad de unidades en el albarán de entrega. También se examinará la fecha de caducidad (que debe estar en perfecto estado). Una vez cumplida esta tarea, se procederá a la tramitación de la parte diaria del Registro de Ingreso, en la que se consignará el nombre del proveedor, el material en cuestión, la cantidad recibida, la fecha de caducidad y si necesita frío (entre 0 y 150C aproximadamente). Se colocará en el frigorífico; si la temperatura adecuada es (-0º C), se mantendrá en el congelador; se notificarán los suministros para proceder a su

recepción; si todo está en orden, se da el visto bueno; por otro lado, si se aprecian anomalías, se anotan en el apartado de Observaciones. Si todo está en orden, el departamento de Suministros da luz verde al pedido y registra el código del producto y su destino, que puede ser un almacén si el producto se puede almacenar allí o cualquier servicio cercano si no se puede. Se anota en el apartado de observaciones y se le llamará si hay alguna incidencia o si no está satisfecho para que lo devuelva el producto al proveedor, quien se encargará del problema.
El producto recibe un código una vez que ha sido aprobado y luego se etiqueta. La fecha de caducidad debe tenerse en cuenta al disponer el producto en el almacén, con el artículo con la fecha de caducidad más cercana colocado más cerca del frente. Si los bienes recibidos no pueden almacenarse, se entregarán al servicio que los solicitó, anotando en el libro de distribución la información correspondiente (es decir, tipo de bienes, cantidad de bultos entregados, fecha, etc.)
No obstante, si el producto puede almacenarse, se distribuye de acuerdo con las partes de entrega de suministros que se recibieron, las cuales deben incluir el servicio que solicita, la descripción, código, cantidad y ubicación del material solicitado. Una vez que se compra o pide un producto, comienza el proceso de inventario. Por lo general, un almacén estará a cargo de un software, que se encarga de administrar lo que se conoce como inventario permanente. La cantidad de cada producto y su ubicación precisa en el almacén están siempre bajo control gracias a este inventario. Los pedidos se pueden realizar antes de las necesidades gracias a la gestión electrónica del almacén. que permite ahorrar espacio y realiza estadísticas de cada producto. Gracias a toda esta información, podremos controlar las unidades de lo mejor que podamos en todo momento. También nos permite saber siempre cuando el mismo está a punto de caducar cada artículo que tenemos en nuestro almacén. Se entiende por inventario una lista completa y valorada de las existencias presentes en un almacén en un momento determinado.
Hay dos métodos para stock reflexión:
-Inventario físico que proporciona la cantidad de existencias.
-Un inventario perpetuo que realiza un seguimiento de las existencias a medida que entran y salen del almacén. Estas son las técnicas que se utilizan con más frecuencia para valorar un inventario.
- La salida de la unidad se asigna mediante el método FIFO (primero en entrar, primero en salir). Guarda el valor de la unidad inicial que se compró, o el stock que sale.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la supervisión del auxiliar administrativo en el almacén del hospital, que expusimos anteriormente en la sección de resultados del capítulo, nos permite ver que es una tarea crucial para el manejo de los bienes que se entregan a esta y otras áreas del hospital (Urgencias, farmacias, etc.). Para gestionar que tipo de mercancías se entregan en el almacén del hospital y cómo se distribuyen en las distintas áreas del hospital para que nunca falten. Por tal motivo, nuestro trabajo es fundamental, ya que sin un adecuado control de stock y control de mercadería, el sistema hospitalario podría experimentar desabasto de insumos, lo que provocaría desabasto de insumos y por ende escasez de medicamentos, instrumental, etc., lo que se traduciría en caos en términos de brindar atención al paciente y administrar medicamentos. Sin embargo, gracias al control que ejercemos los auxiliares administrativos, todo esto se evita logrando un control de inventarios y unos niveles de stock óptimos para alcanzar la excelencia en la logística.

6 Bibliografía

1. www.hospitecnia.com.
2. www.foroverfarma.com.

Capítulo 265

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CELADOR DE LAS DIFERENTES POSICIONES ANATÓMICAS QUIRÚRGICAS

YOLANDA LEON DE LA TORRE

ANTONIO CANO PEÑA

ROSARIO PEREZ LOPEZ

VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA

MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO

1 Introducción

El bloque quirúrgico es uno de los servicios dentro de una Institución Sanitaria, en el cual el celador tiene unas funciones específicas, estas varían respecto a las que desempeña en el resto del centro hospitalario.
Los quirófanos son áreas correctamente acondicionadas para practicar intervenciones quirúrgicas. El fin común de todo el equipo multidisciplinar que desempeña su trabajo dentro del área quirúrgica en la eficacia integral e individualizada en la atención al paciente para aliviar su enfermedad teniendo como finalidad lograr resultados postoperatorios positivos y favorables para el paciente, con la meta final de restaurar la salud del mismo. Siempre hay que prestar y aplicar el

adecuado tratamiento quirúrgico pautado para la patología diagnosticada con la mayor profesionalidad, eficiencia y respeto y así poder satisfacer las expectativas del paciente y contribuir a mejorar su salud.
El quirófano debe de ser un espacio cerrado independiente del resto de las zonas del centro hospitalario pero a la vez debe ser cercano a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y al área de Reanimación. El quirófano está formado por un equipo multidisciplinar compuesto por: anestesistas, facultativos, cirujanos, neumólogos, internistas, traumatólogos, diplomados en enfermería, técnicos auxiliares en cuidados de enfermería, celadores, personal de limpieza…
Debido a lo específico de esta unidad el celador tiene conocer las diferentes posiciones anatómicas quirúrgicas para poder llevar a cabo correctamente su trabajo, ya que será el encargado de ayudar a colocar al paciente en la mesa quirúrgica en la posición que le indiquen para la intervención.

2 Objetivos

- Enumerar y exponer las principales posiciones anatómicas más usadas en los bloques cirugía teniendo en cuenta la finalidad de la operación quirúrgica.

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 utilizando palabras clave como posiciones anatómicas quirúrgicas y quirófano.

4 Resultados

El celador que trabaje en quirófano debe de conocer las diferentes posiciones quirúrgicas más usadas para la realización de diferentes intervenciones quirúrgicas, ya que será el encargado de preparar la mesa quirúrgica con los accesorios necesarios y poner al paciente en ella según le sea indicado por el personal sanitario. Las posiciones más utilizadas son:

- Decúbito supino: el paciente se colocará en plano horizontal recto sobre su espalda, con los brazos estirados a la longitud del cuerpo y las palmas de la mano colocadas boca abajo, piernas rectas y un poco separadas.
- Decúbito prono: el paciente estará boca abajo sobre su abdomen con el plano recto horizontal, y la cara girada hacia un lado, los brazos estarán a lo largo de su cuerpo y piernas rectas.
- Trendelenburg: la cabeza y el cuerpo se han de bajar en plano horizontal y ponerlos a un nivel inferior al de las piernas, hay que sujetar al paciente con cintas de velcro en los hombros y utilizaremos el hará usando el basculante de mesa de operación.
-Trendelenburg invertido, antitrendelenburg o Morestin: es la contraria a la anterior se elevamos la cabeza y pondremos las piernas a un nivel inferior, en plano horizontal usando el modo basculante de la mesa.
- Litotomía o también posición ginecológica: el paciente estará sobre su espalda con las nalgas en el borde de la mesa y las piernas y muslos elevados sobre las perneras.
- Decúbito lateral: el paciente estará tumbado sobre su costado, con la pierna exterior un poco doblada.
- Posición de Roser o Proetz: el paciente estará en decúbito supino con el cuello en hiperextensión.
- Posición raquídea también denominada de punción lumbar: el enfermo se pondrá en posición fetal, lateral con la espalda doblada flexionando las piernas y la cabeza pegada al tórax.

5 Discusión-Conclusión

La posición quirúrgica siempre ha de proporcionar una exposición y acceso adecuado y óptimo a la zona en la que se va a intervenir al paciente, ha de permitir el acceso al anestesista para que pueda sedar al paciente y controlar la vía aérea y administrando los fármacos intravenosos, la anestesia se debe iniciar con el paciente en decúbito prono. Todas las posiciones quirúrgicas pueden ser peligrosas por los drenajes, vías, etc. por lo que hay que realizarlas de manera segura teniendo en cuenta las alteraciones fisiológicas que pueda producir la anestesia, los cambios de postura se deberán realizar lentamente anestesia y por la ubicación. Los cambios de postura de los pacientes anestesiados deben hacerse de forma lenta, y siempre bajo supervisión de los facultativos y cirujanos. El celador deberá conocer las posiciones quirúrgicas y los accesorios de la mesa de quirófano.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. El celador y las posiciones quirúrgicas [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2023 [citado el 10 de julio de 2023]. Disponible en: https://revistamedica.com/celador-dominio-posiciones-quirurgicas/.
2. de Madrid C. Celadores del Hospital de Móstoles crean una guía de actuación en el área quirúrgica [Internet]. Comunidad de Madrid. 2019 [citado el 10 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/noticias/2019/09/19/celadores-hospital-mostoles-crean-guia-actuacion-area-quirurgica.
3. Objetivos: D a: EL CELADOR EN QUIROFANO [Internet]. Delfinformacion.com. [citado el 10 de julio de 2023]. Disponible en: https://delfinformacion.com/es/cursos/ficha/SANIDAD-Y-SALUD_2070/El-celador-en-quirofano_6313/ficha-pdf.html.

Capítulo 266

USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y LA ROBÓTICA EN LA ASISTENCIA DEL CELADOR EN ENTORNOS SANITARIOS

MARIA DEL PILAR LILLO IRALA

JESUS CLEMENTE GARCIA

TERESA LORENTE PEREZ

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

JORGE ROBLES CLAVEL

1 Introducción

Los avances tecnológicos, especialmente en el campo de la inteligencia artificial (IA) y la robótica, han generado un gran impacto en la industria médica y la asistencia sanitaria en general. El celador, como un miembro esencial del equipo hospitalario, juega un papel fundamental en la logística, el transporte y la asistencia a pacientes. El uso de tecnologías innovadoras tiene el potencial de optimizar las tareas del celador y mejorar la eficiencia en la prestación de servicios de atención médica.

En el sector de la salud, la incorporación de tecnologías avanzadas, como la IA y la robótica, ha transformado significativamente la forma en que se brinda asistencia

médica. Los celadores, como parte esencial del equipo sanitario, desempeñan un papel crucial en la gestión de los recursos hospitalarios y en la atención a los pacientes.
En este trabajo científico, se exploran los avances recientes en el uso de la IA y la robótica para mejorar la eficiencia y la calidad de la asistencia del celador en entornos sanitarios, destacando sus beneficios y desafíos.
Es importante tener en cuenta que el uso de la inteligencia artificial y la robótica, además de sus muchos beneficios va a tener algunas limitaciones y desafíos a los que enfrentarse.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer los avances que tiene la tecnología y lo que aporta al trabajo del celador.

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 uso de la inteligencia artificial en la asistencia al celador puede contribuir:
1. Gestión de recursos hospitalarios: La IA puede ser empleada para predecir la demanda de camas, asignar recursos y optimizar rutas para el transporte de pacientes y suministros, reduciendo el tiempo de espera y mejorando la logística interna del hospital.
2. Monitoreo de pacientes: Los sistemas de IA pueden analizar datos biométricos en tiempo real para detectar signos de deterioro en pacientes, alertando al celador y al personal médico en caso de emergencia y permitiendo una intervención más rápida y eficiente.
3. Asistencia en la movilización de pacientes: Robots asistenciales pueden ser utilizados para ayudar al celador en el transporte de pacientes, especialmente

en casos de movilidad reducida o en unidades de cuidados intensivos donde se requiere una manipulación cuidadosa.
También se utiliza la robótica en la asistencia al celador como:
1. Robots de transporte: Existen robots móviles diseñados para transportar suministros y equipos médicos, liberando al celador de tareas repetitivas y permitiéndoles enfocarse en actividades más críticas.
2. Robots colaborativos: Los robots colaborativos pueden trabajar junto al celador para realizar tareas compartidas, como levantar y mover objetos pesados o realizar tareas que requieran una precisión extrema.
El uso de la inteligencia artificial y la robótica en la asistencia del celador va a:
- Mejora de la eficiencia operativa, permitiendo una distribución más rápida y efectiva de recursos.
- Reducción del estrés físico del celador, disminuyendo el riesgo de lesiones relacionadas con el trabajo.
- Incremento de la calidad de atención al paciente, a través de una respuesta más rápida y una mayor precisión en las tareas asistenciales.
Pero además hay que tener en cuenta una serie de desafíos y condiciones:
- Costo y adopción: La implementación de tecnologías avanzadas puede ser costosa, y la adopción puede ser lenta debido a factores como la resistencia al cambio y la necesidad de capacitación.
- Privacidad y seguridad: El uso de IA y robótica en entornos médicos debe tener en cuenta la protección de la privacidad de los pacientes y garantizar la seguridad de los datos.
- Interacción humano-robot: Es necesario establecer interfaces hombre-máquina intuitivas y seguras para garantizar una colaboración armoniosa entre los celadores y los robots.

5 Discusión-Conclusión

El uso de la inteligencia artificial y la robótica en la asistencia del celador promete mejorar significativamente la eficiencia y la calidad de la atención médica. Aunque aún existen desafíos por superar, los beneficios potenciales de estas tecnologías son innegables. La combinación de la experiencia humana y la capacidad técnica de la IA y los robots puede conducir a un futuro más seguro y eficiente en los entornos sanitarios. Sin embargo, es fundamental abordar los desafíos éticos y garantizar que la implementación de estas tecnologías sea guiada por el bienestar de todos los pacientes y el personal médico que trabaja en el centro.

6 Bibliografía

1. http://elcelatagarrapata.blogspot.com/2021/06/el-futuro-ya-esta-aqui-la-sanitaria.html.
2. https://dplnews.com/el-impacto-de-la-robotizacion-y-la-ia-en-la-salud-de-los-empleados/.
3. https://www.elcorreo.com/vizcaya/20081122/sociedad/robot-celador-20081122.html.
4. http://institucional.us.es/revistas/argumentos/4/art_8.pdf.

Capítulo 267

FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS URGENCIAS INTRAHOSPITALARIAS

VANESSA QUIROGA MINAYA

MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL

MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO

BEATRIZ GARCÍA TEJERA

MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO

1 Introducción

La unidad de urgencias tiene como objetivo asegurar a todos los pacientes usuarios del Sistema Nacional de Salud la atención constante durante las veinticuatro horas, ante cualquier situación o patología que deba ser atendida inmediatamente, ya que debido a su necesidad no puede ser aplazada.
Se debe diferenciar entre la urgencia médica, que es aquel padecimiento que no suele resultar mortal para el paciente (aunque no se debe superar las 6 horas en ser atendidos por los profesionales sanitarios), y la emergencia médica, que es aquel padecimiento que precisa una atención inmediata debido a su gravedad y al riesgo potencialmente mortal para el paciente.
Todo paciente debe pasar por el área de triaje, donde se establecerá la gravedad de la patología y si necesita atención inmediata o puede ser aplazada en el tiempo.
La atención médica de urgencias intrahospitalarias se puede diferenciar en:

- Ambulatoria: se trata de la atención médica de urgencias con posterior alta al domicilio.
- De observación: los pacientes que acuden al servicio de urgencias permanecen en la sala de observación en un período aproximado de 24 horas. Dependiendo de su evolución podrán ser dados de alta o por lo contrario ingresar en hospitalización para seguir manteniendo los cuidados que el paciente requiera en base a su enfermedad.

En esta unidad se encuentran numerosos profesionales de diferentes categorías entre los cuales se haya la figura del celador cuyas funciones son abundantes y de gran consideración.

2 Objetivos

- Comprender las diferentes labores que realiza el celador en la unidad de urgencias intrahospitalarias.
- Exponer la importancia de conocer las diferentes posiciones anatómicas por parte del celador, debido a la gravedad de algunos pacientes que solicitan atención sanitaria de urgencias (traumatismos, accidentes de tráfico), para intentar no aumentar las posibles lesiones.
- Explicar la importancia de conocer los diferentes tipos de traslados e inmovilizaciones por parte del celador.

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

En cuanto a la actuación por parte del celador en la unidad de urgencias del hospital, existen numerosas funciones de las cuales podemos destacar:
- Recepción de los pacientes en la puerta de urgencias, tanto los que lleguen en coche particular, como los trasladados en ambulancias. Se han de acompañar

siempre, tanto si pueden andar como si no. En este caso se incorporará al paciente en una camilla o silla de ruedas y se trasladará a la ventanilla de admisión para que el personal administrativo pueda coger sus datos personales. Si el paciente presenta una emergencia médica, el celador lo trasladará inmediatamente a la zona de triaje o con el facultativo correspondiente, saltándose el paso de la toma de datos en ventanilla.

- El celador ha de procurar que en la puerta de urgencias haya numerosas camillas y sillas de ruedas para poder realizar los traslados.
- Solo permitirá la entrada de acompañantes autorizados, en algunos casos ninguno. El acompañante que permanezca con el enfermo no deberá deambular por los pasillos, las zonas no autorizadas… manteniéndose dentro de los boxes. En el caso de no permitir la entrada a ningún acompañante, permanecerán en la sala de espera y deberán ser informados.
- El celador deberá trasladar a los pacientes a los servicios que sean requeridos (quirófanos, paritorios, mortuorio, radiodiagnóstico…), así como el material preciso desde lencería o cualquier servicio a Urgencias. Deberán trasladar a la planta de hospitalización a los pacientes que hayan terminado su estancia en el área de urgencias y sigan necesitando cuidados sanitarios.
- Deberá realizar los cambios posturales necesarios y ordenados, teniendo en cuenta la gravedad y las limitaciones de los pacientes, en el área donde les sean requeridos (área de boxes, área de observación).
- Sujeción e inmovilización de pacientes adultos y ancianos que lo requieran debiendo auxiliar al personal de enfermería en la movilización, lavado de pacientes, amortajamiento, etc.
- También deberá trasladar el equipo médico averiado al área de mantenimiento.
- En las pruebas diagnósticas pediátricas, el celador deberá inmovilizar al paciente pediátrico si lo precisa.
- En las pruebas radiográficas, el celador deberá ayudar al personal técnico en la movilización del paciente para una correcta colocación.
- Si en las dependencias externas del hospital hay alguna persona con dolencias que precisen una atención médica urgente, el celador deberá asegurarse de su estado y notificar rápidamente al personal sanitario, movilizando al paciente según sus pautas.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del celador en urgencias son múltiples e importantes debido a que en su figura recae la primera toma de contacto con los pacientes. Deberán saber

expresar y explicar la información de manera clara, concisa y cálida tanto al paciente como a los familiares.
Dependiendo de la primera toma de contacto, el paciente tendrá buena impresión o no del servicio de salud, por lo que su acogida deberá ser óptima y ser empáticos.
Por otro lado es importante comprobar siempre la identificación del paciente para no cometer errores en los traslados.
Es muy importante en la formación del celador, conocer los tipos de inmovilización, traslados, las diferentes posiciones anatómicas y los diferentes cambios posturales que existen y que en cualquier momento puedan ser requeridas y ordenadas por el personal sanitario o facultativo.

6 Bibliografía

1. Abdel-lah García, S., Hamdaoui Said, L., Abdel-Lah García, D., López García, A.M., Salazar Cuevas, M.T. (2022). Funciones del celador en el servicio de urgencias. Revista Ocronos, 5. https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias/#Introduccion/.
2. Clavijo Gamero, R., Gómez Martínez, D., Alés Reina, M., Torres Fonseca, F.J., Ania Palacio, J.M., Silva García, L., Junquera Velasco, C.R., Gardón Fernández, A. y Estévez Fernández, M.A. (2023). Celador/a del Servicio de Salud de Castilla La-Mancha. Editorial Mad.
3. España. Ley Orgánica 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado, 17 de diciembre de 2003, núm. 301, pp.1-45.

Capítulo 268

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO

VANESSA QUIROGA MINAYA

MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL

MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO

BEATRIZ GARCÍA TEJERA

MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO

1 Introducción

El quirófano es la zona dentro de la atención especializada en la cual se realizan intervenciones quirúrgicas tanto urgentes como programadas. Estas intervenciones tienen diferentes objetivos: curar, paliar o diagnosticar patologías. Debido a los avances tanto en medicina como tecnológicos, actualmente existen numerosos equipos e intervenciones, desarrollando de forma positiva ésta área.
El quirófano debe tener unos requisitos específicos en cuanto a temperatura, esterilización e higiene al igual que el personal que preste sus servicios en él. Dentro de estos profesionales encontramos la figura del celador, quien deberá seguir una normativa de higiene para realizar una correcta actividad laboral.
El celador debe conocer al milímetro la estructura y organización del bloque quirúrgico, así como las áreas que permanezcan fuera de él para poder realizar los traslados tanto de pacientes como de muestras o materiales y equipos en el menor tiempo posible debiendo vestir en cada una de las zonas como corresponda.

La colocación del paciente en la mesa quirúrgica es una función que le corresponde al celador. Las posiciones más utilizadas en las operaciones quirúrgicas son: decúbito supino, decúbito prono, decúbito lateral, trendelenburg, antitrendelenburg, litotomía o ginecológica, posición de Roser o Proetz, posición raquídea o de punción lumbar, posición de Kraske o Jaknnite, posición de Fowler, posición de laminectomía, posición de craneotomía.
Por otro lado el celador deberá rasurar las partes del cuerpo humano que van a ser posteriormente intervenidas quirúrgicamente de los pacientes (en ausencia del peluquero).

2 Objetivos

- Exponer las funciones que deberá realizar el celador en quirófano.
- Exponer la actuación adecuada por parte del celador debido a que el quirófano se trata de una zona extremadamente delicada, para lo cual es importante una correcta vestimenta, lavado de manos, uso de guantes, etc.
- Dar a conocer la importancia de la formación que debe tener el celador en cuánto a posiciones anatómicas y planes de actuación de quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 celadores que presten sus servicios en la zona de quirófano deberán:
Trasladar a los enfermos desde la planta de hospitalización al área de quirófano, en orden y con la urgencia que les sean requeridos y siempre deberán comprobar que la historia clínica corresponde con la identificación del paciente. Si el peluquero no se haya, el celador rasurará y auxiliará al personal auxiliar de enfermería a asear al paciente para la posterior intervención.
Situarán en la mesa de operación al paciente en la posición que ordene el cirujano especialista. Por ello es muy importante el conocimiento acerca de las diferentes

posiciones anatómicas, para poder realizarlas adecuadamente sin aumentar las dolencias al paciente.
Cuando finalice la operación el celador trasladará al paciente al servicio que proceda (reanimación, unidad de recuperación post-anestésica (URPA), unidad de cuidados intensivos (UCI)) siendo cautelosos, debido a que el paciente acaba de salir de una cirugía. Si el paciente muere, el celador lo trasladará al mortuorio. En caso de amputaciones de miembros el celador deberá trasladar los restos también al mortuorio.
El celador permanecerá en la zona de antequirófano siempre a la espera de órdenes por si es necesario el traslado de muestras biológicas (biopsias) concentrados desde el banco de sangre, o aparatos diagnósticos como el arco de rayos X, ecógrafo etc. En el caso de que los familiares pidan información, el celador deberá remitirlos al facultativo autorizado para dar tal que él pueda facilitársela.
En cuanto a la higiene del celador, es crucial, debido a que una mala higiene puede crear contaminación que repercutirá directamente al paciente creando infecciones postquirúrgicas. Deberá conocer la manera adecuada de usar la vestimenta, la técnica correcta del lavado de manos, el uso adecuado de guantes, mascarilla y mantener la extrema prudencia a la hora de accidentes con sustancias biológicas en su traslado.

5 Discusión-Conclusión

El área de quirófano es especial debido a que hay que extremar las precauciones para evitar la contaminación, por ello los celadores deben conocer muy bien cuáles son las técnicas adecuadas para evitar dicha contaminación.
El celador debe tener formación sobre cuáles son las posiciones anatómicas, ya que es su función colocar al paciente en la mesa quirúrgica y movilizarlo en caso de ser ordenado por el cirujano. También deberá conocer las técnicas de inmovilización en el caso de ser requeridas.
Deberá estar siempre a disposición en la zona de antequirófano por si el personal del bloque quirúrgico necesita de su presencia para realizar un traslado tanto material como de muestras o pacientes, teniendo en cuenta siempre que la identificación de las muestras o de los pacientes debe corresponder al de la historia clínica.

6 Bibliografía

1. Clavijo Gamero, R., Gómez Martínez, D., Alés Reina, M., Torres Fonseca, F.J., Ania Palacio, J.M., Silva García, L., Junquera Velasco, C.R., Gardón Fernández, A. y Estévez Fernández, M.A. (2023). Celador/a del Servicio de Salud de Castilla La-Mancha. Editorial Mad.
2. España. Ley Orgánica 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado, 17 de diciembre de 2003, núm. 301, pp.1-45.
3. De Luis Ezquerro, I., Garicano Tarragüel, M., González Ruiz, J.C., González Badorrey, A. 2023. Funciones del celador en quirófano. Revista Ocronos, 5. https://revistamedica.com/funciones-importancia-celador-quirofano/.

Capítulo 269

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS

VANESSA QUIROGA MINAYA

MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL

MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO

BEATRIZ GARCÍA TEJERA

MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO

1 Introducción

La autopsia es el estudio que se lleva a cabo por los médicos expertos (anatomopatólogos) para analizar las posibles causas del fallecimiento del paciente. Existen varios tipos de autopsias y en todas ellas el celador realiza funciones muy importantes.

Por un lado se encuentra la autopsia clínica, que es el estudio que se realiza después del fallecimiento del paciente el cual indicara la naturaleza de la enfermedad de éste y si existen elementos hereditarios u contagiosos.

Por otro lado se encuentra la autopsia médico legal-judicial o autopsia forense, realizada en muertes violentas, como homicidios, suicidios; en muertes no violentas, como la muerte natural sin antecedentes patológicos, y en muertes misceláneas, como la muerte de personas que cumplen condena en instituciones penitenciarias, cadáveres sin identificar, etc.

Para poder realizar la autopsia se debe tener la autorización de los familiares del fallecido. Existen cuatro etapas en las que se puede dividir la intervención: el levantamiento del cadáver, examen externo, examen interno y la realización de las pruebas complementarias.
Durante toda la historia las autopsias han sido de gran ayuda para descubrir cuál ha sido la causa patológica del fallecimiento, cómo ha sido la evolución de la enfermedad y poder mejorar en un futuro en cuanto a tratamientos y diagnósticos.

2 Objetivos

- Establecer las funciones que el celador ha de realizar en cada exámen postmortem en la sala de autopsias.
- Exponer la importancia de las funciones del celador desde el primer momento en el que el paciente muere.
- Explicar en qué consiste una autopsia, sus fases y los tipos.

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

Desde el momento en el que el paciente fallece es necesaria la presencia del celador para ayudar al personal de enfermería a realizar el amortajamiento debiendo ser identificado correctamente. Posteriormente el celador lo llevará al depósito de cadáveres para después realizar la posible autopsia. Será el médico quien la solicite previa autorización de los familiares del paciente fallecido.
El personal que preste sus servicios en la sala de autopsias deberá llevar ropa protectora (gorro, gafas protectoras, mascarilla quirúrgica, bata quirúrgica, pantalones quirúrgicos, botas de agua, protectores de plástico, delantal impermeable, guantes) que serán desechadas o desinfectadas tras finalizar la autopsia a excepción de las gafas y botas.

El celador trasladará el cadáver del depósito a la mesa de autopsias y deberá desamortajarlo, preparándolo para la intervención y deberá ayudar al médico especialista en las prácticas instrumentales así como otras funciones que ha de realizar en auxilio al médico que tengan que ver con la autopsia, como el pesaje o almacenamientos de órgano realizando los cambios de posición pertinentes si así lo solicita el médico. El celador deberá conocer y saber diferenciar los instrumentos utilizados en la autopsia.
Una vez terminado el estudio, el celador deberá asear el cadáver tanto interna como externamente y si fuera necesario deberá rellenar los huecos viscerales. Posteriormente se volverá a amortajar el cadáver y se trasladará al servicio de mortuorio.
Después el celador deberá limpiar y desinfectar todo el material utilizado, incluida la mesa de autopsias y la sala en general al igual que trasladar los restos humanos para su posterior incineración o velatorio a la empresa encargada y autorizada para ello. Las muestras obtenidas durante la intervención deberán ser identificadas y trasladadas para su estudio al laboratorio de Anatomía Patológica debiendo trasladar las comunicaciones verbales, documentación u objetos si así lo ordenan sus superiores. Es deber del celador vigilar que el personal no autorizado no pueda acceder al servicio de autopsias.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en la sala de autopsias es muy importante ya que se encarga tanto del traslado del cadáver como del traslado de información, objetos, muestras y auxilia al médico en la intervención de la autopsia con fines diagnósticos, por lo que el celador asume una responsabilidad notable.
La actuación del celador se divide en tres fases: la fase previa a la realización de la autopsia, la fase de realización y la fase posterior a la realización de ésta.
Es importante conocer que el celador nunca utilizará el instrumental para usarlo con el paciente, esa responsabilidad es del médico al que asiste, el celador únicamente realizará funciones de ayuda al médico. También es crucial mencionar que se debe de identificar correctamente al paciente para evitar errores.

6 Bibliografía

1. Gálvez Romero, M., Prieto Giménez, C., Pablo Romero, I., Valero Barrios, S., Hernández Loscertales, P., Casado Huerta, J. (2023). Papel del celador en una sala de autopsias. Revista Sanitaria de Investigación.

https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-del-celador-en-una-sala-de-autopsias/.
2. Canella Varela, A., Álvarez Castaño, B., Montenegro Urbaneja, P., Valdés Blanco, M. (2020). Actuación del celador en las salas de autopsias y mortuorios. Revista Ocronos, 3(4). https://revistamedica.com/celador-salas-autopsias-mortuorios/.
3. Clavijo Gamero, R., Gómez Martínez, D., Alés Reina, M., Torres Fonseca, F.J., Ania Palacio, J.M., Silva García, L., Junquera Velasco, C.R., Gardón Fernández, A. y Estévez Fernández, M.A. (2023). Celador/a del Servicio de Salud de Castilla La-Mancha. Editorial Mad.
4. España. Ley Orgánica 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado, 17 de diciembre de 2003, núm. 301, pp.1-45.

Capítulo 270

EL PERSONAL SUBALTERNO DURANTE EL CAMBIO DE ROPA DEL PACIENTE ENCAMADO. TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE SÁBANA BAJERA CUANDO LA CAMA ESTÁ OCUPADA

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

GUILLERMO GONZALEZ BENITO

OLGA SANCHEZ CLEMENTE

ENCARNI MONTES IGLESIAS

SELENIA NOVAS SALMERON

1 Introducción

El cambio de ropa de los pacientes encamados es una actividad asistencial realizada cada día en las plantas de hospitalización. Esta actividad es realizada inmediatamente después de asear al paciente, por lo que el paciente no sufre molestias innecesarias al realizarse conjuntamente.
Tanto el aseo diario del paciente como el cambio de cama es función exclusiva del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, mientras que el personal subalterno se encarga de movilizar al paciente y sujetarlo para que el técnico en cuidados

auxiliares de enfermería pueda realizar el aseo y el cambio de ropa de manera más rápida, a la vez que se garantiza la seguridad del paciente.
El orden de colocación de la ropa de cama realizado por todos los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs) es el siguiente:
• Colocación del cubrecolchón para proteger el colchón de fluidos corporales, sangre o del propio sudor del paciente.
• Colocación de funda de almohada.
• Colocación de la sábana bajera.
• Colocación de los empapadores, protegiendo la zona central del colchón. La colocación de este material evita el cambio de cama cada vez que el paciente miccione o defeque de manera abundante que sobresalga del pañal.
• Colocación de la sábana de arriba para tapar al paciente.
• Colocación de manta y colcha dependiendo de la época del año y de si es necesario o no.

2 Objetivos

- Conocer las funciones desarrolladas por el celador y por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el cambio de la sábana bajera de los pacientes encamados.
- Enumerar el material necesario para el cambio diario de la ropa de cama de los pacientes encamados y no encamados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se ha destacado anteriormente, el celador se encargará de movilizar a los pacientes encamados durante el aseo diario y el cambio de ropa, que por sus dolencias o estado clínico no pueda movilizarse por ellos mismos.

Es una función que se encuentra reflejada en la normativa vigente de la Orden del 5 de julio de 1971 "Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social" (Art. 14.2.13).
Por lo que, serán los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería los encargados de realizar el cambio de la sábana bajera, junto al resto de ropa de cama.
Funciones previas del celador.
- Comunicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar, para que este no se asuste y a su vez colabore dentro de sus posibilidades o capacidades físicas.
- Retirar la ropa de cama que tenga encima.
- Retirar elementos auxiliares como almohadas, cojines…
Funciones previas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Preparar el material necesario para el cambio de ropa de la cama del paciente encamado. Es recomendable llevar mayor número de empapadores de los necesarios por si fuese necesario su colocación, de esta manera se evitará salir de la habitación a todo momento.
Procedimiento de cambio de sábana bajera.
- El celador movilizará al paciente hacia el lado de la cama donde se encuentre, dejando al paciente en la posición decúbito lateral.
- Cuando el paciente se encuentre lateralizado, el tcae retirará la sabana sucia y la enrollará poniéndola debajo del paciente.
- Si el colchón no tiene cubrecolchón, le pasará una toalla para secarlo antes de colocar la sábana limpia.
- Colocará la sábana limpia en el lado de la cama que se encuentra libre de paciente.
- El celador posicionará al paciente en decúbito supino para colocarse en el otro lado de la cama y lateralizar al paciente hacia el otro lado.
- El TCAE, retirará la sabana sucia, limpiando el colchón si es necesario, y estirará la sábana limpia.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "El personal subalterno durante el cambio de ropa del paciente encamado. Técnica de colocación de sábana bajera cuando la cama está ocupada" nos demuestra el procedimiento más adecuado para cambiar la sábana bajera cuando el paciente se encuentra en la cama y no puede movilizarse, detallando las funciones concretas de cada categoría profesional.

Sin embargo, en el ámbito sanitario, cuando el equipo es responsable y la carga de trabajo es muy alta, estas funciones son realizadas conjuntamente por ambas categorías, sin hacer diferenciación de las funciones realizadas por cada categoría.

6 Bibliografía

1. Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013.
2. Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
3. GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriáticos. España. Formación continuada Logoss. 2013.
4. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021.
5. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
6. RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018.
7. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021.

Capítulo 271

LA DISTRIBUCIÓN DE LOS CIRCUITOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS PARA PINCHE DEL HOSPITAL

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

ELIO CRESPO ZAFRA

ANA GOMEZ GIL

GUADALUPE MAESTRE PEREZ

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

1 Introducción

En este capítulo hablaremos de los diversos tipos de circuitos de distribución que se encuentran disponibles y que es necesario utilizar, así como el correcto e ideal funcionamiento que debe tener una cocina hospitalaria. Dado que frecuentemente tiene el poder de alargar o acortar el proceso patológico, los procesos de alimentación y nutrición de una paciente hospitalizada se vuelven cruciales para su recuperación. Para que los alimentos y productos servidos sean seguros y de la mayor calidad posible, así como que lleguen en un estado ideal y apetecible para que los pacientes puedan consumirlos, es necesario contar con circuitos de distribución adecuados y cocinas que estén en orden de trabajo adecuado. La línea de producción en caliente y la línea de producción en frío deben distinguirse dentro de los distintos circuitos de distribución que están presentes en una cocina.

La primera línea de producción es el circuito en el que se cocinan los alimentos, es decir, se preparan a una temperatura de al menos 65ºC; estos alimentos deben mantener una temperatura constante hasta que sean distribuidos y servidos al paciente. Por el contrario, los alimentos se conservan en la línea de producción en frío y se mantienen allí hasta que se consumen.

2 Objetivos

Dar una explicación de los diversos sistemas de distribución que se encuentran en una cocina de hospital.

3 Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica de la literatura para este capítulo utilizando varias bases de datos, incluidas Medline, Cuiden, Scielo, Pubmed, así como diferentes protocolos y guías de práctica clínica. Cocinas de hospital, circuitos de distribución, etc. son algunas de las palabras clave que utilizamos para ello.

4 Resultados

Es crucial que la comida que se sirve a los pacientes se prepare correctamente y se caliente al nivel ideal y requerido. Numerosos recursos están disponibles actualmente para esto. Además, es fundamental destacar la importancia de cumplir una serie de normas en los circuitos de distribución:
- Siempre hacia adelante, lo que significa que todos los preparativos y manipulaciones deben realizarse para garantizar la seguridad del producto y evitar la contaminación. - Distinguir entre distribución, procesamiento y áreas sucias y limpias. - Diferencias entre climas cálidos y fríos. Deben ser fáciles de limpiar y desinfectar. - Debe ser sencillo llegar a varios lugares. Se cubrirán dos puntos clave en la discusión de este capítulo sobre los circuitos de distribución: primero, la línea de distribución caliente, también conocida como el sistema tradicional. Debido al largo tiempo que requiere el alimento para viajar desde el emplatado hasta la habitación del paciente y la gran desventaja de este sistema para mantener una temperatura adecuada para la comida que se sirve a los pacientes, particularmente la comida caliente, se produce una pérdida de calor. Siendo este el principal defecto de este sistema de distribución, se utilizan bandejas o carros

isotérmicos para evitar o minimizar las pérdidas de calor o para igualar la temperatura de los alimentos fríos y calientes. 3538 La línea de distribución de frío, en por otro lado, está disponible. En este caso, la comida ya ha sido cocinada, preparada y enfriada después de la cocción y está almacenada de manera segura en las cámaras. Para evitar la contaminación cruzada y mantener la seguridad del plato que se sirve al paciente, nunca debe almacenarse con alimentos o productos crudos. Tras el emplatado, los alimentos se calentarán en bandejas diseñadas a tal efecto antes de ser entregados a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La ubicación de la cocina dentro del hospital, el número de plantas y camas, y el número de pacientes tendrán un impacto en los circuitos de distribución y funcionamiento de la cocina. La comida puede llegar fría si no se utiliza el circuito de distribución adecuado porque no es lo mismo repartir comida en un centro pequeño donde las distancias que se recorren son menores y el tiempo que se pasa desde la cocina hasta la habitación del paciente es menor que, en por otro lado, en un hospital muy grande donde el número de camas y pacientes es muy elevado y las distancias y el tiempo que hay que recorrer son mucho mayores.

6 Bibliografía

1.https://revistamedica.com/circuito-alimentos-cocina-hospitalaria/.
2.https://www.restauracioncolectiva.com/n/el-diseno-de-cocinashospitalariasprincipios-genericos.
3.https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet.

Capítulo 272

EL PINCHE DE COCINA Y EL EMPLATADO EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

GUADALUPE MAESTRE PEREZ

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

ANA GOMEZ GIL

ELIO CRESPO ZAFRA

1 Introducción

Durante la estancia de un paciente en el hospital, el trabajo que se realiza en la cocina del hospital es fundamental, y existen numerosos detalles que deben tratarse con cuidado. Los pacientes que, en la mayoría de los casos, ya tienen las defensas bajas y su organismo será más vulnerable a las enfermedades, se enfrentan a un problema muy grave con la transmisión de enfermedades de origen alimentario. Por lo tanto, mantener la seguridad alimentaria será una prioridad en las cocinas de los hospitales, y esto comienza con la fase de colocación, donde se deben tener en cuenta muchos factores, como las temperaturas y la agilidad. Nos referimos al Real Decreto 3484/2000, de 29 de diciembre, por el que se establecen los distintos requisitos higiénicos para la elaboración, distribución y comercialización de alimentos preparados, establece la responsabilidad de crear

e implementar sistemas de autocontrol en la industria de alimentos preparados con el fin de reducir y eliminar técnicas de manipulación inadecuadas que puedan conducir a brotes de infecciones e intoxicaciones alimentarias. Por lo tanto, debe cumplir con pautas estrictas y pasar rigurosos controles de calidad para cada uno de los procesos que se realizan actualmente en la cocina de un hospital, incluida la recepción de productos, la preparación y la colocación, entre otros.

2 Objetivos

El propósito de este capítulo es proporcionar una explicación detallada del sistema de recubrimiento, las herramientas esenciales para realizarlo y los diversos métodos de producción.

3 Metodología

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

4 Resultados

En relación al sistema de emplatado, destacamos que es el procedimiento mediante el cual las porciones de comidas preparadas en la cocina del hospital son servidas individualmente, de la manera más flexible posible ya una temperatura adecuada para el consumo del paciente. Por ello, es un punto crucial y trascendental en el trabajo que se lleva a cabo en una cocina. Se deben extremar las precauciones de higiene durante este proceso de emplatado. En cualquier caso, se llevarán guantes, mascarilla y gorro, y la vestimenta deberá ser completamente higiénica. Los diferentes platos a servir desde un carro al baño maría, incluidos primeros, segundos, combinados, purés, y guarniciones, se distribuirán sobre una cinta transportadora para su emplatado por los ayudantes de cocina. Los dietistas estarán apostados al final de la cinta transportadora donde supervisarán la correcta salida de la dieta en platos cubiertos y bandejas. Estas bandejas se colocan en un carro, que luego se conecta a una estación donde la comida se calienta a la

temperatura recomendada por el paciente para su consumo. Se pueden utilizar dos categorías para categorizar los servicios de emplatado:
1. Tradicionales y mesas calientes.
2. Centralizada, esta es la más utilizada, que es la descrita anteriormente a través de cintas transportadoras.
Para un correcto emplatado en la cocina de un hospital, se debe disponer del siguiente equipamiento:
- Cintas de emplatado. Bandejas de contenedores.
- Coches calefaccionados o baño maría.
- Carros dispensadores de bandejas.
- Vehículos térmicos o retermalización.
En relación a los diferentes sistemas de producción destacamos:
- Cadena caliente: los alimentos servidos deben mantener una temperatura igual o superior a 65 grados centígrados.
- Cadena de frío: consiste en preparar el producto con antelación y mantenerlo en frío hasta el momento de servirlo. Antes de servir, el producto debe regenerarse para que alcance una temperatura mínima de 65 grados centígrados.
- Cadena de frío congelado: después de su preparación, el centro del producto debe alcanzar una temperatura de 65 grados centígrados y luego enfriar hasta -18 grados centígrados.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha discutido en este capítulo del libro, el proceso de colocación de placas es esencial y fundamental para que el paciente tenga la estadía más placentera posible en un hospital; por ello, es trascendental la máxima implicación y compromiso del personal de cocina por su parte para que así sea. A la hora de impartir sesiones de formación a los nuevos empleados, es fundamental que los encargados de llevar la cocina de un hospital sean eficaces porque, en muchos casos, los miembros del personal sin experiencia experimentan un estrés laboral importante debido a su falta de experiencia y práctica.

6 Bibliografía

1. https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v1_n1_a7.pdf.
2. https://santosgrupo.com/v1/especialidades/cocinas-profesionales/4010-2/.
3. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tiposcocinahospitalaria/.

Capítulo 273

LOS PINCHES DE COCINA Y LAS CLASES DE GAMA DE ALIMENTOS QUE PODEMOS ENCONTRAR EN UNA COCINA HOSPITALARIA

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

ANA GOMEZ GIL

GUADALUPE MAESTRE PEREZ

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

ELIO CRESPO ZAFRA

1 Introducción

Comida conocida como gamas. Intentaremos explicar que ellos, cómo se desarrollaron y las ventajas y desventajas que representan para su uso en la cocina de un hospital. Comenzaremos a explicar a qué nos referimos cuando usemos la palabra ”gamas de alimentos”, ya que hay otros rangos anteriores. Utilizamos el rango de palabras para clasificar los alimentos en función de sus propiedades, origen y procesos a los que están sujetos.
Tipos de rangos de alimentos:
-Rango primero: Aquí podemos encontrar productos que se consideren frescos y que no se someten a métodos de tratamiento previos. Estos productos conservan todos sus nutrientes y características iniciales. Su vida útil es muy limitada.

Estos serían productos como carne y pescado crudo, frutas y verduras: Aquí encendemos comida enlatada y medio cáncer. Fueron sometidos a procesos para mantenerlos en buenas condiciones durante varios meses. Podemos encontrar bancos enlatados que tengan una fecha de validez de unos pocos años.
-Los procesos suelen ser térmicos, así como envases de vacío. Podemos encontrar productos como frutas, verduras, pescado, legumbres.
- La tercera generación: estos son productos congelados. Esta es una forma de ahorrar comida y listo para comer como resultado de un breve proceso preparado. No todos los productos se pueden guardar en este estado. Es importante saber que la cadena fría no se puede romper. Dependiendo del tipo de comida, tendrán otra salida. Por ejemplo, las verduras generalmente se almacenan durante aproximadamente 6/12 meses, y carne o pescado durante 6 meses.
- El cuarto rango: son productos empaquetados al vacío y no fueron sometidos a procesos preparados. Por lo general, son frutas y verduras.
- Productos de la quinta gama: estos son productos que tenían un tratamiento especial, que generalmente se preparan, empaquetan y acompaña de tratamiento con frío, que se conservarán correctamente hasta el final del tratamiento. Características de este rango de alimentos:
-acidez:
-Accionando: Uso de materias primas sin conservantes ni aditivos y sufre tratamiento térmico para eliminar los microorganismos que pueden ser, y todo esto que mantiene las propiedades de la nutrición.
- Gestión directa: estos productos están marcados durante el procesamiento para ver cuándo caducan.
- Velocidad: estos productos se pueden preparar durante unos 20 minutos.
- Diversidad: puede ser tan amplio como quieras.

2 Objetivos

Explicar cuáles son los alimentos de quinta gama que se pueden encontrar el pinche de cocina en una cocina hospitalaria.

3 Metodología

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

Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los factores son beneficiosos en el quinto rango de muchos alimentos, pero al revisar una serie de artículos, también se ha detectado una serie de incomodidad entre las cuales podemos ver lo siguiente: - El volumen de contenedores desechables aumenta en grandes cantidades. Los alimentos llegan a un contenedor que solo se usa para el transporte y la conservación y que no ocurre cuando los alimentos se sirven a los consumidores. - Estandarización de alimentos: pérdida de toque especial en el proceso de cocción. - La frescura temprana desaparece: comida, cuando se cocina, se conserva y almacena, pérdida de alimentos frescos. - Pérdida del producto debido a la fecha de vencimiento: la buena gestión almacenada de alimentos es importante para prevenir la fecha de vencimiento y debe deshacerse de él. También se mencionan los factores ambientales del aumento de los residuos de dióxido de carbono producidos durante el transporte de alimentos desde un lugar donde están preparados para el sitio de consumo. Otra incomodidad es un factor humano. En centros como las cocinas del hospital, al usar V Rango de Rango V, las tareas de la cocina se eliminarán al mencionar la reestructuración del personal que se necesitará para el trabajo de cocina, de modo que la plantilla de trabajadores se reduzca. Como hemos visto y mencionado, hay factores que apoyan y otros se oponen al uso de alimentos de rango V. Además de esto, la mayoría de los centros eligen sistemas de elaboración tradicionales que logran crear empleos públicos y brindar servicios de calidad a los pacientes. Por otro lado, en el hospital, por ejemplo, hay varios tipos de pacientes que cada uno puede requerir una dieta especial de acuerdo con la patología que tienen y los alimentos de rango V están bastante estandarizados, por lo que en muchas ocasiones no cumplen con las demandas de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

Hoy la ciencia y la innovación se están desarrollando constantemente. En este capítulo nos centramos en comer desde la gama V, pero ya está comenzando a introducir la comida de VI en el mundo de los alimentos. El procedimiento de diferenciación es la liofilización, un método para la preservación de los alimentos en el que varios procesos como congelar, convergen vacío y deshidrato. El resultado logrado es un alimento seco que mantiene una gran parte de las propiedades

organolépticas de su estado original, como el aroma, el sabor o el sabor. Este proceso de protección alimentaria tiene muchas ventajas, pero también debe tenerse en cuenta que es un proceso mucho más costoso que otros y un alto grado de manipulación. Este tratamiento generalmente se usa para frutas, verduras, carne y productos marítimos. Por todas estas razones, es importante estar al tanto de todas las noticias que surgen y analizar, y evaluar la mejor manera de utilizar estos avances en nuestro uso diario. Esto en el centro y los hospitales sería una tarea de los gerentes, pero sería responsabilidad de los empleados ser formados y conocer el nuevo progreso y las tecnologías para actualizar sus conocimientos.

6 Bibliografía

1. Artículo Saia 04/03/2020. https://saia.es/alimentos--gama-restaurantes/
.
2. Página web empresa Eudec Food. https://www.eudecfood.com/es/restauracion-hospitalaria.
3. https://www.directoalpaladar. com/otros/lasgamasalimentarias.

Capítulo 274

LAS ESCALERAS MOVILES Y SU UTILIZACION POR PARTE DEL PERSONAL DE CALEFACTOR DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ALVARO FERRE NAVARRO

ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ

FABIÁN CANTÓN SERRANO

CARLOS POZO GONZÁLEZ

JORGE FERRE CAÑIZARES

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 275

EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y EL USO DE ESCALERAS DE MANO EN HOSPITALES

ALVARO FERRE NAVARRO

ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ

FABIÁN CANTÓN SERRANO

CARLOS POZO GONZÁLEZ

JORGE FERRE CAÑIZARES

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

Con el propósito de elaborar el presente estudio, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una investigación sistemática de libros y se han examinado artículos en las principales bases de datos. Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

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 276

EL PERSONAL DE CALEFACTOR DE MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LOS RIESGOS ELÉCTRICOS

ALVARO FERRE NAVARRO

ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ

FABIÁN CANTÓN SERRANO

CARLOS POZO GONZÁLEZ

JORGE FERRE CAÑIZARES

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

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

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:

970
//www.comunidad.madrid/hospital/laprincesa/file/2949/download?
token=3IO7D3z-.
1224
5. Web.unican.es. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: https://web. unican.es/unidades/prevencion/Documents/Normativa%20UC%
20y%20Legislaci.

Capítulo 277

ESTERILIZACIÓN Y CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS POR EL PINCHE DE COCINA

CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ

JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ

LUCIA AGUJETAS MAYA

ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO

CONCEPCIÓN NIETO QUILON

1 Introducción

La esterilización y conservación de alimentos es de vital importancia por varias razones. La esterilización y conservación adecuadas de los alimentos ayudan a prevenir la proliferación de bacterias, virus, parásitos y otros microorganismos que pueden causar enfermedades transmitidas por alimentos. Al eliminar o reducir significativamente la carga microbiana, se reduce el riesgo de intoxicaciones alimentarias y se garantiza la seguridad de los consumidores.
Los alimentos perecederos tienen una vida útil limitada debido a su composición y a la acción de los microorganismos. La esterilización y conservación adecuadas permiten extender la vida útil de los alimentos, lo que es esencial tanto para la industria de la alimentación como para los consumidores domésticos. Esto

ayuda a evitar el desperdicio de alimentos y a mantener su calidad nutritiva y organoléptica por más tiempo (1).
La esterilización y conservación de alimentos permiten disfrutar de productos fuera de temporada. A través de técnicas como el enlatado, la congelación o el deshidratado, es posible preservar los alimentos en su mejor momento y consumirlos posteriormente, incluso cuando no están disponibles frescos en el mercado. Esto ayuda a diversificar la dieta y garantizar el suministro de alimentos durante todo el año. Y es que la esterilización y conservación adecuadas facilitan el transporte y almacenamiento de alimentos. Al eliminar o reducir la carga microbiana, se minimiza el riesgo de deterioro y contaminación durante el transporte y almacenamiento prolongado. Esto es especialmente relevante en la industria alimentaria, donde los alimentos deben viajar largas distancias antes de llegar a los consumidores.
Además, la esterilización y conservación de alimentos pueden generar ahorros económicos significativos tanto para los productores como para los consumidores. Al prolongar la vida útil de los alimentos, se reduce el desperdicio y se optimizan los recursos. Además, la disponibilidad de alimentos fuera de temporada a precios más bajos puede contribuir a un mayor acceso a una alimentación variada y nutritiva.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del pinche de cocina en relación a la esterilización y conservación de los alimentos.

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.v

4 Resultados

La esterilización y conservación de alimentos es una parte crucial en la industria de la alimentación para garantizar la seguridad y durabilidad de los productos. El pinche de cocina, aunque desempeña diversas tareas en la cocina, generalmente no es responsable de la esterilización y conservación de alimentos a gran escala. Esta función suele ser llevada a cabo por profesionales especializados en seguridad alimentaria, como los técnicos en alimentos o los encargados de control de calidad.

No obstante, en una cocina casera, es importante que cualquier persona que manipule alimentos comprenda los conceptos básicos de la esterilización y conservación para evitar la proliferación de bacterias y prolongar la vida útil de los alimentos.

Antes de comenzar a manipular los alimentos, es fundamental lavarse bien las manos y asegurarse de que las superficies y utensilios estén limpios. Esto ayuda a prevenir la contaminación cruzada. La cocción adecuada de los alimentos es una forma efectiva de eliminar bacterias y otros microorganismos. Asegúrate de cocinar los alimentos a temperaturas seguras y durante el tiempo recomendado (2).

Se puede utilizar también el envasado al vacío. Esta técnica consiste en eliminar el aire del envase antes de sellarlo, lo que ayuda a prevenir el crecimiento de microorganismos y mantiene la frescura del alimento. Otra técnica es la refrigeración ya que, la refrigeración a temperaturas bajas ralentiza el crecimiento de bacterias y mohos. Es importante almacenar los alimentos perecederos en el refrigerador y mantenerlos a temperaturas seguras.

La congelación también es una excelente manera de conservar alimentos a largo plazo. Al congelar los alimentos, se detiene el crecimiento de microorganismos. Asegúrate de seguir las recomendaciones para la congelación, como empacar adecuadamente los alimentos y etiquetarlos con la fecha. Algunos alimentos se pueden conservar mediante métodos naturales, como la fermentación, el uso de sal, vinagre o azúcar, que inhiben el crecimiento de bacterias y mohos (3).

Es importante tener en cuenta que estas son solo algunas pautas generales y que la esterilización y conservación de alimentos puede variar según el tipo de alimento y las regulaciones locales. Siempre es recomendable seguir las recomendaciones de seguridad alimentaria establecidas por las autoridades sanitarias y consultar fuentes confiables para obtener información específica sobre la manipulación y conservación de alimentos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, si bien el pinche de cocina puede desempeñar un papel importante en la preparación y manipulación segura de los alimentos, la responsabilidad de la esterilización y conservación de alimentos a gran escala recae en profesionales especializados en seguridad alimentaria. Sin embargo, en una cocina casera, es esencial que cualquier persona que manipule alimentos comprenda los conceptos básicos de la esterilización y conservación para garantizar la seguridad y durabilidad de los productos. La limpieza adecuada, la cocción correcta, el envasado al vacío, la refrigeración, la congelación y el uso de conservantes naturales son prácticas clave para lograrlo. La esterilización y conservación de alimentos son de suma importancia para garantizar la seguridad alimentaria, prolongar la vida útil de los alimentos, facilitar su transporte y almacenamiento, y generar ahorros económicos. Al seguir buenas prácticas en la manipulación y conservación de alimentos, se puede asegurar que los alimentos sean seguros para el consumo y estén disponibles durante más tiempo.

6 Bibliografía

1. https://sinfsa.com/wp-content/uploads/2022/04/RECEPCION-ALMACENAMIENTO-Y-CONSERVACION-DE-ALIMENTOS-EN-LA-COCINA-HOSPITALARIA_compressed.pdf.

Capítulo 278

RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL HOSPITAL

CRISTINA OCAÑA MARCO

1 Introducción

Los riesgos laborales en un hospital son de suma importancia debido a la naturaleza crítica del entorno de atención médica y la salud de los pacientes. Los trabajadores del hospital, incluyendo médicos, enfermeras y personal administrativo, están expuestos a diversos peligros en su lugar de trabajo, y abordar estos riesgos de manera efectiva es esencial por varias razones.

La prioridad número uno es garantizar la seguridad y el bienestar de los empleados. Los trabajadores de la salud están expuestos a infecciones, agresiones físicas de pacientes o familiares, movilización de pacientes y sustancias peligrosas. Reducir los riesgos laborales disminuye la probabilidad de accidentes y lesiones que puedan afectar la salud del personal.

Y es que un entorno laboral seguro y saludable contribuye directamente a la calidad de la atención médica brindada. El personal que trabaja en condiciones seguras puede concentrarse mejor en las necesidades del paciente y prestar servicios de mayor calidad. Al mitigar los riesgos laborales, se reduce el ausentismo debido a lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Un personal sano y motivado mejora la productividad y eficiencia general del hospital (1).

La percepción pública de un hospital puede estar influenciada por su enfoque en la seguridad del personal. Un enfoque proactivo en la prevención de riesgos laborales y el bienestar del personal puede mejorar la reputación de la institución y su atractivo como lugar de trabajo. Los hospitales están sujetos a regulaciones y normativas específicas relacionadas con la seguridad y salud en el trabajo. Cumplir

con estas leyes es crucial para evitar sanciones legales y garantizar una operación legal y ética.

2 Objetivos

Dar a conocer los posibles riesgos laborales del auxiliar administrativo en el centro hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como auxiliar administrativo, aunque no se encuentre en trabajos físicamente demandantes o peligrosos, aún existen riesgos laborales a considerar. Estos riesgos pueden ser tanto físicos como psicosociales. Algunos de los riesgos laborales comunes para un auxiliar administrativo incluyen la ergonomía deficiente. Pasar largas horas sentado frente a una computadora puede provocar problemas musculares y de espalda si no se mantiene una postura adecuada o si el mobiliario no está ajustado correctamente.
También la fatiga visual y el uso prolongado de pantallas de computadoras puede causar fatiga ocular y problemas de visión. El trabajo administrativo puede implicar altas demandas de tiempo, manejo de múltiples tareas, plazos ajustados y la necesidad de lidiar con situaciones complicadas, lo que puede generar estrés.
Otro de los riesgos importantes es realizar tareas monótonas y repetitivas puede llevar a problemas musculoesqueléticos y aburrimiento laboral. También hay riesgo de lesiones por accidentes menores, aunque no se trate de trabajos físicamente peligrosos, pueden ocurrir accidentes menores en la oficina, como tropezones, cortes o quemaduras. Además, dependiendo del entorno laboral, el auxiliar administrativo puede estar expuesto a productos de limpieza o sustancias químicas que podrían representar riesgos (2).

El procesamiento de información y el manejo de datos constantes pueden generar fatiga mental y problemas de concentración. Los conflictos interpersonales, la falta de apoyo, o un ambiente de trabajo negativo pueden afectar la salud mental y el bienestar general. Es fundamental que tanto los auxiliares administrativos como las instituciones hospitalarias tomen en serio estos riesgos y tomen medidas para mitigarlos. Esto incluye la implementación de medidas ergonómicas en el lugar de trabajo, proporcionar pausas adecuadas, promover la rotación de tareas para evitar la monotonía, y ofrecer capacitación en seguridad y salud ocupacional (3).

La prevención de riesgos laborales no solo protege la salud y el bienestar del personal administrativo, sino que también contribuye a un ambiente laboral más productivo, seguro y eficiente. Al garantizar la seguridad de los auxiliares administrativos, el hospital puede mantener un equipo motivado y comprometido, lo que, a su vez, impactará positivamente en la calidad de la atención al paciente y la reputación general de la institución médica. Recordemos que la seguridad y el bienestar de todos los empleados son fundamentales para el éxito y la excelencia en cualquier organización, incluyendo los hospitales.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los riesgos laborales del auxiliar administrativo en un hospital, aunque pueden ser diferentes a los que enfrentan los trabajadores clínicos, no deben subestimarse. A pesar de no estar expuestos directamente a situaciones médicas de alto riesgo, los auxiliares administrativos enfrentan desafíos específicos en su entorno laboral.

Los principales riesgos laborales para un auxiliar administrativo en un hospital incluyen problemas de ergonomía debido a largas horas frente a una computadora, fatiga visual debido al uso prolongado de pantallas, estrés por la presión del trabajo y los plazos, tareas repetitivas que pueden causar problemas musculoesqueléticos y riesgo de lesiones por accidentes menores en la oficina.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-riesgos/#::text=Los%20riesgos%20biol%C3%B3gicos%3A%20en%20el,provocar%20infecciones%20agudas%20o%20cr%C3%B3nicas.
2. https://revistamedica.com/riesgos-laborales-auxiliar-administrativo-sanitario-turnos-nocturno/

3. https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario

Capítulo 279

EXPOSICIÓN DE LA COCCIÓN AL VACÍO POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ

1 Introducción

En el ámbito de la cocina hospitalaria, la figura del pinche de cocina es fundamental. Es él o ella quien, con su habilidad y conocimiento, se encarga de la preparación y manipulación de los alimentos. Entre las técnicas que deben dominar, la cocción al vacío es una de las más importantes.

La cocción al vacío se caracteriza por un proceso de cocción a baja temperatura y durante un periodo de tiempo prolongado. Esto permite cocinar los alimentos en ausencia de aire, preservando así su sabor, textura y color originales. Además, al cocer los alimentos en un envase estanco, se crea un ambiente húmedo que contribuye a una cocción uniforme y al logro de un resultado óptimo.

El pinche de cocina hospitalaria debe ser capaz de seguir los pasos necesarios para llevar a cabo una cocción al vacío de manera eficiente. Desde la selección de los ingredientes hasta el envasado, la extracción del aire y el sellado, la regulación de la temperatura y tiempo de cocción, el enfriamiento y la regeneración del alimento antes de su servicio.

La cocción al vacío es una técnica importante en la cocina hospitalaria que permite preservar las características originales de los alimentos y lograr una cocción uniforme. La figura del pinche de cocina es fundamental para asegurar el éxito de esta técnica y garantizar una alimentación saludable y de calidad para los pacientes.

2 Objetivos

Exponer y detallar las características y particularidades de la cocción al vacío en el ámbito hospitalario y que se detallarán desde la figura del pinche de cocina hospitalaria.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos y el buscador de Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el ámbito hospitalario y culinario, existen diferentes técnicas de envasado al vacío para preservar la frescura y calidad de los alimentos. Aquí hay una explicación detallada de los métodos más comunes:

- Vacío estándar

Este método se aplica a productos crudos, curados o marinados que no tienen huesos ni espinas. Se colocan en una bolsa de 100 micras y se retira el aire antes de sellar la bolsa mediante una soldadura térmica. Algunos ejemplos incluyen entrecot, salmón marinado y embutidos.

- Vacío continuo

Este proceso se utiliza principalmente para grandes piezas de alimentos que se van a cocinar dentro de la bolsa. Se aumenta el tiempo de acción del vacío para lograr un envasado adecuado. Ejemplos incluyen lengua escarlata y jamón dulce.

- Vacío para productos calientes

Este método se utiliza en productos cocinados calientes, ya que requieren menos tiempo de vacío debido a la menor cantidad de oxígeno. Ejemplos incluyen salteados y salsa.

- Vacío compensado

Este proceso se aplica a productos delicados y de consistencia que deben mantener su forma original, tanto productos naturales como cocinados. Se realiza un vacío total y se inyecta un gas o una mezcla de gases en la bolsa antes de sellarla térmicamente. Los gases utilizados incluyen nitrógeno, oxígeno y anhí-

drido carbónico o mezclas de estos gases. Ejemplos incluyen bollería, hojaldre y ensaladas.

En términos generales, los alimentos se pueden clasificar en tres grupos según su contenido en agua y la técnica de envasado al vacío que se utilice:

1. Productos secos

Para productos con un mínimo contenido de agua y cuyo principal problema es la oxidación, se retira el oxígeno del aire en el envase y se reemplaza con nitrógeno antes de sellarlo. Ejemplos incluyen café, patatas fritas y frutos secos.

2. Productos de contenido medio en agua

Estos productos presentan problemas tanto de oxidación como de crecimiento de bacterias y mohos. Se utiliza una mezcla de N_2 y CO_2 para controlar el crecimiento bacteriano. Estos productos deben mantenerse a temperaturas bajas (0-2 ° C) para evitar la oxidación y el crecimiento de bacterias y mohos. Además, es importante mantener una buena higiene y asegurarse de cerrar bien las bolsas o recipientes después de cada uso para evitar la entrada de aire y mantener la frescura del producto. En resumen, para garantizar la calidad y la seguridad de estos productos, es necesario tomar medidas adecuadas de almacenamiento y manipulación.

3. Los productos con alto contenido en agua

Especialmente la carne, presentan una serie de desafíos para su conservación y mantenimiento de su calidad. La oxidación es uno de los mayores problemas, ya que afecta a su color, un factor clave para el consumidor a la hora de elegir un producto. La hemoglobina es el responsable de darle al producto el rojo tan apetecido por los consumidores, sin embargo, la oxidación puede resultar en un cambio en su color y afectar su frescura y calidad.

Además, el oxígeno es un factor clave en el desarrollo de bacterias de la putrefacción, por lo que se debe tener cuidado en la manipulación y almacenamiento de estos productos para evitar su crecimiento. Se sugiere utilizar el oxígeno únicamente cuando se trate de vender carnes al detalle, para garantizar una mejor apariencia y calidad del producto.

En resumen, los productos con alto contenido en agua requieren un cuidado especial para mantener su calidad y frescura. La oxidación y el crecimiento de bacterias son dos de los principales problemas a tener en cuenta, y se deben tomar medidas para controlarlos y garantizar la mejor calidad posible para el consumidor.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, cabe decir desde la posición del pinche de cocina hospitalaria que el buen el manejo de productos tratados y elaborados a través de la cocción al vacío es una técnica importante en la industria alimentaria, ya que esto permite prolongar la vida útil de los productos, géneros y alimentos y mejorar su calidad organoléptica. La figura del trabajador como pinche de cocina hospitalaria es clave en todo este proceso, ya que debe tener una formación y manejo adecuado y conocer a fondo las técnicas de cocción al vacío para garantizar la seguridad alimentaria y la calidad de los productos.

6 Bibliografía

1. Sánchez A, García P. La cocción al vacío en la industria alimentaria. Alimentación, Equipos y Tecnología. 2013;26(4):28-32.
2. Barba M, García J. Cocción al vacío y aplicaciones en la industria alimentaria. Tecnología de los Alimentos. 2012;33(1):12-16.
3. Martínez J, Rodríguez S. La cocción al vacío en la conservación de alimentos: una revisión. Revista de Tecnología de Alimentos. 2014;25(2):23-27.

Capítulo 280

ELABORAR UN DIAGRAMA DE FLUJO DE UN ALIMENTO POR PARTE DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ

1 Introducción

La seguridad alimentaria es un aspecto crítico en cualquier centro hospitalario, donde la salud de los pacientes es una prioridad. Para garantizar la seguridad de los alimentos que se preparan y consumen en el hospital, es necesario implementar un sistema APPCC (Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control). Uno de los primeros pasos para implementar este sistema es realizar una descripción completa de las comidas preparadas, que incluya información detallada sobre los ingredientes, el proceso de elaboración, las condiciones de emplatado y almacenamiento, entre otros aspectos relevantes. Una vez que se dispone de esta información, es fundamental elaborar un diagrama de flujo que refleje con precisión todas las operaciones que se realizan para obtener el producto final. Este diagrama de flujo es la base del análisis de peligros y puntos críticos de control, y debe ser lo suficientemente detallado para permitir una evaluación precisa de los riesgos asociados con cada etapa del proceso. Por lo tanto, la elaboración de un diagrama de flujo preciso y completo es fundamental para garantizar la seguridad alimentaria en un entorno hospitalario.

El pinche de cocina es un miembro esencial del equipo de cocina en cualquier entorno, y en particular en un hospital, donde la seguridad alimentaria es una prioridad absoluta. Una de las tareas más importantes que tiene el pinche de

cocina es la elaboración de un diagrama de flujo preciso y detallado de los procesos de elaboración de los alimentos que se preparan en el hospital. Este diagrama de flujo es la base del análisis de peligros y puntos críticos de control (APPCC), un sistema que garantiza la seguridad alimentaria y la calidad de los alimentos. El pinche de cocina debe tener un conocimiento detallado de todos los procesos de elaboración de los alimentos, desde la adquisición de las materias primas hasta la entrega a los clientes, para poder elaborar un diagrama de flujo preciso y completo. Además, es fundamental que el pinche de cocina esté comprometido con la seguridad alimentaria y trabaje en estrecha colaboración con el equipo APPCC para garantizar que se sigan todos los procedimientos de seguridad y se identifiquen y aborden los riesgos asociados con la elaboración y consumo de alimentos en un entorno hospitalario.

2 Objetivos

Desarrollar y realizar una exposición de la importancia de saber realizar un diagrama de flujo de cada uno de los alimentos que serán consumidos por los pacientes por el pinche de cocina en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Elaborar un diagrama de flujo para un alimento específico es una tarea importante para el pinche de cocina, ya que puede ayudar a mejorar la eficiencia del proceso de preparación, identificar puntos críticos de control y garantizar la seguridad alimentaria. A continuación, se presentan algunos puntos clave para elaborar y saber cómo hacer un diagrama de flujo para un alimento:
-Identificar el proceso: Antes de comenzar a dibujar el diagrama de flujo, es necesario identificar el proceso de preparación del alimento y definir las diferentes etapas que lo componen, desde la recepción de los ingredientes hasta la presentación

del plato final
-Definir los pasos: Una vez identificado el proceso, se deben definir los pasos que se llevan a cabo en cada etapa, y determinar el orden en el que se realizan.
-Identificar las decisiones críticas: En cada etapa del proceso, es posible que se tomen decisiones críticas que puedan afectar la seguridad o calidad del alimento, como por ejemplo la temperatura de cocción o la higiene de los utensilios. Es importante identificar estas decisiones y destacarlas en el diagrama de flujo.
-Dibujar el diagrama: Una vez definidos los pasos y las decisiones críticas, se puede proceder a dibujar el diagrama de flujo. Esto se puede hacer a mano o utilizando un software especializado, como Microsoft Visio o Lucidchart.
-Revisar y actualizar: Una vez elaborado el diagrama de flujo, es importante revisarlo y actualizarlo periódicamente para asegurarse de que refleje con precisión el proceso de preparación del alimento y las decisiones críticas que se toman en cada etapa
-Al seguir estos puntos clave, el pinche de cocina podrá elaborar un diagrama de flujo claro y preciso para un alimento específico, lo que contribuirá a mejorar la eficiencia del proceso de preparación y a garantizar la seguridad alimentaria.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del pinche de cocina en la seguridad alimentaria es de vital importancia en cualquier entorno, y especialmente en un hospital. Elaborar un diagrama de flujo detallado y preciso de los procesos de elaboración de los alimentos es una tarea crucial para garantizar la seguridad alimentaria y la calidad de los alimentos que se preparan y sirven a los pacientes y el personal del hospital. Además, el pinche de cocina debe tener un conocimiento profundo de todos los procesos de elaboración de los alimentos, desde la adquisición de las materias primas hasta la entrega a los clientes, y trabajar en estrecha colaboración con el equipo APPCC para identificar y abordar los riesgos asociados con la elaboración y consumo de alimentos en un entorno hospitalario. La seguridad alimentaria es una responsabilidad compartida por todo el equipo de cocina y es esencial para garantizar la salud y el bienestar de los pacientes y el personal del hospital.

6 Bibliografía

1. Corlett, J. y Williams, J. (2009). Puntos críticos de control para el servicio de alimentos hospitalarios. Revista de servicio de alimentos, 20(3), 125-135.

2. Etiquetado de ingredientes alergénicos en los alimentos. Orientación. Agencia de Normas Alimentarias.
3. Ministerio de Salud. (2018). Aseguramiento de la calidad de los alimentos en hospitales y otros centros de salud.
4. Organización Mundial de la Salud. (2019). Directrices de la OMS sobre preparación y manipulación inocuas de alimentos para servicios de catering hospitalario.

Capítulo 281

LA GRÚA HIDRÁULICA COMO MATERIAL PARA MOVILIZAR A LOS PACIENTES. EL CELADOR DURANTE LA MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE CON GRÚA HIDRÁULICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SELENIA NOVAS SALMERON

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

GUILLERMO GONZALEZ BENITO

OLGA SANCHEZ CLEMENTE

ENCARNI MONTES IGLESIAS

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos es la localización física dentro de los centros de atención especializada donde se encuentran ingresados aquellos pacientes con graves enfermedades cuyo estado de salud es reservado, muy grave o crítico.
Los pacientes que ingresan en estas unidades reciben atenciones especializadas para sus dolencias, es por ello por lo que la mayoría de estos pacientes consiguen

recuperarse y ser trasladados a planta para continuar allí con su mejoría antes de recibir el alta médica.
Sin embargo, la mayoría de estos pacientes pasan largas temporadas ingresados en las unidades de cuidados intensivos de los centros hospitalarios, y por lo tanto encamados. Es por ello, por lo que estos pacientes pierden gran parte de su movilidad y requieren de cuidados y atenciones de especialistas en rehabilitación para mejorar la movilidad perdida.
Tras la realización de ejercicios con los fisioterapeutas del centro hospitalario, estos pacientes consiguen aumentar la movilidad y volver a ser más autónomos, sin embargo, hasta que esta situación se produce, los profesionales sanitarios requieren de materiales auxiliares para poder movilizar a estos pacientes, generalmente pesos muertos que no pueden ser movilizados si no es con la ayuda de una grúa hidráulica o un elevador hidráulico manual o mecánico.

2 Objetivos

- Definir el concepto de unidad de cuidados intensivos.
- Conocer la situación de inmovilidad de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos.
- Detallar el procedimiento realizado durante la utilización de un elevador hidráulico como medio de movilización de un paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

La grúa hidráulica es un dispositivo mecánico o manual con el cual se puede movilizar a un paciente a través de un arnés colocado en el paciente.
Este material auxiliar permite al técnico en cuidados auxiliares de enfermería y al celador, encargados de las movilizaciones de los pacientes, movilizar a los pacientes encamados con graves problemas de movilización hacia el sillón.

La grúa o elevador hidráulicos está formado por:
- Una base estabilizadora con ruedas, que permite su traslado de un sitio a otro dentro de la unidad.
- Una bomba hidráulica que permite la movilización mecánica del elevador.
- Una percha o triángulo de sujeción donde se posiciona los enganches del arnés.
- Arnés o cabestrillo que permite la sujeción del paciente durante la utilización de la grúa.

La grúa hidráulica es un material de movilización y traslado, por lo que deberá ser utilizado por el personal subalterno (categoría profesional encargada de la movilización y el traslado de los pacientes dentro de la institución sanitaria). Sin embargo, la colocación del arnés al paciente es función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Procedimiento para la utilización de la grúa hidráulica.
- El celador movilizará al paciente hacia uno de los lados de la cama, mientras el técnico en cuidados auxiliares de enfermería posiciona el arnés debajo de la espalda del paciente.
- El celador posicionará al paciente en decúbito supino y se colocará en el otro lado de la cama para lateralizar al paciente hacia ese lado de la cama para que el tcae pueda extraer la otra parte del arnés.
- El celador introducirá la grúa hidráulica debajo de la cama y sujetarán el arnés en el perchero de la grúa.
- Una vez el paciente tiene colocado el arnés, se retirará los elementos que impidan el movimiento de la grúa y se procederá a subir al paciente con la grúa.
- Cuando el paciente este suficientemente subido, se retira la grúa de la cama para posicionar al paciente sobre el sillón.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se colocará detrás del sillón para ir colocando al paciente mientras la grúa va bajando.
- Retirar la grúa una vez el paciente esta perfectamente colocado en el sillón.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "La grúa hidráulica como material para movilizar a los pacientes. El celador durante la movilización de un paciente con grúa hidráulica en la unidad de cuidados intensivos" nos demuestran un método más para poder movilizar a los pacientes con graves problemas de movilidad, especialmente aquellos pacientes que se encuentran en las unidades de cuidados intensivos que requieren de unas movilizaciones específicas debido a sus dolencias.

Será función del celador la utilización de la grúa por lo que deberá preguntar a la persona responsable del paciente el momento idóneo para utilizar la grúa.

6 Bibliografía

1. Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013.

Capítulo 282

LOS CAMBIOS POSTURALES DEL PACIENTE ENCAMADO. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

GUILLERMO GONZALEZ BENITO

OLGA SANCHEZ CLEMENTE

ENCARNI MONTES IGLESIAS

SELENIA NOVAS SALMERON

1 Introducción

En las unidades de cuidados intensivos o plantas de hospitalización se encuentran pacientes ingresados que requieren de atenciones asistenciales en la cama, puesto que no pueden movilizarse. Esta inmovilización del paciente encamado se puede deber a:

- Estar en reposo absoluto por prescripción médica.
- No tener fuerza suficiente para poder movilizarse y levantarse de la cama.
- Estar en un estado crítico o con un pronóstico de salud reservado.

Las atenciones asistenciales que requieren estos pacientes serán realizadas por:
• Enfermero responsable, técnico en cuidados auxiliares de enfermería y celador en las unidades de cuidados intensivos.
• Enfermero responsable, técnico en cuidados auxiliares de enfermería y celador en las unidades coronarias de cuidados intensivos.
• Técnico en cuidados auxiliares de enfermería y celador en las plantas de hospitalización.
La participación de un número de profesionales u otros se debe al estado clínico del paciente.
Algunas de las actividades realizadas por estos equipos con los pacientes encamados son:
• Aseo diario en el turno de mañana.
• Cambio de pañal cuando el paciente ha miccionado o defecado, y revisión de pañal dos veces por turno.
• Administrar cremas y aceites.
• Toma de temperatura por turno.
• Toma de constantes por turno.
• Cambios posturales cada dos o tres horas.
La realización de este capítulo científico se centrará en el cambio postural de los pacientes encamados.

2 Objetivos

- Conocer el número de profesionales necesarios para el cuidado de los pacientes encamados
- Detallar las actividades más básicas realizadas a los pacientes encamados.
- Detallar el procedimiento realizado durante el cambio postural de los pacientes encamados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cambios posturales son aquellas movilizaciones realizadas al paciente con la finalidad de evitar la presión sobre ciertas zonas corporales del paciente encamado. Con el cambio de posición cada 2 o 3 horas el paciente no recibirá la presión de su cuerpo sobre la parte corporal sobre la que recae todo el peso del cuerpo.

La finalidad de realizar un plan de cuidados de cambios posturales es la de movilizar al paciente en un determinado de posturas siguiendo un orden establecido para que el paciente pase el mismo periodo de tiempo en una posición corporal que en el resto.

El equipo asistencial del paciente realizará los cambios posturales para conseguir los siguientes objetivos en el paciente encamado:

• Garantizar la comodidad y confortabilidad del paciente en la cama.
• Mejorar el bienestar del paciente durante su ingreso en el centro sanitario.
• Evadir o retrasar la aparición de roces y heridas por la presión ejercida.
• Evadir la creación de úlceras por presión.
• Reducir la creación de contracturas musculares al estar un periodo de tiempo prolongado en la misma posición.
• Evadir la creación de deformidades en las extremidades inferiores.

Las partes corporales de los pacientes encamados que más sufren este tipo de presión son:

• Codos, sacro, coxis, talones, hombros, rodillas, tobillos, dedos de la extremidades inferiores…

En los pacientes pediátricos, las partes corporales que más sufren son:

• Cabeza, orejas, pecho y sacro.

Cambio de postura corporal.

El celador se posicionará en el lado del paciente sobre el cual se quiere posicionar y lo movilizará hacia ese lado mientras el técnico en cuidados de auxiliares le proporciona crema hidratante en la parte dorsal o aceites en aquellas zonas donde empiezan a aparecer rojeces. Cuando la rojez pasa a herida se debe avisar al enfermero para que realice una cura y le coloque parches protectores.

Una vez realizadas las curas, se colocarán almohadas para evitar que el paciente se movilice solo y mantener la posición deseada.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "Los cambios posturales del paciente encamado. La actuación del celador durante la movilización del paciente encamado" nos demuestran la importancia de realizar un plan de cuidados en los cambios posturales en el paciente encamado, estableciendo un programa establecido que impide la repetición de posturas antes del tiempo deseado.
Durante los cambios posturales el celador se encargará de movilizar al paciente, por lo que deberá prestar atención al estado físico del paciente, orientando sus dudas para movilizar al equipo de enfermería. Es recomendable que ante cualquier anomalía sea comunicado al enfermero para que le aconseje al celador la mejor manera de movilizar a cada paciente.

6 Bibliografía

1. Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013.
2. Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
3. GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriáticos. España. Formación continuada Logoss. 2013.
4. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021.
5. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
6. RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018.
7. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021.

Capítulo 283

LA ATENCION AL PACIENTE EN ADMISION DE URGENCIAS

SHEILA GARCÍA HEVIA

1 Introducción

En la atención al paciente en admisión de urgencias de un centro sanitario, el administrativo recibe a pacientes enviados por su médico de cabecera o por el servicio de urgencias de su centro de salud, trasladados por el SAMU, o los que acuden por su cuenta cuando el propio paciente o su entorno consideran que necesita atención urgente.

En esta unidad se gestiona el acceso administrativo al Servicio de Urgencias, se recogen los datos de identificación de los pacientes para abrir la historia clínica, en el caso de que aún no exista, y se emite el impreso donde el personal de urgencias escribirá el diagnóstico de la exploración al paciente, así como una pulsera identificativa.

Cuando los pacientes que llegan al Servicio no se identifican como usuarios de los servicios públicos de salud, o los que directamente acudan con una aseguradora privada, se les emitirá un formulario de compromiso de pago, que tendrán que gestionar posteriormente en una entidad bancaria o a través del servicio de facturación del hospital.

Otra de las tareas de las que se ocupa el administrativo, es de la localización de los familiares, en caso de que no asistan junto con el paciente, facilitándoles un lugar de espera durante su asistencia y proporcionando la información necesaria, mientras dure su estancia en el servicio.

2 Objetivos

- Recoger los datos de identificación del paciente
- Abrir historia clínica
- Localización de familiares
- Gestionar procesos del paciente como cambio de ubicación en distintas áreas, ingreso, traslado o alta.
- Tramitar la documentación relacionada con situaciones judiciales

3 Metodología

Para la confección de este capítulo se ha realizado una investigación estudiando libros y se han consultado varios artículos en las principales bases de datos existentes en la Web, así como diversas leyes relacionadas con el Sistema de Salud Español.

4 Resultados

En admisión de urgencias se recogen los datos administrativos y la información necesaria para identificar al paciente. Aquí se hace entrega de la pulsera identificativa que el paciente deberá llevar hasta que sea dado de alta.
Si el estado del paciente es grave y hace necesario que sea llevado directamente a la zona de clasificación o a los boxes, serán los familiares o acompañantes quienes realicen el trámite de admisión en el servicio.
La documentación necesaria para realizar un registro correcto y una identificación que garantice la seguridad del paciente es un Documento identificativo, como el DNI, NIE, o pasaporte; y la Tarjeta sanitaria individual en vigor (TSI, TSE, etc.)
Si el paciente pertenece a otra entidad de asistencia sanitaria debe presentar durante su estancia (antes del alta) la autorización de la asistencia.
Si no se dispone de la documentación citada con anterioridad se puede contactar con cualquier administrativo del Área de Urgencias que informará sobre las opciones y pasos a seguir.
Una vez identificado el paciente, se abre una historia clínica, en caso de que no existiese ya en la base de datos del centro hospitalario, y se localiza a algún familiar, salvo que éste, en pleno uso de sus facultades mentales, lo rechazara.

En el caso de que el paciente acudiera al servicio de urgencias por accidente de tráfico, laboral o en el ámbito educativo, se emitiría un parte de lesiones para el conocimiento de la aseguradora correspondiente.
Si el motivo de la visita a urgencias fuera una agresión, se emitiría parte al juzgado lo más rápido posible.
Tras la identificación, pasa a la zona de triaje, donde un sanitario le clasificará según la gravedad, sintomatología y problema de salud que presenta para definir la prioridad de la atención.

5 Discusión-Conclusión

En admisión de urgencias de un hospital, el administrativo recibe a los pacientes que llegan al servicio. Les pide la documentación necesaria para hacer la identificación, les abre la historia clínica y les da una pulsera identificativa que deberá llevar puesta hasta ser dado de alta. A continuación, pasa a la zona de triaje, donde un sanitario se ocupa de su clasificación según su gravedad.
Si el estado del paciente no permite que sea él mismo el encargado de este trámite, pasará directamente a la zona de triaje o a boxes y será el acompañante el encargado de este trámite.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos de carácter personal
- Atención al paciente. Autor: Manuel Vergés Llorach, Inmaculada Algara López.
- https://www.ibsalut.es/asme/ca/17-hospital/cartera-de-servicios/20-admision-y-documentacion-clinica.html

Capítulo 284

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS

VANESSA GARCIA RAMOS

MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA

JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

1 Introducción

El servicio de radiología del centro hospitalario, sin lugar a dudas, es uno de los servicios que más demanda tiene en la atención de pacientes ingresados tanto en el propio centro hospitalario, como de los paciente programados, que acuden desde sus casas o desde su centro de salud de atención primaria. No son solo estos pacientes los atendidos en el servicio, sino que además, el servicio de radiología está compuesto por una zona exclusiva para las pruebas radiológicas que se derivan desde el servicio de urgencias, añadiendo más cantidad de pacientes y demandas atendidas en el servicio.
Esta gran demanda de pacientes viene precedida por la gran variedad de pruebas que se realizan en el servicio, desde las placas radiológicas normales, hasta las

resonancias magnéticas, pasando por ecografías, estudios óseos completos, tacs, punciones, etc…
Tal cantidad de pacientes atendidos en tantas variedades de pruebas diagnósticas, exigen que el servicio sea atendido por un gran equipo multidisciplinar de profesionales, entre los que se encuentran el personal sanitario, como enfermeras, técnicos y radiólogos, y personal no sanitario entre los que se encuentran celadores y auxiliares administrativos. De estos últimos versará el siguiente capítulo, de sus funciones realizadas en el servicio y de su implicación en el mismo.

2 Objetivos

-Conocer la organización y el funcionamiento del servicio de radiología.
-Analizar las funciones del auxiliar administrativo dentro del servicio de radiología.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente capítulo, se ha hecho un estudio que consta en una revisión de revistas científicas debidamente revisadas. Se ha efectuado una búsqueda en libros y en artículos de las bases de datos como Pubmed,Medline, y Scielo,seleccionando diferentes artículos, con una selección de varios artículos científicos que proceden de publicaciones académicas debidamente revisadas.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desde el mostrador de citas de radiología, recoge los volantes que le son entregados por los pacientes que acuden a realizarse algún tipo de prueba. Sea cual fuese la prueba, el auxiliar administrativo da de alta al paciente en su correspondiente sala de prueba, para que en el programa informático de la pantalla de sala, aparezca, dicho paciente. Posteriormente le indica al paciente el número de sala donde debe esperar a ser llamado.
Los pacientes derivados de los especialistas hospitalarios, también acuden con la petición de cita al mostrador. El auxiliar administrativo le da el volante con la consiguiente fecha y hora de realización de la prueba mencionada.
El auxiliar administrativo distribuye todos los volantes urgentes a las diferentes salas, confinen vayan entrando por el mostrador, dándoles de alta en dicha sala anteriormente.

Existen pruebas, que son informadas por el radiólogo, es decir, que el radiólogo en base a las mismas emite el consiguiente informe. Estas pruebas son ecografías, tacs, resonancias, etc.
El auxiliar administrativo tiene la función de remitir a cada destinatario los informes que se emiten desde el servicio de radiología, ya sea a domicilios de pacientes externos o a las diferentes unidades hospitalarias. En esta remisión el auxiliar administrativo siempre hace el asiento en el programa de informes enviados, anotando, la fecha y hora de la emisión.
El auxiliar administrativo también tiene las funciones de adelantar citas, es decir, cuando en la agenda, por ausencia del paciente programado, queda hueco, el auxiliar llama al siguiente de la lista de espera para adelantar su cita, siempre y cuando el paciente esté de acuerdo con el adelanto.
El auxiliar administrativo deja constancia de todos los documentos generados en el servicio en su consiguiente programa informático, destruyendo el papel en la destructora del servicio, por el tema de la protección de datos.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo destinado en el servicio de radiología debe reunir unas características especiales, debe ser un profesional dinámico y ágil en la resolución de problemas informáticos y de citaciones, puesto que la gran demanda de pacientes atendidos da lugar a muchas situaciones de errores informáticos, y éstos pueden provocar la demora en la realización de las pruebas diagnósticas que tenga el paciente.
El auxiliar administrativo de radiología debe ser consecuente con su quehacer diario, en la protección de datos de los pacientes, y destruir diariamente toda documentación soporte físico en papel, previamente pasadas a los consiguientes programas utilizados y en los asientos informáticos.

6 Bibliografía

1. Trabajo del auxiliar administrativo en la recepción de pacientes en radiología. Disponible en: https://revistamedica.com
2. El auxiliar administrativo en el área de radiología. Disponible en: https://revistaocronos.com
3. Funciones del auxiliar administrativo en un hospital. Disponible en: https://revistamedica.com

Capítulo 285

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE

MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS

VANESSA GARCIA RAMOS

MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA

JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

1 Introducción

La unidad de atención al paciente se encarga de la resolución de todas las cuestiones que pudieran surgir durante la estancia del paciente en el centro hospitalario, a sus familiares, como usuarios del sistema nacional de salud. Desde la información de la ubicación de todos los servicios, hasta la tramitación de las quejas o sugerencias que pudieran tener, tanto los acompañantes, como los propios pacientes, la unidad de atención al paciente es la responsable de realizar dichas tramitaciones.
La unidad de atención al paciente suele encontrarse cerca de la puerta principal del centro hospitalario, para facilitar su ubicación y localización, pues, además de atender a los pacientes y familiares, también es la encargada de atender a

cualquier usuario del centro hospitalario en la gestión y tramitación de cualquier documentación relacionada con sus procesos asistenciales.
La unidad de atención al paciente suele estar atendida por los auxiliares administrativos, aunque en algunos centros hospitalarios, puede existir, también la figura de la enfermera, junto a aquel, puesto que existen, documentos generados en el centro hospitalario, cuyo acceso está restringido, excepto, para el personal sanitario.
En el siguiente capítulo se van a analizar las funciones que el auxiliar administrativo realiza en esta unidad de atención al paciente.

2 Objetivos

- Conocer cómo funciona la unidad de atención al paciente.
- Describir las funciones que el auxiliar administrativo realiza en la unidad de atención al paciente.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente capítulo, se ha hecho un estudio que consta en una revisión de revistas científicas debidamente revisadas. Se ha efectuado una búsqueda en libros y en artículos de las bases de datos como Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando diferentes artículos, con una selección de varios artículos científicos que proceden de publicaciones académicas debidamente revisadas.

4 Resultados

La unidad de atención al paciente es la encargada de atender todas las demandas de los usuarios del centro hospitalario, tanto de los pacientes, como de sus familiares y allegados. El auxiliar administrativo tiene la función de recoger estas demandas, así como de instruir a los mismos en el uso de sus derechos y obligaciones como usuarios y pacientes, entregando los dípticos o trípticos que el centro sanitario ha realizado para tal menester.
El auxiliar administrativo informa todo lo referente al ingreso del paciente, la unidad hospitalaria donde se ubicará y todos los servicios disponibles en el centro hospitalario, entregando un mapa de la localización de todos los servicios que existen en el centro hospitalario, cafeterías, zona de descanso, jardines, etc.

Toda la documentación generada en estas funciones anteriores, el auxiliar administrativo es el encargado de gestionar y tramitar, remitiendo los oportunos documentos a las unidades o servicios pertinentes. Al mismo tiempo tramitará las hojas de quejas y de sugerencias que puedan surgir, es decir, el paciente, en papel físico, rellena la queja o sugerencia, sellada y registrada y la entrega al auxiliar administrativo, que le dará copia, y la remitirá al servicio o unidad hospitalaria donde va dirigida.
El auxiliar administrativo recogerá todas las peticiones que vengan por parte de los pacientes o usuarios del centro hospitalario, como la petición de informes o pruebas realizadas, documentación guardada de la historia clínica, etc., que en cualquier momento pudiera necesitar el paciente o usuario, remitiendo posteriormente dicha documentación solicitada al domicilio del paciente.
Como es una unidad donde el volumen de trabajo es amplio, el auxiliar administrativo, tiene la función de hacer guardar los turnos de entrada y que se guarde el silencio y respeto debido en la sala de espera.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo tiene que tener en este puesto, unos nervios de acero, y mucha paciencia. Los usuarios que acuden a dicha unidad lo hacen en multitud de ocasiones, enfadados y cabreados con el sistema sanitario, debido a las largas listas de espera, o a la mala praxis en la asistencia a algún familiar o allegado.
El auxiliar administrativo debe ser un profesional que ponga en juego en su labor diario, toda la empatía y ponga en práctica las habilidades sociales, para atender y salvar situaciones de verdadera crispación y altercados.
Es frecuente, que el auxiliar administrativo en la unidad se vea necesitado de llamar al servicio de seguridad en muchas ocasiones de alteraciones del ánimo y carácter del usuario.

6 Bibliografía

1. El auxiliar administrativo y su función en la atención al paciente. Disponible en: https://congresosicepa.com
2. El auxiliar administrativo y la atención al paciente. Disponible en: https://revistamedia.com
3. El auxiliar administrativo en atención al paciente. Disponible en: https://feinaactiva.gencat.cat

Capítulo 286

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO HOSPITALARIO

MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS

VANESSA GARCIA RAMOS

MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA

JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

1 Introducción

Cualquier empresa para que funcione correctamente y con eficacia y eficiencia, debe contar con un departamento de recursos humanos, desde donde se gestiona todo lo concerniente con el personal que trabaja en la misma. Lo mismo ocurre cuando se refiere a un centro hospitalario, la unidad de recursos humanos gestiona, tramita, coordina y emite todos los aspectos relacionados con el personal sanitario y no sanitario que trabaja en el mismo.
El jefe del departamento de los recursos humanos de un centro hospitalario suele ser un profesional correspondiente al grupo A, esto es, que tiene que estar en pos-

esión de una carrera de grado o licenciatura, entre ellos, pueden ser economistas, abogados, etc…
De éste jefe de personal de recursos humanos, dependen administrativos y auxiliares administrativos, que juntos desempeñan la labor desde la contratación de profesionales, hasta la realización de nóminas, permisos, ceses, vacaciones, etc., de todo el personal del centro hospitalario y de los centros de salud dependientes de la gerencia hospitalaria correspondiente.
Del mismo modo, corresponde al departamento de recursos humanos, la elaboración de cuantas actas de reuniones sean precisas, y de las sanciones y reducciones que se por parte de las representaciones sindicales se demanden, siempre con una base fundamentada en el Estatuto Marco y el Estatuto de los Trabajadores.

2 Objetivos

-Conocer la metodología de trabajo que existe en el departamento de recursos humanos hospitalarios.
-Describir las funciones que el auxiliar administrativo desarrolla en el departamento de recursos humanos hospitalarios.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta numerosas búsquedas de información en diversas fuentes científico técnicas, así como la lectura de diversos epígrafes y capítulos de libros científicos. Además, se ha consultado diversas fuentes bibliográficas y webgráficas en buscadores como: Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

Cuando se necesita cubrir algún puesto específico en el centro sanitario, es el auxiliar de recursos humanos, quien, siguiendo una lista de puntuación, realiza las llamadas telefónicas oportunas a los candidatos de esa lista, hasta la aceptación del contrato correspondiente ofertado, dejando constancia en su historial del profesional la aceptación o rechazo de la misma, así como, informando de las consecuencias de la no aceptación de dicha oferta, una penalización en tiempo para no ser llamado.

Cuando un profesional sanitario o no sanitario es llamado a trabajar desde recursos humanos a un centro hospitalario o a un centro de salud, lo primero que tiene que realizar es dirigirse hasta este departamento a firmar el contrato aceptado. El auxiliar administrativo que lo atiende al trabajador le explica el tipo de contrato, corta o larga duración, y la unidad o servicio hospitalario donde ha sido destinado. En estas explicaciones el trabajador a demanda del auxiliar administrativo, firma la correspondiente aceptación de la consulta de sus datos penales y sexuales, puesto que para trabajar en un centro hospitalario no pueden tenerse antecedentes sexuales.

Si el profesional es la primera vez que trabaja en el centro hospitalario en cuestión, el auxiliar administrativo le demanda, fotocopia del DNI, fotocopia de la tarjeta sanitaria, fotocopia de la cuenta bancaria y fotocopia del título del contrato de la categoría aceptada. Con todos estos documentos el auxiliar administrativo le abre un registro y archiva su carpeta de nuevo profesional.

El auxiliar administrativo también confecciona las nóminas de los profesionales del centro hospitalario, para ello cuenta, con unos programas informáticos adecuados, y siguiendo los cuadrantes de trabajo entregados por los jefes o supervisores de todas las unidades hospitalarias, así como de todas las jefaturas que hubiesen establecidas.

5 Discusión-Conclusión

Son fundamentales las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el departamento de recursos humanos pues con ellas el funcionamiento del hospital en cuanto a materia de personal sigue su ritmo normal y cotidiano, evitando el desabastecimiento de profesionales en las unidades o secciones que se necesiten, a tiempo y según las necesidades puntuales o duraderas.

Al mismo tiempo, el auxiliar administrativo de recursos humanos tiene que estar en continua formación puesto que son muchos los programas informáticos utilizados y muchas las actualizaciones que tienen, obligando en muchas ocasiones, a las instituciones sanitarias a la impartición de cursos dirigidos a los auxiliares administrativos.

6 Bibliografía

1. Qué hace un auxiliar administrativo en de recursos humanos. Disponible en: https://euroinnova.ec

2. El auxiliar administrativo en el departamento de recursos humanos. Disponible en: https://revistamedica.com
3. Funciones del auxiliar administrativo sanitario. Disponible en: https://revistamedica.com

Capítulo 287

EL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

JOSE LUIS SALMERON SUAREZ

PATRICIA CALZÓN FERNÁNDEZ

1 Introducción

Definimos como “acoso” a cualquier declaración, conducta o acto que no se considere adecuada o se considere fuera de lugar que implique comportamientos ofensivo, humillante, violento, intimidatorio o que se entrometa en la vida privada de algún compañero.

Este tipo de acoso en el ámbito laboral, también conocido como “mobbing” puede ser definido como amenazas, burlas o comunicación sin ética o respeto llevada a cabo por uno o varios compañeros en contra de otra persona, con actitud de desprestigio profesional, buscando molestar al acosado (provocando aislamiento con el resto, soledad, debilidad o aislamiento) y con una cadencia temporal regular. El maltrato o desprecio hacia las víctimas por sus ideas políticas, religiosas o sindicales, por su estado civil, etnia u orientación sexual y por poseer una discapacidad o por ser una mujer embarazada, también se considera maltrato o acoso laboral.

Tanto el sector sanitario como el sector de la educación son dos de los sectores más afectados y perjudicados por el acoso laboral.

En el sector sanitario, conlleva elevado cansancio, agotamiento y estrés derivado de la elevada carga física y mental por la organización de los turnos y el tipo de trabajo que se realiza.

La necesidad de formación continua y actualización de conocimientos, sumado a la necesidad de trabajar con una alta concentración provoca agotamiento físico y emocional en los trabajadores del ámbito de la salud.
La posición (remuneración, rango laboral..) y el carácter son factores muy a tener en cuneta en relación con el acoso laboral.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar los principales tipos de acoso existentes en el ámbito sanitario.

Objetivos secundarios:
- Dentro del acoso laboral, identificar sus principales conductas.
- Identificar y tratar de comprender los tipos de acoso laboral más frecuentes en el ámbito sanitario.
- Definir los pasos y medidas que a seguir por el receptor del acoso a la hora de emprender trámites legales.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente para la realización de este capítulo. Hemos 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

Las modalidades de acoso laboral que podemos encontrar en el ámbito sanitario son varias, entre las que podemos encontrar:
Acoso discriminatorio: por motivos de raza, etnia, edad u orientación sexual la víctima se encuentra en situación discriminatoria no deseada a través de la intimidación, desprecio o humillación por parte del acosador buscando este dañar a la víctima.
Acoso institucional: a través de presión psicológica, hostigamiento, persecución y ofensa, la víctima se encuentra en situación no deseada. Esta situación es llevada a cabo por uno o varios compañeros con el consentimiento y la complicidad del resto, buscando de alcanzar un beneficio colectivo.

Acoso por motivo de sexo: conducta o comportamiento intimidatorio u ofensivo por parte del acosador a la víctima, en función del sexo, buscando el menosprecio de su dignidad.
Acoso sexual:hablamos en este caso de la víctima que se encuentra en una situación no deseada en la cual recibe sobre ella un comportamiento verbal o físico de naturaleza sexual por parte del acosador, intimidarla y ofendiéndola con el fin de perjudicar su dignidad.
Podemos identificar varios tipos de conductas que componen el acoso laboral:
1. Despreciar u ofender a un compañero de forma recurrente, con continuas correcciones y regañándolo en público, y contar falsedades sobre su vida privada o sobre su trabajo: Trato vejatorio.
2. Mandarle a la víctima hacer realizar tareas sin valor o inútiles o tareas irrealizables, dejar a la víctima aislada, incomunicada o incluso tenerla sin realizar ningún tipo de trabajo: Abuso de autoridad.
3. El acoso de forma discriminatoria por ideales sindicales, políticas o religiosas, por edad, por poseer una discapacidad, por embarazado, nacionalidad, etnia, su estado civil o por su orientación sexual.
Si nos enfocamos en el ámbito sanitario los tipos de acoso laboral más habituales son:
Aquel que suele ocurrir debido a una posición parecida dentro del servicio sanitario (dos auxiliares administrativos, o entre dos enfermeras, o entre varias auxiliares de enfermería y un celador).. Suele ser causado por problemas personales y se conoce como: Acoso laboral horizontal.
Aquel que tiene lugar entre diferentes jerarquías y puede ser de orden ascendente o descendente: Acoso laboral vertical. Es mucho más el acoso laboral vertical descendente (un superior jerárquico hostiga a un inferior). El acoso laboral vertical ascendente sucede en muchas menos ocasiones (es el caso en el que uno o varios inferiores acosan a un superior).
Cuando nos encontramos con el caso de un acoso laboral horizontal, que en conocimiento de los estatutos superiores, no se toma ningún tipo de medida buscando solucionar el problema: Acoso laboral mixto.
La víctima, a la hora de emprender trámites legales, tiene diversas formas de poder proceder entre las que citaremos: buscar a un abogado especializado, acudir a un sindicato donde la asesoren. También puede acudir a la inspección de trabajo con un abogado y también denunciar a través de la vía penal, civil, laboral y contencioso-administrativa.

5 Discusión-Conclusión

Observamos el acoso laboral suele ocurrir cuando una o más personas buscan ofender, hostigar o intimidar de forma repetida y durante un tiempo prolongado a uno o más compañeros de trabajo, suponiendo para los acosados un riesgo para su salud.

A causa del acoso laboral en el sector sanitario observamos muchas consecuencias entre las que destacan: vergüenza, miedo, impotencia, ira, culpabilidad personal, padecer depresión, estrés, pérdida del apetito, insomnio y sentir insatisfacción en el trabajo. Todo ello repercute de forma negativa en el desarrollo de nuestra labor profesional, debido a la mala relación con compañeros, provocando una bajada en el rendimiento el trabajo. A causa de todo esto también se dan más bajas por enfermedad en los trabajadores y se cuida peor al paciente, suponiendo un incremento en el gasto para el sistema sanitario.

Los principales Organismos Internacionales recomiendan elaborar códigos de buenas prácticas e impulsar las políticas de prevención.

6 Bibliografía

1. Curso con el título “Acoso Laboral en el Ámbito Sanitario” de la plataformaLOGOSS

2. www.superrhheroes.com

Capítulo 288

EL CELADOR Y LA ACTUACIÓN CON EL NEONATO

JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ

YOLANDA SILGADO ARANDA

MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS

VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS

1 Introducción

La figura del celador en la unidad de neonatos es de gran importancia ya que es el encargado de llevar a los neonatos a que se le realicen las diferentes pruebas que sean pautadas por el médico.
Cuando hablamos de neonato nos referimos a un niño recién nacido que posee menos de 4 semanas de edad o lo que equivale a 28 días.
Los neonatos se dividen en dos grupos:
-Posneonatal: se denomina al bebe desde el día 28 hasta que cumple el primer año de vida.
-Periodo neonatal precoz: este comprende un periodo desde su primera semana de vida a la cuarta semana de vida.

Dentro de la clasificación posneonatal y el periodo neonatal precoz, el neonato se puede clasificar según su tamaño y según su edad gestacional, que vamos a desarrollar posteriormente.

Clasificación del neonato según su tamaño:
*Neonatos apropiados para la edad gestacional: el recién nacido presenta un adecuado desarrollo intrauterino.
*Neonatos pequeños para la edad gestacional: son aquellos que presentan un retraso en su desarrollo intrauterino.
*Neonatos grandes para la edad gestacional: son aquellos que presentan un muy superior a su edad gestacional.
*Neonatos con bajo peso al nacer: son aquellos cuyo peso es inferior a los 2.500 gr, sin importar la edad gestacional.

Clasificación según su edad gestacional:
*Prematuro o pretérmino: él bebe ha nacido antes de las 37 semanas de gestación.
*Neonato a término: él bebe ha nacido entre la semana 37 y la semana 42 de gestación.
*Neonato posmaduro o postérmino: es él bebe que ha nacido después de la semana 42 de gestación.

2 Objetivos

Explicar cuáles son las funciones que realiza un celador dentro de un hospital en el área de neonatología.

3 Metodología

Para poder elaborar este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica y se han consultado diferentes artículos y revisiones bibliográficas, siguiendo una serie de pasos consistentes para poder buscar la información tanto en libros como en diferentes tipos de artículos de publicaciones que han sido revisadas anteriormente. 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

Dentro del servicio de neonatología la figura del celador es de gran importancia, ya que es el encargado de llevar al neonato para que se realice cualquier tipo de prueba.

Aparte de llevar al neonato a que se le realice los diferentes tipos de prueba, también tiene las siguientes funciones:
-Recogerá la carpeta de la historia clínica del recién nacido, en el que tendrá que llevar dos pegatinas de identificación, dos pulseras identificativas.
-En caso de que el TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería), lo necesite tendrá que ayudarle a asear al neonato, teniendo especial cuidado en la higiene de los ojos y en las fosas nasales.
-Vigilarán las entradas de neonatología, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas que estén autorizadas para ello.
-Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y el mayor silencio posible en todas las dependencias de la institución.
-Darán cuenta de manera inmediata a los superiores de cualquier anomalía o desperfectos que encuentren, ya sea de limpieza, material, etc.
-Se abstendrán de hacer comentarios sobre el pronóstico o tratamiento que estén sometiendo al neonato.
-Serán funciones del celador también aquellas que se les sean mandadas por un superior.
-Ayudarán a enfermería en caso de que se lo pidan a tallar y a pesar al neonato.
-La función de mayor importancia es que la cuna o la incubadora deberá estar en perfecto estado y siempre debe de estar en buen estado para recibir al neonato en cualquier momento.
Cuando hablamos de incubadora es una cámara cerrada de material transparente que incluye un colchón esterilizado para acostar al bebe, con calefacción, filtro de aires, ventanas para manipular al bebe, y sofisticados sistemas de monitores en el que incluyen un control de peso, respiración, control cardiaco y actividad cerebral.

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador cada día es más importante en cada una de las diferentes áreas de hospitalización dentro de un hospital, siendo la persona que pasa más desapercibida tanto por el paciente como por los propios familiares de dicho paciente. La amabilidad, la seguridad y el conocimiento de los diferentes protocolos de actuación que se pueden desarrollar, esto hace que le dé confianza a los familiares de los neonatos durante su estancia hospitalaria, siendo la primera persona en recibirla y siendo la última persona en despedirlos cuando son dados de alta o trasladados a otra unidad de hospitalización dentro del hospital. Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que

desempeña en neonatología y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario.

6 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org/wiki/Incubadora
- http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html
- https://revistamedica.com/objetivos-celador-neonatologia/

Capítulo 289

LA VISIÓN GENERAL DE UN CELADOR COMO PROFESIONAL DEL SISTEMA SANITARIO

JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ

MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ

YOLANDA SILGADO ARANDA

VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS

1 Introducción

El celador es la persona que pertenece a personal no sanitario, el cual trabaja en el servicio de las instituciones sanitarias. En todas las áreas de hospitalización dentro de un hospital, se encuentra la figura del celador, ya que dicho personal realiza una serie de funciones que son de gran importancia.

El celador es la persona, que se dedica a vigilar que toda persona haga un uso correcto de las instalaciones cumpliendo las normas, velando que todas las instalaciones se encuentren limpias.
La figura del celador pasa desapercibida por parte de los pacientes y de los propios familiares, siendo de gran importancia.

Las funciones del celador estas regulada por el estatuto preconstitucional del año 1971, posteriormente fueron actualizadas que dicha actualización se realizó a través de la Ley 55/2003, 16, de diciembre, en el Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.

Dentro de un hospital se encuentran los siguientes celadores, los cuales desarrollaran las diferentes funciones según el área donde se encuentren ubicados:
-Celador de almacén.
-Celador de centros de salud o ambulatorios.
-Celador encargado de turno.
-Celador de lavandería.
-Celador de autopsias.
-Celador de hospitalización.
-Celador de puerta.
-Celador de Quirófano.
-Celador de Urgencias.
-Celador de UCI (Unidad de Cuidados Intensivos).
-Celador de farmacia.
-Celador de animalario.
-Celador de partos.
-Celador de endoscopias.
-Celador de centro de día.
-Celador de hemodiálisis.

2 Objetivos

Exponer de forma general cuáles son las funciones que realiza un celador en las diferentes áreas dentro de un hospital.

3 Metodología

Para poder elaborar este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica y se han consultado diferentes artículos y revisiones bibliográficas, siguiendo una serie de pasos consistentes para poder buscar la información tanto en libros como en diferentes tipos de artículos de publicaciones que han sido revisadas anteriormente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones del celador aparecen recogidas en el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de trabajo de 5 de julio de 1971, en el artículo 14.2.
Vamos a proceder a exponer as funciones que realizan:

-Se tramitarán sin tardanza las comunicaciones, tanto los documentos, las verbales u objetos que sean ordenados por sus superiores al lugar ordenado.
-Cuidarán como el resto del personal sanitario, que tanto los pacientes como los familiares hagan un uso adecuado de los enseres y de las instalaciones en las que se encuentra el paciente.
-Vigilarán las entradas de acceso, no permitiendo dicho acceso al interior a las personas que no estén autorizados para dicha entrada, pidiendo que los familiares tengan el permiso firmado por el médico.
-Se conseguirá que tanto en las habitaciones de las plantas de hospitalización como en el resto de las dependencias comunes haya el mayor silencio posible y mayor orden.
-En caso de observar cualquier tipo de desperfecto, tanto en las habitaciones de las plantas de hospitalización como en las dependencias comunes, se dará de forma inmediata parte a los superiores.
-Será función de los celadores el traslado de los enfermos, tanto dentro de la zona de hospitalización, consultas externas, quirófano como urgencias.
-Ayudarán tanto a enfermera como al TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería), a la movilización de los pacientes para que ellos puedan realizar de manera correcta las diferentes pruebas.
-Se abstendrán de hacer comentarios tanto con los familiares como con el propio paciente, sobre su tratamiento o su propio diagnóstico, en caso de que los familiares quieran conocerlo se le orientará a la consulta del médico que tenga asignado dicho paciente.
-Será también función del celador todas aquellas funciones que sean encomendadas por los superiores, en las cuales no se utilice ningún tipo de instrumental sobre el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador es dicha importancia ya que es el encargado de la movilización del paciente y es el encargado del transporte del paciente por las difer-

entes instituciones de un hospital, para la realización de las diferentes pruebas que les sean mandadas por los médicos para su tratamiento o para su diagnóstico. El celador es la persona que más tiempo pasa con el paciente ya que es la persona que es el primero en recibirlo y el último en despedirse de él cuando el paciente es dado de alta.
Cada vez se le están aumentando más las funciones que debe de realizar un celador, esto hace que sea una persona fundamental en el trabajo de cualquier institución dentro de un hospital.

6 Bibliografía

- https://www.masterd.es/blog/que-es-un-celador
- https://www.campustraining.es/noticias/tipos-de-celador/

Capítulo 290

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES QUE DESARROLLA EN EL SERVICIO DE AUTOPSIAS

JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ

VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS

MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ

YOLANDA SILGADO ARANDA

1 Introducción

Dentro de un hospital encontramos una sala la cual recibe el nombre de sala de autopsias, dicha sala está formada por los siguientes profesionales: médico forense, técnico de anatomía patológica, tcae (técnico en cuidados auxiliares de enfermería) y celador.
La sala de autopsias es el lugar donde se realiza como bien indica su nombre una autopsia, esto es un estudio tanto interno como externo de una persona que ha fallecido, tomando muestras tanto de órganos como riñón, pulmones, hígado, cerebro, riñón, etc., o fluidos corporales, con esto se lleva a cabo para obtener información privada anatómica de la causa de la muerte de dicho paciente, así conociendo las complicaciones de la enfermedad que sufrió durante su vida hasta que esta le produjo la muerte.

La sala de autopsias debe de tener las siguientes medidas higiénicas-sanitarias:
-La sala de autopsias deberá de estar aislada, permitiendo dicho acceso solamente acceso a personal autorizado para dicha entrada.
-Los suelos deben ser impermeables y de fácil limpieza.
-Los techos deben ser lisos, material adecuado y de fácil limpieza.
-La iluminación es un dato muy importante debe de oscilar entre 350 a 500 lux.
-Sistema de depuración de residuos.
-Sistemas de climatización que sean de rápida absorción para la eliminación de malos olores.
No cualquier celador está preparado para estar en la sala de autopsias, ya que como es una práctica de autopsias ha de estar muy preparado, es una situación muy incómoda, tanto para el sentido del olfato como para el de la vista.
Las autopsias pueden afectar de manera psicológica, ya que no solamente se le realiza a una persona mayor, sino que también se le puede realizar a un bebe o a un niño. Otro dato muy importante que hay que tener en cuenta es la fecha del fallecimiento de la persona, a mayor fecha de fallecimiento, el estado del cadáver se encontrará en peor estado tanto a nivel de visión como a nivel de olor, llegando a ser una autopsia muy desagradable.

2 Objetivos

Describir cuáles son las diferentes funciones que realiza un celador en la sala de autopsias.

3 Metodología

Para poder elaborar este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica y se han consultado diferentes artículos y revisiones bibliográficas, siguiendo una serie de pasos consistentes para poder buscar la información tanto en libros como en diferentes tipos de artículos de publicaciones que han sido revisadas anteriormente. 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

Vamos a describir cuáles son las funciones que debe de conocer un celador dentro de la sala de autopsias, cuando se va a proceder a realizar una autopsia a una persona.

-La figura del celador es la persona encargada de llevar al cadáver desde la cámara frigorífica que se encuentra ubicada en el mortuorio hasta la sala de autopsias que dicha sala se encuentra dentro del mortuorio, para iniciar la autopsia.

-Preparación de cadáver para iniciar la autopsia, como el médico forense lo desee, estando pendiente en todo momento por si se tiene que realizar en cualquier momento cualquier técnica de movilización.

-Se colocará al cadáver en la mesa de autopsias en decúbito supino (boca arriba).

-Durante la ejecución de la autopsia se debe de conservar un ambiente de respeto impidiendo entrar durante el proceso en dichos morbosos y/o ociosos.

-Se debe de tener el mismo respeto con el paciente fallecido que vivo.

-Se deberá de colaborar con el médico forense durante el proceso de la autopsia, en aquellas prácticas en las cuales, no se haga uso del instrumental, sobre el paciente fallecido, así como la ejecución de cualquier tipo de movilización.

-Introducir en cubos herméticos restos humanos para su traslado e incineración por la empresa autorizada para ello.

-Recomponer y asear al cadáver una vez que ha sido terminada la autopsia.

-Se realizará también cualquier otra función que le fuera encomendada por el personal médico en relación con la práctica de autopsias.

Vamos a nombrar la ropa que deberá de tener todo el personal a la hora de realizar la autopsia:

*Gorro que cubra totalmente el pelo.

*Gafas protectoras con visor.

*Mascarilla quirúrgica.

*Bata quirúrgica.

*Zuecos de goma.

*Protectores de plástico para los brazos.

*Delantal impermeable largo para evitar mojarte la ropa.

*Guantes de látex.

5 Discusión-Conclusión

El poder contar en la actualidad con las autopsias hace que un buen estudio realizado por el médico hace que se sepa a la perfección cuál ha sido la causa del

fallecimiento de la persona. Es de gran importancia el poder contar con la figura del celador a la hora de realizar una autopsia, ya que es el encargado de efectuar cualquier técnica de movilización para que el médico forense pueda realizar de manera correcta la autopsia.
La figura del celador deberá de estar muy mentalizado de las funciones que va a realizar ya que son prácticas muy desagradables, que afectan tanto a los sentidos como de manera psicológica.

6 Bibliografía

-https://www.boe.es/buscar/pdf/1982/BOE-A-1982-22965-consolidado.pdf
-https://es.wikipedia.org/wiki/Autopsia
-http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-2_17.html

Capítulo 291

EL TRABAJO DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

LORENA DELGADO GONZALEZ

NOELIA GARCIA MUÑOZ

ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA

MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE

1 Introducción

La atención primaria supone el primer nivel en la asistencia sanitaria a la que puede acceder el paciente. Este primer acercamiento a la atención primaria se materializa en los centros de salud, los consultorios locales de zona y los centros en zonas rurales.

La atención primaria ofrece los servicios de las consultas de los médicos de cabecera o de familia, llamados así, porque en sus cupos de pacientes están los mismos, y por tanto, la atención y seguimiento de los mismos es para toda la vida del paciente, excepto, que éste desee cambiar de profesional.

En todos los centros de atención primaria, al menos, existe la figura del médico de familia y la enfermera, y en los centros de salud y consultorios locales, se encuentran también, los auxiliares administrativos, los celadores, pediatras, matrona y en algunos, los higienistas dentales.

Los centros de salud, los consultorios locales y los que están en las zonas rurales, atienden a una población, que abarca, el pueblo o la ciudad donde están ubicados, los rurales, atienden a una población escasa, pero aislada en el mundo rural.
En este capítulo se tratará de describir las funciones de los celadores destinados en estos centros, excepto en los rurales que no suele existir la figura del profesional.

2 Objetivos

-Conocer las funciones que los celadores realizan en los centros que componen la atención primaria (centros de salud y consultorios).

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha tenido en cuenta una exhaustiva búsqueda de información a través de diferentes buscadores, así como la lectura de diferentes libros y revistas científicas, dotando de mayor exactitud y precisión de lo expresado en este trabajo. Así, algunos de los buscadores utilizados son Pumed, Google Académico.

4 Resultados

Las funciones de los celadores destinados en los centros de atención primaria son muy diferentes a las que realizan los celadores en la atención especializada, es decir, en los centros hospitalarios y otras instituciones, puesto que la atención al paciente en los primeros, es más cercana y familiar.
-Funciones del celador en el centro de salud. El celador entre las funciones a desarrollar en el centro de salud se encuentra la de informador, es decir, informa de todas las ubicaciones disponibles en el centro, consultas médicas, consultas de enfermería y de otros servicios, extracciones o del punto de atención continuada, que es otro de los servicios que ofrece la atención primaria.
El celador se encarga que todo el centro de salud esté en perfecta condiciones de funcionamiento, procurando que los pacientes guarden el sigilo y correspondiente silencio en las salas de espera de las consultas y en las extracciones.
Reparte toda la correspondencia que llegue a centro de salud, a sus respectivas destinatarios, y colocará en el tablón de anuncios cualquier anormalidad que

surja en las agendas médicas, sobre todo, ante la ausencia de cualquier facultativo.
Las extracciones y analíticas, el celador, las entregará a la empresa correspondiente de transporte, para su entrega en el centro hospitalario de referencia.
Los pedidos de almacén y cualquier demanda que surja de las consultas, el celador los prepararán y los acercará a la consulta correspondiente.
-Funciones del celador en los consultorios locales de zona. En los pueblos que no llegan a una población de cinco mil habitantes, existe el consultorio de zona, donde el celador realiza funciones de personal subalterno de administración. El celador también informa a los pacientes de la ubicación de los servicios que ofrece el consultorio, siendo éstos, unos servicios mínimos, contando con un médico de cabecera, una enfermera y un pediatra que distribuye su jornada en varios consultorios.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores que trabajan en los centros pertenecientes a la atención primaria, desarrollan un papel fundamental en la atención al paciente, puesto que el contacto se produce, siempre, con los mismos pacientes, es un contacto inicial que derivará en la sensación de calidad y atención que tenga el paciente.
Debido a que los centros de salud o consultorios locales, el volumen de trabajo, es inferior al de un centro hospitalario, el celador, realiza funciones, en ocasiones, administrativas, como el archivado de las historias y documentación de los pacientes en atención primaria, o incluso, las citaciones a consulta de los pacientes que las demandan.
Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en atención primaria y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

1. Atención primaria. Disponible en: https://celadoresonline.blogspot.com
2. Funciones y tipos de celadores. Disponible en: https://www.auxiliar-enfermeria.com
3. Las funciones de los celadores en centros de atención primaria. Disponible en: https://revistamedica.com

Capítulo 292

TAREAS Y FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

LORENA DELGADO GONZALEZ

NOELIA GARCIA MUÑOZ

ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA

MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE

1 Introducción

La atención primaria supone el primer nivel en la asistencia sanitaria a la que puede acceder el paciente. Este primer acercamiento a la atención primaria se materializa en los centros de salud, los consultorios locales de zona y los centros en zonas rurales.

La atención primaria ofrece los servicios de las consultas de los médicos de cabecera o de familia, llamados así, porque en sus cupos de pacientes están los mismos, y por tanto, la atención y seguimiento de los mismos es para toda la vida del paciente, excepto, que éste desee cambiar de profesional.

En todos los centros de atención primaria, al menos, existe la figura del médico de familia y la enfermera, y en los centros de salud y consultorios locales, se encuentran también, los auxiliares administrativos, los celadores, pediatras, matrona y en algunos, los higienistas dentales.

Los centros de salud, los consultorios locales y los que están en las zonas rurales, atienden a una población, que abarca, el pueblo o la ciudad donde están ubicados, los rurales, atienden a una población escasa, pero aislada en el mundo rural.
En este capítulo se tratará de describir las funciones de los celadores destinados en estos centros, excepto en los rurales que no suele existir la figura del profesional.

2 Objetivos

-Describir las características de la atención primaria de salud.
-Conocer las funciones que los celadores realizan en los centros que componen la atención primaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha tenido en cuenta una exhaustiva búsqueda de información a través de diferentes buscadores, así como la lectura de diferentes libros y revistas científicas, dotando de mayor exactitud y precisión de lo expresado en este trabajo. Así, algunos de los buscadores utilizados son Pumed, Google Académico.

4 Resultados

Las funciones de los celadores destinados en los centros de atención primaria son muy diferentes a las que realizan los celadores en la atención especializada, es decir, en los centros hospitalarios y otras instituciones, puesto que la atención al paciente en los primeros, es más cercana y familiar.
-Funciones del celador en el centro de salud. El celador entre las funciones a desarrollar en el centro de salud se encuentra la de informador, es decir, informa de todas las ubicaciones disponibles en el centro, consultas médicas, consultas de enfermería y de otros servicios, extracciones o del punto de atención continuada, que es otro de los servicios que ofrece la atención primaria.
El celador se encarga que todo el centro de salud esté en perfecta condiciones de funcionamiento, procurando que los pacientes guarden el sigilo y correspondiente silencio en las salas de espera de las consultas y en las extracciones.
Reparte toda la correspondencia que llegue a centro de salud, a sus respectivas destinatarios, y colocará en el tablón de anuncios cualquier anormalidad que

surja en las agendas médicas, sobre todo, ante la ausencia de cualquier facultativo.
Las extracciones y analíticas, el celador, las entregará a la empresa correspondiente de transporte, para su entrega en el centro hospitalario de referencia.
Los pedidos de almacén y cualquier demanda que surja de las consultas, el celador los prepararán y los acercará a la consulta correspondiente.
-Funciones del celador en los consultorios locales de zona. En los pueblos que no llegan a una población de cinco mil habitantes, existe el consultorio de zona, donde el celador realiza funciones de personal subalterno de administración. El celador también informa a los pacientes de la ubicación de los servicios que ofrece el consultorio, siendo éstos, unos servicios mínimos, contando con un médico de cabecera, una enfermera y un pediatra que distribuye su jornada en varios consultorios.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores que trabajan en los centros perteneciente a la atención primaria, desarrollan un papel fundamental en la atención al paciente, puesto que el contacto se produce, siempre, con los mismos pacientes, es un contacto inicial que derivará en la sensación de calidad y atención que tenga el paciente.
Debido a que los centros de salud o consultorios locales, el volumen de trabajo, es inferior al de un centro hospitalario, el celador, realiza funciones, en ocasiones, administrativas, como el archivado de las historia su documentación de los pacientes en atención primaria, o incluso, las citaciones a consulta de los pacientes que las demandan.

6 Bibliografía

1. Atención primaria. Disponible en: https://celadoresonline.blogspot.com
2. Funciones y tipos de celadores. Disponible en: https://www.auxiliar-enfermeria.com
3. Las funciones de los celadores en centros de atención primaria. Disponible en: https://revistamedica.com

Capítulo 293

FUNCIONES DEL CELADOR EN LOS BOXES DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

LORENA DELGADO GONZALEZ

NOELIA GARCIA MUÑOZ

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE

MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO

ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA

1 Introducción

Dentro del centro hospitalario se encuentran las urgencias hospitalarias, destinado a la atención a pacientes y enfermedades que han de ser tratadas con la mayor brevedad posible, o en su defecto, aquellas que surjan en el trascurso diario de las personas y que han de ser atendidas por los especialistas médicos.
En las urgencias hospitalarias se encuentra todo un equipo de personal sanitario, como son los enfermeros, médicos, auxiliares, entre otros, y en el personal subalterno, donde se enmarca la figura de los celadores, cobrando gran importancia para el desarrollo de las actividades diarias en las urgencias hospitalarias.
Del mismo modo, en las urgencias hospitalarias se cuenta con diferentes servicios internos dentro de las mismas, que precisan la necesidad de atención por parte

de los celadores, pues el desarrollo de las tareas que se llevan en ellas no pueden ser logradas sin la participación de los celadores.
En el siguiente trabajo se van a enunciar y desarrollar las funciones, actuaciones y tareas que llevan a cabo los celadores en las urgencias hospitalarias, en concreto, se va a desarrollar las actuaciones de los celadores en el área de boxes, cuya demanda de pacientes es elevada y la figura del celador dentro de la misma toma gran protagonismo.

2 Objetivos

-Dar a conocer las funciones que llevan a cabo los celadores de boxes de urgencias.

3 Metodología

El desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de una intensiva búsqueda de información por medio de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros. Además,se han tenido en cuenta numerosas revistas y libros científico-sanitario, con el objetivo de dotar de mayor fiabilidad y veracidad a los resultados mostrados en este trabajo.

4 Resultados

A continuación, se van a exponer las actuaciones, funciones y tareas que desempeñan los celadores de urgencias en el área de boxes.
Cuando el paciente que acude a las urgencias hospitalarias ha pasado por todo el protocolo de actuación llevado a cabo por el celador de puerta principal, y una vez terminado el triaje y derivado a los boxes de urgencias, el celador de boxes instala al paciente en su respectivo box.
En este sentido, se pueden encontrar varias casuísticas: el paciente puede caminar, aquí el celador acompaña al enfermo hasta su box, y lo coloca en su cama o camilla: el enfermo viene en silla de ruedas y no puede caminar, en este caso el celador lleva al paciente enfermo en silla de ruedas hasta el box, posteriormente, baja la cama hasta la altura donde se encuentra el enfermo y, finalmente, con la ayuda y colaboración de un segundo celador, colocan al paciente en su cama; por último, el paciente puede acudir en la cama de la ambulancia, en este caso, el celador de boxes coge el transfer, coloca las dos camas, la del box y la de la

ambulancia en paralelo a la misma altura, y con la ayuda del personal sanitario colocan el transfer y realizan el cambio de cama.
A los pacientes de boxes se le realizan a diario determinadas analíticas que han de ser llevadas al laboratorio por su análisis. Para ello, el celador toma gran protagonismo, pues es el encargo de llevar dichas muestras al laboratorio. En este caso, cuando una muestra debe ser llevada, el personal sanitario llama al celador, el celador hace uso de guantes evitando así cualquier contacto con la muestra y, por último, el celador coge la muestra y el volante del paciente y lo deja en el laboratorio.
También se realizan pruebas de diagnóstico a los pacientes de boxes, como puede ser el caso de radiografías, ecografías, tac, entre otros. Aquí el celador es el gran protagonista, ya que es el encargado de llevar, ya sea en cama o silla de ruedas, al paciente hasta la realización de sus pruebas. Posteriormente, cuando la prueba ha terminado, el celador de boxes vuelve a por el paciente y lo instala en su box correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto en el presente trabajo, se afirma la importancia de la figura del celador de urgencias, en especial en el área de boxes, pues con el desarrollo de sus funciones se consigue que el servicio de las urgencias se desarrolle de manera eficaz y ligera, dado la gran afluencia de pacientes que se pueden encontrar en dicha área.
Además, con la intervención de las funciones y actuaciones de los celadores de boxes en las urgencias hospitalarias, en colaboración con el resto de personal sanitario médico superior, se ofrece una sanidad de calidad y eficaz a todo tipo.

6 Bibliografía

1. Los celadores en el servicio de las urgencias. Disponible en: https://congresosicepa.com
2. Los celadores de boxes en las urgencias hospitalarias. Disponible en: https://revistamedica.com

Capítulo 294

LA COLABORACIÓN CON EL PERSONAL SANITARIO DEL CELADOR CUANDO SE PRODUCE UN EXITUS

LORENA DELGADO GONZALEZ

NOELIA GARCIA MUÑOZ

ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA

MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE

1 Introducción

Dentro del trabajo interno diario de los celadores, cualquiera que sea el servicio en el que se encuentren, se toma en ocasiones la lamentable noticia de la producción de exitus en el centro hospitalario. En este sentido, es necesario la presencia del personal sanitario y, sobre todo, de los celadores, que van a ser los encargados de realizar el traslado y el amortajamiento del paciente fallecido.
Cuando un paciente fallece en la planta de hospitalización, los primeros en actuar y tomar medidas son el personal sanitario superior. Posteriormente, se realiza una llamada al celador a través del teléfono busca, comentándole lo acontecido y que el celador pueda así comenzar a actuar siguiendo con el protocolo de actuación que se ha de tomar ante este tipo de situaciones.

De este modo, en el presente trabajo se van a desarrollar las actuaciones, funciones y el protocolo de actuación a seguir por parte del celador ante la llamada de un éxitus en la planta de hospitalización.
Además, los celadores en el servicio de mortuorio toman un papel decisivo, pues deben tomar sigilo y precaución desde la planta hasta dicho mortuorio, ya que en la mayoría de las ocasiones dichos servicios se encuentran en lejanía.

2 Objetivos

-Desarrollar el protocolo de actuación de los celadores ante el éxitus en la planta de hospitalización.
-Conocer las funciones y actuaciones del celador que debe tomar ante el paciente fallecido.

3 Metodología

El desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo a través de una intensiva búsqueda y revisión bibliográfica de información por medio de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros. Además, se ha tenido en cuenta numerosas revistas y libros científico-sanitario, con el objetivo de dotar de mayor fiabilidad y veracidad a los resultados mostrados en este trabajo.

4 Resultados

Dentro del centro sanitario se cuenta con la triste noticia de la producción de éxitus en todos los servicios. En concreto, se va a desarrollar el protocolo a seguir por parte de los celadores de la planta de hospitalización ante la llamada de un éxitus.
Cuando se produce un exitus en cualquiera de las plantas de hospitalización, tan pronto como sea recibida la noticia, se realiza una llamada al celador de dicha planta, informándole de la situación y comenzando el protocolo de actuación.
El celador de la planta debe llamar al personal de seguridad, que custodia las llaves del mortuorio donde se encuentran las bandejas. Una vez que el personal de seguridad nos da acceso al mortuorio, el celador coge la bandeja y la bolsa y acude rápidamente hasta la planta donde se ha producido el exitus.

Cuando el celador llega con la bandeja hasta la habitación donde se encuentra el paciente fallecido, es probable que dicho paciente esté compartiendo habitación con otro enfermo. De este modo, se pide amablemente a cualquier acompañante que salga de la habitación y se coloca un biombo o cortina entre las dos camas de los pacientes, protegiendo así la intimidad del ya fallecido.
A continuación, se retiran todos los enseres que estén conectados al paciente; sondas, sueros, gasas, oxígeno, entre otros.
Luego se pasa al paciente ya fallecido desde su cama hasta la bandeja, haciendo uso del trasfer y con la ayuda de un segundo celador o en su defecto con la ayuda de las auxiliares de enfermería. Cuando el fallecido está en la bandeja, se cubre con una bolsa, que va acompañada con unas pegatinas identificativa con los datos del paciente. Finalmente, el celador acude al servicio de mortuorio, realiza una llamada al personal de seguridad para dejar la bandeja y el celador debe rellenar el libro de registro con los datos del paciente y el nombre del celador que deja la bandeja.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta los resultados expuestos en el presente trabajo, se destaca la gran importancia que presentan los celadores ante el paciente fallecido en el servicio de mortuorio. De este modo, el celador toma gran protagonismo realizando tareas imprescindibles en relación directa con el paciente fallecido.
Por otro lado, se destaca las labores realizadas por el celador ante el exitus, ya que el desempeño de sus funciones posibilita el traslado del mismo hasta el mortuorio.
Además, gracias a la involucración y papel del celador se consigue que el funcionamiento interno del servicio donde se encuentra el exitus funcione y se desarrolle con normalidad, actuando con rapidez y sigilo, perseverando la intimidad del fallecido, así como la de los acompañantes del mismo.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador ante un éxitus. Disponible en: https://revistamedica.com
2. Las funciones del celador desde que el paciente fallece hasta que llega al mortuorio. Disponible en: https://congresosicepa.com

Capítulo 295

EL SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO DE LOS CENTROS SANITARIOS

GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO

NURIA SÁNCHEZ TORREJON

JOSEFINA SANTOS ALONSO

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ VELASCO

MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano es una afección que afecta el nervio mediano en la muñeca provocando una presión excesiva en el nervio mediano. Este nervio se encuentra en el canal conocido como túnel carpiano, que es la parte que se encuentra en la muñeca por el que pasa el nervio mediano y los tendones flexores de los dedos de las manos.

Esta puede provocar hormigueo, calambres, entumecimiento de la muñeca, sensación de que la mano se encuentra hinchada, dolor bastante agudo en la zona de la muñeca hasta el propio nervio mediano. Este síndrome suele afectar a personas que suelen realizar actividades que requieren el uso de las manos y las muñecas

de manera continua como escribiendo en un teclado o realizar cualquier tipo de tarea de archivo. Es muy común y relevante en un auxiliar administrativo, en este caso, centrado en el ámbito de la sanidad ya que se fuerza la muñeca a diario con el trabajo de manos en la preparación de informes, tramitación de citas o en la recepción de llamadas.

Estas actividades que hemos mencionado anteriormente provocan una presión en el nervio mediano a medida que pasa por el túnel carpiano de la muñeca y provoca este síndrome si no se hace nada para intentar evitarlo. Puede tener un tratamiento para intentar solucionarlo pero la mejor manera es prevenirlo a través de diferentes acciones y medidas que deberían tomarse para todo auxiliar administrativo, en concreto en el ámbito sanitario.

2 Objetivos

- Conocer qué es el síndrome del túnel carpiano y cómo afecta a los auxiliares administrativos en el ámbito de la sanidad.
- Saber algunas recomendaciones y medida para intentar evitar este síndrome.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos de manera completamente online. También se han consultado artículos en las principales bases de datos como son Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre la temática del trabajo, en este caso, el síndrome del túnel carpiano y cómo afecta a los auxiliares administrativos de la sanidad.

4 Resultados

El síndrome del túnel carpiano suele ocurrir y aparecer en personas de 30 a 60 años de edad. Además, por estadística las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar esta patología porque principalmente suelen tener un túnel carpiano más pequeño.

Como se ha comentado anteriormente, es importante prevenir el riesgo de desarrollar el síndrome del túnel carpiano u otros problemas relacionados con el trabajo. Estas son algunas medidas y recomendaciones que deben tomar los auxiliares administrativos para poder prevenirlo:

• La ergonomía en el puesto de trabajo. Asegurarse de que el entorno de trabajo esté diseñado ergonómicamente, incluido el diseño del teclado, la altura de la silla y la disposición del escritorio para minimizar la tensión en las muñecas y las manos.

• Mantener una postura adecuada del brazo al realizar el trabajo diario como escribir con el ordenador para reducir la presión en las muñecas, esto se puede conseguir apoyando el antebrazo totalmente para reducir la presión.

• Hacer descansos y estiramientos de forma regular durante la jornada de trabajo y acotar la duración de acciones que requieran movimientos repetitivos con descansos periódicos. De esta forma conseguiremos relajar las manos y las muñecas, y estirando podremos ayudar a reducir la tensión acumulada en la zona.

• El uso de equipo característico y preventivo es también importante. Utilizar dispositivos ergonómicos como almohadillas reposamuñecas para el teclado y ratones, estas están diseñadas para reducir la tensión en las manos y en las muñecas. El ratón debe adaptarse a la curva de la mano, siendo redondeado y debe utilizarse tan cerca del lado del teclado como sea posible.

• Variar las tareas y actividades que deben realizarse para no mantener una misma posición durante bastante tiempo, se recomienda alternarlas para que se adapten movimientos y posturas diferentes, aunque siendo auxiliar administrativo suele ser bastante complicado realizar esto.

• Si se tienen dudas de que se pueda estar desarrollando algún síntoma como entumecimiento, hormigueo o dolor en las manos y muñecas, es de vital importancia el buscar atención médica y algunas adaptaciones en el trabajo para evitar que siga desarrollándose.

5 Discusión-Conclusión

Cada situación puede ser única, por lo que es fundamental que cualquier preocupación sobre la salud y seguridad en el trabajo se discuta con un profesional de salud y, si es necesario, con el departamento de recursos humanos para implementar medidas adecuadas en el puesto de trabajo y así evitar cualquier tipo de problema como este.

Si se recibiera una formación para evitar lesiones como el síndrome del túnel

carpiano conseguiremos mejorar la salud y prevenir futuras enfermedades de los profesionales que trabajan en los centros hospitalarios, mejorando la calidad en el puesto de trabajo y la productividad.

Hay que adoptar posturas corporales que sean adecuadas, realizar estiramientos, contar con un equipo ergonómico para mejorar la situación postural en el trabajo, no se debe permanecer inmóvil durante períodos prolongados, realizando así descansos y logrando un beneficio para la salud del auxiliar administrativo en el ámbito de la sanidad.

6 Bibliografía

1. López, M. G., & García, A. B. (2021). Síndrome del Túnel Carpiano en Trabajadores de Oficina. Revista de Medicina Ocupacional, 15(2), 78-86.
2. Instituto Nacional de Salud. (2022). Síndrome del Túnel Carpiano: Información para Pacientes. https://www.nih.gov/sindrome-tunel-carpiano

Capítulo 296

RIESGOS ERGONÓMICOS DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO

JOSEFINA SANTOS ALONSO

MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ VELASCO

NURIA SÁNCHEZ TORREJON

1 Introducción

La ergonomía se dedica al estudio de cómo adecuar las máquinas y los espacios de trabajo a las necesidades del ser humano. El trabajo de un administrativo es mayormente sedentario, y con el creciente uso de ordenadores y tecnologías avanzadas, aumenta la probabilidad de sufrir lesiones debido a las posturas inadecuadas que pueden adoptarse.

Es necesario seguir ciertas directrices para prevenir este tipo de lesiones, ya que su impacto no solo afecta la salud de los trabajadores, sino también a la eficiencia operativa del personal administrativo en sus labores, en este caso, las realizadas en los hospitales y centros de salud.

Las innovaciones tecnológicas han posibilitado la utilización de dispositivos que influyen positivamente en estos riesgos, ya que contribuyen a reducir las incidencias de lesiones musculoesqueléticas y problemas en la espalda. Pero aun así, no utilizados correctamente estas innovaciones o no previniendo con algún otro método, puede surgir problemas ergonómicos igualmente.

Los riesgos ergonómicos son aquellos que resultan de la interacción entre las personas y su entorno laboral, especialmente relacionados con las condiciones de trabajo y la adaptación de éstas a las capacidades y limitaciones humanas. Los trabajadores administrativos en el campo de la sanidad también están expuestos a riesgos ergonómicos que pueden afectar su salud y bienestar. Estos riesgos pueden surgir debido a la naturaleza de las tareas que realizan, como pasar largos períodos frente a una computadora, escribir, archivar y realizar otras actividades que requieren movimientos repetitivos y posturas prolongadas.

2 Objetivos

- Conocer qué son los riesgos ergonómicos en un centro hospitalario por parte del personal administrativo.
- Describir algunas recomendaciones para intentar evitar estos problemas ergonómicos por parte del personal administrativo de un centro de salud o un hospital.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos de manera completamente online. También se han consultado artículos en las principales bases de datos como son Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre la temática del trabajo, en este caso, los riesgos ergonómicos y recomendaciones para prevenirlos.

4 Resultados

Algunos de los principales riesgos ergonómicos y más comunes que el personal administrativo de sanidad podría enfrentarse son los siguientes:

- Las posturas prolongadas en el tiempo pueden causar fatiga muscular, incomodidad y tensión en el cuello, hombros y espalda.
- El uso continuo de ordenadores afecta porque una mala ergonomía al usarlos puede llevar a problemas en muñecas, manos y cuello. El uso repetitivo del teclado y el ratón puede contribuir al síndrome del túnel carpiano y otras afecciones que afectarían directamente a la persona y al desarrollo de su actividad.
- El mobiliario no sea el adecuado, como que las sillas y los escritorios no estén diseñados ergonómicamente. Esto puede contribuir a la mala postura y problemas musculoesqueléticos en el trabajador administrativo.
- Las pantallas de los ordenadores o dispositivos móviles de los centros hospitalarios y la iluminación inadecuada pueden causar fatiga visual y dolores de cabeza que afectarían en el qué hacer diario de la persona.
- Realizar tareas que implican movimientos repetitivos, como archivar o escribir, puede contribuir al desgaste de los músculos y tendones, produciendo así dolores y malestar físico en general.
- La carga mental excesiva debido a la gestión de tareas complejas puede aumentar el estrés y afectar la concentración.
- La falta de descansos regulares para estirar y relajar los músculos puede aumentar la tensión acumulada, en muchas ocasiones el personal administrativo no tiene tiempo ni para poder realizare estos pequeños ejercicios para poder relajar los músculos.

Para minimizar los riesgos ergonómicos y promover la salud y el bienestar del personal administrativo de sanidad, se deben tomar algunas medidas preventivas como estas:
• Asegurarse de que el mobiliario del hospital o centro de salud, como sillas y escritorios, esté diseñado ergonómicamente.
• Colocar las pantallas de los ordenadores a una altura y ángulo adecuados para evitar la tensión en el cuello y los ojos.
• Fomentar la adopción de posturas adecuadas al sentarse y trabajar.
• Proporcionar capacitación en ergonomía y concienciar al personal sobre la importancia de tomar descansos y estirar regularmente.
• Implementar pausas activas para realizar ejercicios de estiramiento durante el día laboral.
• Ofrecer opciones de trabajo alternativas, como escritorios ajustables en altura y sillas ergonómicas.

5 Discusión-Conclusión

Debe existir una responsabilidad para evitar que un riesgo que puede derivar en una enfermedad ocupacional que tiene un impacto bastante elevado en la calidad de vida de los trabajadores administrativos en un centro hospitalario. Por lo general, los daños graves que afectan a los trabajadores administrativos se manifiestan después de varios años expuestos a los malos hábitos.

La gestión adecuada de los riesgos ergonómicos puede mejorar la salud y el bienestar de los trabajadores de personal administrativo de un centro hospitalario, aumentar la productividad y reducir los costos relacionados con lesiones laborales. Es fundamental que las organizaciones de salud consideren la salud ergonómica de su personal administrativo y tomen medidas proactivas para prevenir lesiones y promover un entorno de trabajo cómodo y seguro.

6 Bibliografía

1. Martínez, A. B., & López, C. D. (2021). Identificación y Prevención de Riesgos Ergonómicos en la Industria. Revista de Seguridad Laboral, 10(3), 145-160.
2. Villar Fernández, M. (2015) Posturas de trabajo. Evaluación del riesgo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. https://www.insst.es/documents/94886/96076/Posturas+de+trabajo.pdf/3ff0eb49
-d59e-4210- 92f8-31ef1b017e66
3. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2016) Herramientas manuales: criterios ergonómicos y de seguridad para su selección. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. https://www.insst.es/documents/94886/96076/Herramientas+manuales.pdf/22e23d1f-4f32-
4d29-80c5-718ad99f56e9

Capítulo 297

REGISTRO DEL PACIENTE QUE RECHAZA UN TRATAMIENTO MÉDICO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO

JOSEFINA SANTOS ALONSO

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ VELASCO

MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ

NURIA SÁNCHEZ TORREJON

1 Introducción

El registro de un paciente que rechaza un tratamiento médico es un procedimiento esencial para documentar adecuadamente la decisión del paciente y mantener un historial clínico completo y preciso. Aunque parezca raro, es una situación bastante frecuente en los centros hospitalarios y es una tarea que tiene que afrontar el equipo de auxiliar administrativo.

Ante una situación de esta índole, resulta esencial documentar exhaustivamente el episodio y por eso debe realizarse este registro de manera correcta. En primer lugar, el equipo médico debe evaluar si el individuo en cuestión está en condiciones de tomar tal decisión o no. Si se determina que está en pleno uso de sus

facultades, se procederá a elaborar un registro de que el paciente rechaza dicho tratamiento médico. Este registro será incorporado a su historial médico, y en él se registrarán pormenores sobre las intervenciones realizadas, el diagnóstico, la condición de salud y, en particular, el rechazo del tratamiento.

En caso de que este paciente requiera nuevamente el mismo tratamiento en el futuro, los profesionales médicos deberán reevaluar la situación y definir la línea de acción a seguir. Este proceso considerará tanto la información previamente registrada como las circunstancias presentes en ese momento. De este modo, se garantiza un enfoque cuidadoso y acorde a las necesidades cambiantes del paciente.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de actuación debe de realizar el auxiliar administrativo ante la negación de recibir un tratamiento el paciente.
- Describir cómo se realiza este registro y qué complicaciones pueden suceder en estos casos.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos de manera completamente online. También se han consultado artículos en las principales bases de datos como son Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre la temática del trabajo, en este caso, cómo realiza el personal administrativo el registro de una paciente que rechaza un tratamiento médico.

4 Resultados

El consentimiento informado se proporciona al paciente en situaciones en las que requiere un tratamiento médico. Este documento debe detallar exhaustivamente el tipo de tratamiento o procedimiento que se llevará a cabo, y requiere la firma del paciente para indicar su consentimiento o no. Si el paciente opta por rechazar el tratamiento, el auxiliar administrativo asume la responsabilidad de elaborar y registrar un documento que refleje con precisión los detalles proporcionados por

el paciente, incluyendo los motivos del rechazo del tratamiento para que quede constancia de esto. Este escrito también debe contar con la firma del paciente como confirmación de su contenido.

En algunos casos, el auxiliar administrativo podría enfrentarse a dificultades al obtener el consentimiento informado, especialmente si el paciente muestra agresividad o se niega a firmar por disconformidad. En estas situaciones, el auxiliar administrativo deberá explicar con claridad al paciente, en colaboración con el personal sanitario que haya en ese momento, que la firma se requiere únicamente para registrar su decisión de no aceptar el tratamiento propuesto. La comunicación y la comprensión son elementos cruciales para garantizar la transparencia y el respeto hacia las decisiones del paciente.

Los datos a solicitar en este documento de registro serían:

• Fecha:
• Nombre completo del paciente.
• Número de historia clínica del paciente.
• Nombre y datos del médico responsable.
• Descripción de los sucedido en la consulta y de cuál es el tratamiento a realizar por parte del equipo médico.
• Decisión del paciente con respecto al tratamiento anteriormente descrito.
• Describir detalladamente las razones del rechazo por parte del paciente al tratamiento médico.
• Situar, si lo hubiera, otras alternativas posibles a dicho tratamiento recomendado para que quede constancia de que el paciente ha sido informado de estas otras opciones.
• Un apartado donde se confirma que el paciente ha aceptado hacer un plan de seguimiento a pesar de no aprobar el tratamiento para tener vigilada la enfermedad a pesar de no llevar a cabo el tratamiento.
• Observaciones adicionales o información relevante extra.
• Firma del paciente.
• Firma del médico responsable.
• Firma del testigo, esta último únicamente si fuera necesario.
• Observaciones

5 Discusión-Conclusión

La negativa del paciente a recibir dicho tratamiento médico no significa que rechace los cuidados paliativos en caso de que fueran necesarios. Por lo tanto, se le proporcionarán los cuidados requeridos, y se registrará detalladamente qué tipo de atención se le brinda y cuál no por motivo propio del paciente como se ha registrado en el informe realizado por el auxiliar administrativo.

Siempre prevalecerá el consentimiento del paciente en caso de no querer el tratamiento, excepto cuando haya un riesgo vital para él mismo o para los demás que se encuentren en este entorno, esto último siempre valorado por el equipo de personal médico que se encuentre en el centro hospitalario. La comunicación y la comprensión son elementos cruciales para garantizar la transparencia y el respeto hacia las decisiones del paciente.

6 Bibliografía

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. Sánchez M. El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS, 2 (1996).

Capítulo 298

PERSONAL NO SANITARIO: MECÁNICO, PRIMEROS AUXILIOS: MEDIDAS POSREANIMACIÓN

JOAQUIN GUIJA MATÍAS

1 Introducción

La RCE (retorno de la circulación espontánea) es el primer paso hacia la recuperación completa de una parada cardiaca. Las intervenciones en el periodo posterior a la RCP probablemente van a influir significativamente en el resultado final.
Para devolver al paciente a un estado de función cerebral normal sin déficit neurológico, un ritmo cardiaco estable y una función hemodinámica normal, se necesitan unas medidas adicionales diseñadas para cada paciente según sus necesidades específicas.

La fase posreanimación comienza en el lugar donde se ha conseguido la RCP, pero, una vez estabilizado, el paciente es trasladado a la unidad de cuidado más adecuada (por ejemplo, la UCI) para continuar allí con la monitorización y el tratamiento.

Aplicar la RCP ha supuesto que se incremente el número de personas que consiguen el retorno de la circulación espontánea (RCE). Sin embargo, no ha aumentado el índice de supervivencia después de la RCE, ya que muchas personas fallecen horas o días después de haber ingresado en el hospital después de una RCP. Es por ello que hay una corriente que aboga por añadir un quinto eslabón a la

cadena de supervivencia: las medidas posreanimación, que se situaría después de la alerta precoz, la RCP precoz por testigos, la desfibrilación precoz y el soporte vital avanzado precoz.

2 Objetivos

Conocer como mecánico algunos de los procedimientos básicos en relación a los primeros auxilios, en este caso acerca de los cuidados o medidas que se deben proporcionar después de realizar una reanimación.

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

Una vez recuperada la circulación espontánea, se iniciarán los cuidados posreanimación. Las intervenciones en esta fase van a influir en el resultado y pronóstico final de la víctima y deberán llevarse a cabo en una unidad de cuidados críticos.

Una parada cardiorrespiratoria ocasiona el colapso en la circulación y una falta total de riego sanguíneo, lo que deja a los tejidos y sistemas orgánicos sin oxígeno. Así, y aunque mediante la RCP se pueda restablecer la circulación, es probable que la ausencia de la misma haya provocado daños que pueden manifestarse a posteriori.

Se trata del síndrome posparada cardiorrespiratoria: daños cerebrales, disfunciones del miocardio y otras alteraciones en distintos órganos, todos ellos provocados por la ausencia de oxígeno durante una parada cardiorrespiratoria y vinculados a la patología no resuelta que ha provocado la RCP.

Con qué intensidad y en qué grado de gravedad se manifieste este síndrome dependen del tiempo que pasa entre la aparición de la PCR, el inicio de la RCP y

la RCE. Así, cuanto antes tenga lugar la recuperación, menor gravedad y con menos intensidad aparecerá el síndrome. Es posible, incluso, que nunca llegue a producirse si la recuperación se produce muy pronto.

Estas son las fases del síndrome posparada cardiorrespiratoria:
• Inmediata: comprende los primeros 20 minutos después de la RCE.
• Precoz: comprende desde los 20 minutos hasta 6-12 horas después de la RCE. En esta fase, las intervenciones pueden ser más efectivas.
• Intermedia: comprende desde las 6-12 horas hasta las 72 horas después de la RCE. En esta fase, se debe seguir un tratamiento intensivo, puesto que la lesión todavía permanece activa.
• Recuperación: a partir de las 72 horas después de la RCE. En esta fase, el pronóstico ya no es tan dudoso y los resultados finales se pueden predecir mejor.

El síndrome posparada cardiorrespiratoria abarca:
• Alteraciones cerebrales causadas por la parada cardiorrespiratoria: este daño cerebral puede aparecer como coma, convulsiones, mioclonías, distintos niveles de disfunción cognitiva y muerte cerebral.
• Disfunción del miocardio, que se mantiene tras el retorno de la circulación espontánea: es muy habitual y se soluciona entre las 24 y 48 horas después de la parada cardiorrespiratoria.
• Consecuencias de los diferentes sistemas orgánicos tras el restablecimiento de la circulación después de la ausencia de oxígeno: es frecuente que tenga lugar una activación de las cascadas in- munológicas y de la coagulación, que aumentan no solo el riesgo de infección, sino también la probabilidad de sufrir un fallo multiorgánico.
• Persistencia de la enfermedad que ha producido la parada cardiorrespiratoria: se puede revertir mediante la RCP, pero es importante determinar urgentemente qué patología la ha provocado para marcar un tratamiento terapéutico que impida que se repita.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica hemos podido conocer un poco más acerca de actuaciones esenciales de primeros auxilios, que nos van a servir de gran utilidad ante una situación de emergencia en nuestro entorno laboral o incluso en nuestro día a día.
En este caso hemos visto una serie de actuaciones y precauciones a tener en

cuenta en una situación de posparada después de haber realizado una reanimación cardiopulmonar.
Resulta esencial vigilar al individuo, ya que pueden haberse ocasionado daños colaterales tras la reanimación. Hemos visto también las fases del síndrome posparada respiratoria y las principales consecuencias o alteraciones que se pueden sufrir.

6 Bibliografía

1- cuidados post parada - https://anestesiar.org/2016/cuidados-post-parada-cardiorrespiratoria-pcr-recomendaciones-ilcor-2015/
2- cuidados post parada - https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/301a.htm
3- cuidados post reanimación - http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/cuidados%20postreanimacion.pdf
4- manejo síndrome posparada cardiaca - http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000200005

Capítulo 299

EL CELADOR Y EL PACIENTE FALLECIDO

VICTOR GARCIA GARCIA

1 Introducción

La muerte es el cese completo de todas las funciones importantes del organismo humano. La muerte es responsabilidad del personal sanitario.
El celador, como cualquier otro miembro del equipo multidisciplinario que brinda servicios en un hospital, inevitablemente se encontrará en su trayectoria laboral, con pacientes ingresado que fallecen.
Saber actuar ante la muerte, las actitudes y sensibilidades hacia los pacientes y sus familiares es fundamental para garantizar una atención médica de alta calidad.
Estos son momentos muy difíciles que pueden tener un gran impacto emocional, y debemos hacer todo lo posible para minimizar el trauma de este trance.
El tanatorio es como una funeraria, que puede ser utilizada como un lugar para exhibir los cadáveres entre el lugar de la muerte y el destino final, y está equipada con el equipo adecuado para realizar actuaciones de nigromancia o terapia de muerte y velatorio de cadáveres.
En cuanto al celador, cabe señalar que existen dos figuras específicas para el celador relacionadas con la morgue.
El celador auxiliar de autopsias establecida por la Administración General del Insalud mediante resolución de 22 de mayo de 1981, y el celador de anatomía patológica, orgánicamente dependiente del jefe de personal subalterno y fundamentalmente dependiente de los servicios de anatomía patológica.

2 Objetivos

Definir los cuidados y funciones del celador ante el paciente fallecido, autopsia y traslado a la morgue o sala de autopsias.

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

Al encontrarse con la muerte, el celador realizará diversas tareas, debemos entender algunos conceptos básicos.
Llamamos exitus al cese completo de funciones importantes del organismo humano. Su evaluación y certificación debe ser realizada por personal sanitario (médicos, enfermeras y técnicos de enfermería). No obstante, los cuidadores deben ser conscientes de ciertos aspectos básicos que muestra el paciente fallecido, tales como: Ausencia de ejercicio respiratorio, falta de tono muscular, desaparición del pulso, ausencia de latidos cardíacos, pérdida de sensibilidad, rostro pálido, rígido, decaimiento y enfriamiento del cuerpo. Una vez que el médico certifica la muerte, el personal médico ayudará al técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y enfermeras a envolver el cadáver del fallecido, y la responsabilidad de transportar el cadáver a la morgue recae en el personal médico. A la preparación del cadáver le llamamos amortajar. Debemos proteger la privacidad tanto como sea posible mediante el uso de mamparas, biombos o cortinas, en caso de que haya otro paciente en la habitación. El procedimiento consiste en:
- El equipo de enfermería tomará las constantes para certificar la muerte del paciente y poder proceder el celador y la auxiliar amortajar al fallecido.
-Tienen que poner el cuerpo en posición supina.
-El personal médico (TCAE, enfermera) retirará los tubos y catéteres.
-Las pertenencias personales se retirarán y se entregarán a los miembros de la familia.
-Los ojos y la boca estarán cerrados.

- Estiraremos las extremidades superiores e inferiores antes de que aparezca el cadáver.
-Dependiendo de si se realiza una autopsia, estiraremos los brazos pegados al cuerpo o cruzaremos el pecho. A continuación, para evitar la pérdida de líquidos, colocaremos pañales y taponaremos los orificios restantes con un algodón (nariz, orejas ...).
Si no se va a realizar una autopsia del cadáver, se realizarán las siguientes operaciones:
- Colocamos el cadáver en la mortaja y cubrimos el cadáver, dejando solo el rostro.
- Finalmente, trasladamos el cuerpo a la morgue con mucho cuidado.
El celador no notificará a la familia del fallecido el fallecimiento, esto deberá ser comunicado por el médico correspondiente.
Una vez en la morgue, las acciones del celador será ayudar y asistir al personal médico (patólogos y médicos forenses) y se ocupará de colocar el cuerpo en la mesa de autopsia en posición supina, Preparar y colocar el cadáver para la autopsia. Mantener la privacidad del proceso y evitar la intrusión de persona ajena.
Ayudar al médico durante la autopsia. Refrescar al paciente después de la autopsia. Mantener el equipo limpio, mesas y sala de autopsias. Transferir la muestra al servicio de disección patológica.
El celador que realice la funciones antes citadas debe tomar las siguientes medidas de prevención:
- Uso de guantes de látex y desechables, estos son la protección de barrera más importante en este servicio. Si durante el trabajo los guantes se deterioran o se rompen, el celador se lavará inmediatamente las manos y se colocará un par nuevo.
- Se colocará bata, que suelen ser desechables, para impedir que las salpicaduras de sangre alcancen el tronco o las extremidades del celador, mascarilla y gafas, para prevenir salpicaduras de los fluidos corporales.
- Realizar un lavado de manos ordinario, es uno de los pilares básicos para evitar la contaminación a través de microorganismos.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusiones que podemos extraer de este capítulo podemos destacar que:

- el celador es imprescindible en la realización de diversas tareas cuando un paciente ha fallecido.

- deben saber reconocer los signos de fallecimiento.

- ayudan al personal sanitario tanto en las tareas de amortajamiento del cadáver como si es necesario prepararlo para realizar una autopsia.

En el término de la vida del paciente se adoptan medidas para buscar su comodidad, buscando el menor sufrimiento posible, lo cual es positivo para la familia ya que lograrán en mayor medida la aceptación de la situación si este proceso ha ocurrido de manera controlada y sin sufrimiento

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/procedimiento-celador-fallecimiento-paciente
2. https://www.libertaddigital.com/espana/2013-06-11/
3. https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-9-CELAUTOPSIA-Y-MORTUORIOS.pdf

Capítulo 300

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS

VERONICA MARTINEZ LOPEZ

1 Introducción

La proliferación de medios informáticos, telemáticos y electrónicos ha representado un avance significativo para la sociedad, pero también ha ampliado las vulnerabilidades que estas nuevas tecnologías traen. Estas modalidades de comunicación han impulsado la necesidad de reforzar la protección jurídica de la información, impulsando la adopción de medidas de seguridad para salvaguardar la integridad y confidencialidad de los datos.

En la actualidad, las administraciones priorizan de manera destacada la seguridad de la información, abarcando desde la captación hasta la eliminación de los datos, además de su tratamiento y almacenamiento. Garantizar esta seguridad implica la implementación de controles que aseguren la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos.

El artículo 18 de la Constitución Española establece el derecho a la confidencialidad de los datos personales. Por su parte, la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, refuerza particularmente esta protección, estableciendo directrices para la obtención, custodia y renuncia de estos datos. De igual forma, la Ley General de Sanidad de 1986, en su artículo 10.3, garantiza el derecho a la confidencialidad de los datos de cada ciudadano, tanto en el ámbito público como privado, durante su atención hospitalaria y en todo su proceso de salud.

2 Objetivos

Aportar datos e información sobre el incumplimiento de la protección de datos en el ámbito sanitario, con un enfoque en la prevención de malas prácticas y la garantía de la confidencialidad por parte del técnico auxiliar administrativo.

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. La metodología involucra la búsqueda en bases de datos relevantes como MEDLINE y PUBMED, utilizando términos clave MESH como ”administrative assistant”, ”data protection”, ”confidentiality” y ”treatment”. Los ensayos clínicos y revisiones con menos de 10 años de antigüedad son considerados.

4 Resultados

En España, los datos sobre la revelación de datos personales y las condenas a técnicos auxiliares administrativos y otros profesionales sanitarios son limitados, así como la formación en la Ley de Protección de Datos.
En las dos últimas décadas, se ha observado un aumento significativo en el número de sentencias dictadas contra profesionales sanitarios. Antes de los años 90, apenas se contabilizaron 30 sentencias en total. Sin embargo, durante la década de los 90, esta cifra ascendió a 950, y en la primera década del 2000, se registraron 1837 sentencias dirigidas a profesionales del ámbito de la salud. Estas sentencias abarcaron casos de mala praxis y divulgación indebida de información. Este incremento en las acciones legales contra profesionales sanitarios ha generado repercusiones legales significativas, generando un impacto tanto económico

como psicológico en aquellos afectados, lo cual a su vez afecta su desempeño laboral y la atención a los pacientes.
Un estudio realizado por Perea-Pérez, B., Santiago-Saéz, A., Labajo-González, M. E., Albarrán-Juan, M. E., Dorado-Fernández, E., & García-Martín, Á. (2013) analizó 2817 sentencias en los Tribunales Españoles. De estas, el 74,7% fueron emitidas por las Audiencias Provinciales, el 12,8% por los Tribunales Superiores de Justicia y el 12,3% por el Tribunal Supremo. En cuanto a las áreas médicas más afectadas, ginecología y obstetricia representaron el 13,5%, traumatología el 12,3% y urgencias el 9,7%. Sin embargo, no se registraron sentencias condenatorias dirigidas a técnicos auxiliares administrativos. Estos hallazgos coinciden con la mayoría de las bases de datos disponibles.
A diferencia de España, en Norteamérica se han dictado menos sentencias en relación con un manejo inadecuado de la Ley de Protección de Datos por parte de profesionales de la salud. No obstante, las indemnizaciones otorgadas en estos casos son un 2,5% superiores a las de España.

5 Discusión-Conclusión

Resulta esencial que el personal técnico auxiliar administrativo posea una formación extensa en lo referido a la Ley de Protección de Datos, dado que están a cargo de confeccionar documentos vinculados al manejo de datos, su conservación, transferencia y cesión. Sería una estrategia útil proporcionar a estos auxiliares administrativos folletos informativos dirigidos a cada paciente, clarificando cómo se gestionan sus datos personales por parte del servicio de salud. Por tanto, la capacitación de estos profesionales adquiere una relevancia primordial, dada la envergadura de su labor, y se debe garantizar el acceso a recursos integrales que les permitan brindar esta información esencial a la comunidad.

6 Bibliografía

1. (S/f). Castillalamancha.es. Recuperado el 8 de agosto de 2023, de https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20180521/c-1-2006.pdf
2. Perea-Pérez, B., Santiago-Saéz, A., Labajo-González, M. E., Albarrán-Juan, M. E., Dorado-Fernández, E., & García-Martín, Á. (2013). El médico ante los tribunales: análisis de las sentencias judiciales relacionadas con la responsabilidad profesional médica en España. Revista Española de Medicina Legal, 39(4), 130–134. doi:10.1016/j.reml.2013.05.001

3. Spencer, A. y Patel, S. (2019). Aplicar los principios de la Ley de Protección de Datos de 2018 y el Reglamento General de Protección de Datos en entornos sanitarios. https://sci-hub.se/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31468753/

Capítulo 301

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LAS RECLAMACIONES EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

VERONICA MARTINEZ LOPEZ

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Dentro del ámbito de los profesionales sanitarios, una de las funciones más relevantes que desempeñan es contribuir a la mejora de la salud de los usuarios. En este contexto, es fundamental enfocarse en la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento de la salud de los pacientes, con el objetivo de brindarles seguridad, acceso, confianza, calidad y continuidad en la atención. La orientación de los servicios debe ser dirigida hacia los pacientes, priorizando su bienestar.
La satisfacción del paciente que acude a su zona básica de salud se convierte en un indicador crucial de la calidad de la atención hospitalaria. La percepción positiva de los pacientes está vinculada a factores como sus expectativas, la demora en el servicio, la experiencia general y la atención proporcionada.

Las reclamaciones, entendidas como manifestaciones de insatisfacción, permiten a los pacientes comunicar cualquier deficiencia en el sistema de atención, incluyendo aspectos como el trato recibido por los profesionales de la salud, la estructura y el funcionamiento de los centros de salud o servicios hospitalarios públicos. Estas reclamaciones desempeñan un papel fundamental, al proporcionar a los pacientes una vía de comunicación con el Sistema Sanitario y contribuir a la identificación de áreas de mejora, indispensables para una atención sanitaria de calidad.

2 Objetivos

Analizar las reclamaciones dirigidas tanto a los técnicos auxiliares administrativos como al resto del personal sanitario en una Zona Básica de Salud.

3 Metodología

Para la valoración de la búsqueda bibliográfica se realizó la consulta de diversas bases de datos, como Medline y Pubmed, utilizando términos clave MESH como ”administrative assistant”, ”basic health zone”, ”claim”, ”satisfaction” y ”patients”. Los ensayos clínicos y revisiones recientes fueron incluidos en el análisis.

4 Resultados

Un estudio realizado por Ruíz. C et al. (2008) en la Zona Básica de Salud de Taco, en un período de dos años, identificó un total de 126 reclamaciones interpuestas por usuarios al Servicio de Salud de Tenerife, lo que representa una tasa de 2,06 reclamaciones por cada 1000 usuarios al año. El 73% de las reclamaciones fueron presentadas por mujeres, con una edad promedio de 40 años. El grupo de usuarios entre 30 y 49 años fue responsable del 70,6% de las reclamaciones. El periodo entre noviembre y julio registró el mayor número de reclamaciones, alcanzando un 59,5%. En un 74,5% de los casos, tanto el reclamante como la persona reclamada coincidían en el hecho de la queja.
En términos de las categorías de profesionales a quienes se dirigieron las reclamaciones, un 63% de las reclamaciones fueron dirigidas a una persona en concreto, el 31,7% estuvo dirigido a facultativos de Atención Primaria, el 16,7% a técnicos auxiliares administrativos, el 10,3% al personal de enfermería y el 4,8% a los pediatras. Las reclamaciones se originaron principalmente por motivos de organi-

zación (47,6%), seguidas de razones asistenciales (45,3%) e infraestructura (7,1%). La demora en la hora de la cita y en la atención real fue motivo del 28,6% de las reclamaciones.
La responsabilidad de gestionar estas reclamaciones recayó en el personal auxiliar administrativo, quienes se encargaron de ofrecer respuestas por escrito. El proceso de resolución de estas reclamaciones abarcó un período que varió entre 3 y 118 días. Cabe mencionar que resulta notable que un 59,8% de las reclamaciones fueron resueltas dentro de un plazo de 30 días, y un 25,8% de ellas recibieron respuesta en tan solo 15 días, lo que refleja una baja eficiencia en el manejo de estas solicitudes.

5 Discusión-Conclusión

Estos resultados subrayan la importancia del papel de los técnicos auxiliares administrativos en la gestión efectiva y ágil de las reclamaciones. Son estos profesionales quienes garantizan que el proceso de reclamación se lleve a cabo de manera rigurosa y efectiva. Además, se encargan de documentar, organizar y comunicar, contribuyendo a minimizar errores y agilizar el proceso. Como intermediarios entre el Sistema Sanitario y los pacientes, los auxiliares administrativos aseguran que las inquietudes de los usuarios sean debidamente canalizadas y comprendidas. En definitiva, el desempeño de los técnicos auxiliares administrativos resulta fundamental para lograr una gestión eficaz e integral de las reclamaciones presentadas por los usuarios al Sistema Sanitario.

6 Bibliografía

1. Luis Ruiz, C., Navarro Brito, E., Real Valcárcel, E., & de la Trinidad Rufino Delgado, M. (2008). Análisis de las reclamaciones en una zona básica de salud. Revista de calidad asistencial: organo de la Sociedad Espanola de Calidad Asistencial, 23(1), 11–16. https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)70461-5
2. Preguntas y respuestas más frecuentes. (s/f). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León., de https://www.saludcastillayleon.es/es/serviciosonline/reclamaciones-sugerencias/preguntas-respuestas-frecuentes

Capítulo 302

OPTIMIZACIÓN ERGONÓMICA DEL ENTORNO LABORAL EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS

VERONICA MARTINEZ LOPEZ

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

1 Introducción

La ergonomía, según la definición del Consejo de la Asociación Internacional de Ergonomía en el año 2000, es una disciplina que analiza la interacción entre el individuo y su entorno, con el propósito de adecuarlo. Su enfoque radica en favorecer el bienestar del profesional y potenciar la eficacia y eficiencia del Sistema Sanitario, redundando en una mayor productividad. La ergonomía persigue la adaptación del entorno sanitario mediante la elección adecuada de mobiliario y posturas correctas, previniendo así futuras lesiones y promoviendo un ambiente laboral saludable y eficiente.

En la actualidad, se ha evidenciado un incremento en las lesiones entre los técnicos auxiliares administrativos, lo cual subraya la importancia de implementar medidas preventivas. Estas lesiones no solo afectan al bienestar del profesional, sino también a la calidad y eficiencia del Sistema Sanitario, impactando negativamente en su desempeño. De hecho, un alarmante 72,4% de los técnicos auxiliares

administrativos experimentan algún grado de trastorno musculo esquelético. La adopción de estrategias de prevención se torna crucial para salvaguardar la salud del personal y optimizar el funcionamiento del sistema.
En el artículo 40.2 del Título 1 de la Constitución Española de 1978, se establece que las autoridades estatales tienen la responsabilidad de salvaguardar la protección y formación de los profesionales, así como asegurar un entorno laboral saludable que incluya descanso, jornada limitada y vacaciones remuneradas. Este artículo promueve un ambiente laboral adecuado y refleja el compromiso de las autoridades con el bienestar y la calidad de vida de los trabajadores.

2 Objetivos

-Supervisar, reconocer y evaluar el entorno laboral del personal auxiliar administrativo y de otros profesionales sanitarios en el Servicio de Salud.

3 Metodología

Para realizar la evaluación de la búsqueda bibliográfica, se exploraron diversas fuentes como MEDLINE, PUBMED, y otras. Se emplearon términos MESH como ”administrative assistant,” ”chair,” ”table,” ”monitor,” ”ergonomics” y ”lighting.” Tras completar la búsqueda, se incorporaron revisiones y ensayos clínicos actualizados, asegurando relevancia y actualidad en la información obtenida.

4 Resultados

Un estudio de Girón, M et al. (2011) revela que el 24% de los sanitarios europeos sufren dolor de espalda, mientras que el 22% experimenta molestias musculares. Un notable 74,2% presenta trastornos músculo-esqueléticos, con el 40,1% sufriendo dolor en la zona lumbar, el 27% en el cuello y el 26,6% en la parte superior de la espalda.
En contraste, una investigación de Venegas C et al. (2019) indica que el 69% de los sanitarios encuestados experimenta dolor, mientras que el 10% sufre adormecimiento y el 6% hormigueo. El 64% reporta dolor en la parte baja de la espalda, el 27% en la parte alta y el 17% en el cuello, cuestionando los hallazgos de Girón et al. (2011).
Un 65,8% de los profesionales sanitarios que experimentan estas molestias tienen edades entre 16 y 24 años; esta cifra aumenta al 80% en individuos mayores de

65 años. Dos tercios de estos profesionales deben realizar ejercicios para brazos y manos, y una cuarta parte está expuesta a vibraciones producidas por las herramientas utilizadas. Las consecuencias para estos profesionales incluyen dolor, disminución de ingresos económicos, reducción de la eficacia y aumento de los costos sanitarios.
Estudios han demostrado que la incorporación de principios ergonómicos en las labores de los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario puede incrementar la eficacia en un 25%, en comparación con entornos no ergonómicos. Estas medidas han llevado a una disminución de hasta un 30% en los trastornos músculo-esqueléticos. Asimismo, la integración de ejercicios de estiramiento y pausas activas ha logrado reducir la fatiga muscular en un 15%. Posterior a la implementación de las medidas ergonómicas, un 80% de los técnicos auxiliares administrativos reportó un mayor nivel de satisfacción.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la ergonomía desempeña un papel crítico en el bienestar y rendimiento de los técnicos auxiliares administrativos. La adopción de medidas ergonómicas no solo mejora la eficiencia en las tareas, sino que también contribuye a la reducción de lesiones musculo esqueléticas, en última instancia, mejorando la calidad de vida de estos profesionales de la salud. La colaboración entre gerentes y auxiliares administrativos resulta esencial para la implementación exitosa de la ergonomía, disminuyendo los riesgos laborales. Es decisivo que los líderes reconozcan que invertir en la salud de los sanitarios beneficia tanto a los técnicos auxiliares administrativos como a los demás profesionales, repercutiendo positivamente en la eficacia del Sistema Sanitario.

6 Bibliografía

1. Gámez, J et al (2017) Identificación de riesgos laborales en atención primaria a través de las comunicaciones de los trabajadores. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo Vol. (26). https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-62552017000100003&script=sci_arttext&tlng=en
2. Venegas, C et al (2019) Nivel de conocimiento sobre riesgos ergonómicos en relación a síntomas de trastornos músculo esqueléticos en personal sanitario. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo Vol. (28). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552019000200005

Capítulo 303

LA MEJORA DE LAS TAREAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA TELECONSULTA A DEMANDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ

JOSUE GOMEZ MANZANERO

MARTA SANCHEZ ADEVA

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA

1 Introducción

La teleconsulta a demanda en sus comienzos sirvió para ahorrar a los usuarios del Sistema Nacional de Salud a agilizar trámites, los cuales no requerían de una ser atendidos de una manera física por el médico de cabecera y que por vía telemática y telefónica se podían resolver, evitando el desplazamiento de los pacientes y a sus correspondientes centros de salud.
Si en un principio estas labores estaban integradas por auxiliares administrativos en sus correspondientes centros de salud, a consecuencia de la pandemia, este servicio se amplió de manera considerable, dando cobertura no solo al centro local al que se ubicaban físicamente, sino a toda la provincia de su correspondiente región.

La teleconsulta a demanda pasó a ser tratada de esta manera por un servicio específico reconocido por los usuarios por ”Call Center o Contact Center” o centralita del servicio de salud correspondiente.
A continuación hablaremos de las posibles mejoras a tener en cuenta para agilizar tanto el trabajo en primaria, como la de salvaguardar la afluencia masiva de pacientes a los hospitales. No debemos de olvidar que siempre hay que atender a diario a las urgencias, las cuales sobre todo en los hospitales pueden saturarse y un trato en la atención primaria que el paciente considere que no sea adecuado a sus necesidades, va a propiciar que acudan de manera presencial a la atención especializada y colapsar.

2 Objetivos

- Dar a conocer a los usuarios de atención primaria, un servicio para agilizar sus citas, dudas o consultas mediante la teleconsulta a demanda.
- Enumerar ventajas de la teleconsulta a demanda.

3 Metodología

Se ha realizado una consulta de artículos en buscadores científicos Medlineplus y Scielo, utilizando palabras clave, como teleconsulta, call center, atención primaria y especializada. Además, se realiza una búsqueda en bibliografía sistemática de libros.
Asimismo, me he nutrido de la propia experiencia profesional como auxiliar administrativo y celador en la atención primaria de urgencias, basándonos en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal de los servicios de Salud.

4 Resultados

A continuación detallaremos la manera en la cual el servicio de teleconsulta a demanda o el servicio de cita previa, sea más visible y eficaz para los propios profesionales y para los pacientes que lo solicitan.
En primer lugar, como viene siendo habitual desde la pandemia, deberemos revisar que nuestros equipos de trabajo (ordenador, cascos telefónicos, teléfono y mesa de trabajo) estén desinfectados y si notamos restos de suciedad procederíamos a su limpieza.

A continuación y una vez que hemos encendido el equipo informático y abierto el programa del servicio de cita previa, estaríamos preparados para empezar a recibir llamadas. Lo recomendable es dirigirse a los usuarios con un saludo de bienvenida, como podría ser:

- Servicio de cita previa, muy buenos días, ¿En qué puedo ayudarle?

Tenemos que ser conscientes que recibiremos llamadas de cualquier ciudad o pueblo de toda la provincia, en este capítulo mencionaremos a la provincia de Castilla la Mancha que incluiría Toledo, Cuenca, Ciudad Real, Guadalajara, Albacete y sus diferentes pueblos y pedanías de estas capitales de provincia.

Si disponemos de un teléfono virtual integrado en el programa informático, nos facilitará la localización de los prefijos de las diferentes provincias. Es recomendable que anotemos a papel cada llamada recibida, que servirá a modo de estadística para así conocer qué provincia tiene más concentración de demanda asistencial.

Una vez que ya nos hemos presentado al paciente, le remitiremos a que nos indique si es tan amable su NIE, NIF O PASAPORTE, para así agilizar la búsqueda de identificación del paciente, ya que mucha parte de la población es extranjera y tiene dificultades incluso para verbalizar o deletrear su nombre correctamente. Si el paciente no se acuerda o lo desconoce, entonces procederíamos a hacer la búsqueda por sus apellidos y nombre o acotaríamos con otras soluciones como búsquedas por número de teléfono, número de seguridad social, etc.

A su vez, cuando tratemos con usuarios de avanzada edad y la conversación no sea clara o fluida, ya sea porque no nos escuchan, olvidan sus datos, etc. si creemos que va a ser muy dificultoso satisfacer su demanda, intentaríamos buscar una solución para que nos pueda telefonear o escribir algún familiar o persona de su confianza, con la idea de que el paciente se sienta respaldado.

Seguidamente, responderemos a la demanda del paciente ofreciéndole la teleconsulta a demanda, para su médico de cabecera, pediatra, trabajador/a social, enfermero, etc.

Las fechas de citas que nosotros podemos ofrecer son las que cada centro de salud nos habilita en sus agendas de manera programada.

Dependiendo de que ciudad, pueblo o pedanía sea, obtendremos citas más próximas a las necesidades del paciente o citas que se prolongan en semanas e incluso meses, generando el malestar en el ciudadano.

Nuestra misión es descongestionar la presión asistencial y no podemos satisfacer a todos los usuarios por igual, ya que nuestras funciones son bastante limitadas y el programa que utilizamos carece de muchos permisos para poder citar; por ejemplo, una urgencia, una cita administrativa para recetas, solicitar una urgen-

cia o ambulancia domiciliaria, etc.
Cuando ocurren estas situaciones en el que no podemos responder a la demanda del paciente, deberemos de remitirle amablemente a su centro de salud, por supuesto disculpándonos e intentar ayudarle en cualquier otra gestión que precise.
La reducción de las citas programadas presenciales y la larga espera hasta que encuentran una respuesta acorde a sus intereses, genera en muchas ocasiones crispaciones en los usuarios.
Los auxiliares administrativos debemos de ser prudentes, pacientes, empáticos e intentar dar soluciones objetivas y reales.
Desde que se empezó a vacunar a la población con las vacunas contra el coronavirus, los centros de salud poco a poco han ido aumentando de nuevo las consultas presenciales. Para el "Contact Center" también supuso un alivio, ya que se podrían ofrecer citaciones para su atención médica por la vía presencial y por la telefónica, agilizando la gestión de nuestro servicio y creando una respuesta más positiva en los usuarios.

5 Discusión-Conclusión

Es un hecho que la teleconsulta a demanda ha venido para quedarse, ya que desde la vía telefónica se pueden resolver las principales demandas del ciudadano que no precisen una atención directa para exploración física.
Los ciudadanos debemos de saber aprovechar las nuevas tecnologías, tanto de las aplicaciones telefónicas existentes que nos ofrecen los diferentes servicios de salud, como el uso razonable de las llamadas telefónicas a los centros.
En la mayoría de las ocasiones no es imprescindible acudir a un centro de salud de una manera presencial.
Muchos trámites, (como podrían ser las recetas que vienen ya pautadas en la tarjeta electrónica, consultas médicas que no requieren exploración física y trámites para volantes de extracciones de sangre o derivaciones a especialistas, etc.) podríamos tramitarlos sin nuestra asistencia presencial.
Es de vital relevancia que seamos conscientes de la importancia que tiene no congestionar los centros de salud y evitar de esta manera los contactos entre pacientes de una manera más estrecha, sobre todo en tiempos de pandemia.
Nuestra responsabilidad como auxiliares administrativos de un "Contact Center", es la de ofrecer soluciones reales a los pacientes e intentar dar respuesta a sus necesidades, ayudándolos en todo lo necesario.

Una inadecuada atención al paciente, puede ocasionar malestar y por ende, la necesidad del paciente de acudir a su centro de salud e incluso en algunas ocasiones a las urgencias hospitalarias. Es real que nuestras funciones son muy limitadas en cuánto a la resolución ágil de demandas, pero no olvidemos que nuestro objetivo primordial, es el de descongestionar la presión asistencial mayoritariamente en la atención primaria y evitar los colapsos en urgencias y, por lo tanto, ya estaríamos ayudando a gran cantidad de personas.

6 Bibliografía

1. E.Shigekawa, M. Fix, G. Corbett, D.H. Roby, J. Coffman. The Current State Of Telehealth Evidence: A Rapid Review.Health Aff (Millwood)., 37 (2018), pp. 1975-1982.
2. R.G. Mark. Telemedicine system: the missing link between homes and hospitals?.
Mod Nurs Home., 32 (1974), pp. 39-42.
3. S. Duffy, T.H. Lee.In-Person Health Care as Option B.N Eng J Med., 378 (2018), pp. 104-106Ley 41/2002.
4.www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202104054.pdf.
5. Ley 41/2002 ,de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.
6. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Capítulo 304

LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UNIDADES DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

JOSUE GOMEZ MANZANERO

MARTA SANCHEZ ADEVA

INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA

1 Introducción

UNIDADES DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
Son los Servicios de Urgencias de los Hospitales generales y de especialidades. Orgánicamente, pertenecen al Servicio especializado de Cuidados Críticos y Medicina Intensiva del Hospital en el que se ubican.
Prestan asistencia sanitaria especializada las 24 horas. Ello quiere decir que el paciente será atendido en Urgencias, en su caso, por el médico especialista en la patología que presenta.
A) Descripción:

Todo Hospital debe garantizar la asistencia en todo momento a cualquier tipo de urgencia médica, tanto interna como externa, bien de forma completa o bien parcial, para, una vez asistida, poder remitirla a otro Centro de nivel superior.
Según los servicios que sea capaz de ofertar el Servicio de Urgencias de un Hospital podemos distinguir Hospitales de:
- Nivel 1. Es de menor especialización.
- Nivel 2. Aumenta el número de especialidades médicas con respecto al anterior.
- Nivel 3, en los que se atienden urgencias de todas las especialidades médicas. Son los hospitales de referencia.

B) Plan de Urgencias:
Los fines y objetivos de la Unidad de Urgencias se plasmarán en el Plan de Urgencias, en el que se tendrán en cuenta los fines y objetivos generales del Hospital, según el nivel que este ocupe en la estructura sanitaria de la
Comunidad Autónoma.
El Plan de Urgencias del Hospital se integrará en el Plan General Hospitalario, e incorporará las propuestas del Servicio de Medicina Intensiva y de Urgencias, al que se adscribe el Área de Urgencias, y de las demás Unidades Médicas y de Enfermería.

2 Objetivos

- Encargarse la las labores administrativas en los servicios de urgencias hospitalaria o admisión, tales como la acogida, registro y recepción de pacientes, la toma de datos de la tarjeta sanitaria y su verificación.

3 Metodología

Se ha realizado una consulta de artículos en buscadores científicos Medlineplus y Scielo, utilizando palabras clave, como registro, recepción, tarjeta sanitaria. Además, se realiza una búsqueda en bibliografía sistemática de libros. Asimismo, me he nutrido de la propia experiencia profesional como auxiliar administrativo en la atención primaria, basándonos en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal de los servicios de Salud.

4 Resultados

Funciones de los auxiliares administrativos en las unidades de urgencias hospitalarias:
Además de las funciones generales de los auxiliares administrativos, en las unidades de Urgencias hospitalarias o admisión se encargan de las siguientes funciones:
- Tomar los datos del paciente, así como reflejar el motivo de la consulta.
- Verificar los datos de la tarjeta sanitaria en los distintos programas informáticos de los que disponen, ya sean los propios de atención hospitalaria o los anexos de atención primaria y de tarjeta sanitaria que muchas veces nos sirven como apoyo.
- Recogerá vía telefónica los avisos que se producen para atención médica domiciliaria.
- Velará por el buen funcionamiento del servicio.
- Hablará con los pacientes explicando la situación del equipo sanitario.
(si están atendiendo a un paciente de gravedad, los demás pacientes deben esperar).
- Facilitará la hora de reclamaciones a usuario que no estén de acuerdo con la atención recibida.
- No abandonará su puesto cuando esté solo en el servicio por ausencia del equipo sanitario (bien por atención de urgencia vital o por aviso domiciliario).
- Podrá derivar urgencias a otros dispositivos sanitarios en situaciones de máxima urgencia.
- Cuando por estar disfrutando de los periodos de descanso legalmente establecidos, abandonen transitoriamente el servicio, deberán comunicarlo a sus compañeros, para que puedan actuar en consecuencia con esta situación, así como para que puedan ser localizados en caso de emergencia.
- Cuando los familiares o acompañantes de un paciente se dirijan a los auxiliares administrativos empleando malas maneras, estos deberán solicitar cordialmente su colaboración. Si, a pesar de ello, continuasen en su actitud alterando el orden debido en la Institución, se solicitará la presencia del Servicio de Seguridad.
- Los auxiliares administrativos serán auxiliados por el mencionado Servicio de Seguridad en las funciones de vigilancia y control sobre personas y objetos que estatutariamente le corresponden.

5 Discusión-Conclusión

Las labores del personal de urgencias hospitalaria o de admisión de urgencias por parte de los auxiliares administrativos son fundamentales para el correcto funcionamiento del hospital.
Una correcta acogida al paciente y una adecuada toma de datos y registro del paciente agiliza en suma medida el traslado rápido de los usuarios a la zona de clasificación.
La importancia del dominio de los distintos programas informáticos de los que disponemos son fundamentales para que no existan demoras innecesarias y a su vez la resolución de problemas de una manera ágil hacen que este servicio sea de los denominados específicos para poder trabajar en ellos.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Reyes A, González A, Rojas MF, et al. Grupo de Estudios de la Calidad Asistencial (GRECA). Los informes de alta hospitalaria médica pueden ser una fuente insuficiente de información para evaluar la calidad de la asistencia. Rev Clin Esp. 2001; 201(12):685-9.

Capítulo 305

LA FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO QUE EJERCE SUS FUNCIONES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ

INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

JOSUE GOMEZ MANZANERO

MARTA SANCHEZ ADEVA

1 Introducción

Pese a la presencia cada vez mayor y en más áreas del personal administrativo del ámbito sanitario, las referencias a esta categoría son escasas en la literatura bibliográfica.

Con el fin de visibilizar y poner en valor, el presente capítulo, busca resaltar la especial idiosincrasia de los auxiliares administrativos como personal no sanitario dentro de la salud y hacer patente su visibilidad, aunque en la mayoría de las ocasiones su tarea sea invisible ante los ojos de los ciudadanos.

Los Auxiliares Administrativos desarrollan unas funciones muy importantes dentro de la organización del entorno sanitario en la atención primaria y especial-

izada (los centros de salud y hospitales), atienden a los usuarios tanto de manera telefónica como presencial, preparan y tratan los datos informáticos de los usuarios o pacientes, registran y organizan los expedientes, gestionan las citas en las distintas plataformas propias de cada comunidad autónoma, si es menester mecanografían los documentos y son encargados de llevar a cabo otras tareas administrativas.
La Ley recoge tres puntos claves con carácter general de las funciones del Auxiliar Administrativo dentro de la atención especializada:
Se encargarán del apoyo material, desarrollo y ejercicio respecto a las tareas administrativas-asistenciales propias de la Institución.
Se realizan tareas de servicios y secretaría en planta de hospitalización.
Realizan labores de preparación y tratamiento de los datos clínicos y tratamiento para la información.

2 Objetivos

-Visibilizar y poner en valor en trabajo diario de los auxiliares administrativos.
- Resaltar la especial idiosincrasia de los auxiliares administrativos en atención primaria y especializada.
- Tener presentes los problemas de salud que pueden sufrir los auxiliares administrativos.

3 Metodología

Se ha realizado una consulta de artículos en buscadores científicos Medlineplus y Scielo, utilizando palabras clave, como administrativo, equipos multidisciplinares, polivalencia. Además, se realiza una búsqueda en bibliografía sistemática de libros. Asimismo, me he nutrido de la propia experiencia profesional como auxiliar administrativo en atención primaria y especializada, basándonos en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal de los servicios de Salud.

4 Resultados

Dentro de las tareas anteriormente enumeradas en la ley, se entienden incluidas una gran variedad de tareas administrativas de tipo auxiliar administrativo

dentro del ámbito sanitario, entendiendo también que la digitalización de la documentación clínica, la teleconsulta y la informatización, han modernizado en cierta medida el tipo de tareas a realizar, adaptándose principalmente a las nuevas tecnologías.

Más allá de las funciones específicas realizadas por los auxiliares administrativos de la salud, encontramos dos características intrínsecas que los identifican:

1) Su inclusión en equipos multidisciplinares. Si bien en la literatura bibliográfica encontramos citas referentes al personal administrativo en equipos multidisciplinares de Salud Mental (Paolini, 1987; Duro, 2000), no solo forma parte de equipos de esta especialización sanitaria, sino que engloba todas las disciplinas tales como el apoyo y soporte.

2) Dicotomía especialización contra polivalencia (Bertomeu y Clave, 1999; Campos, 2008; Lago, 2014). En este aspecto, el personal administrativo se halla latente en servicios muy diversos (contabilidad, farmacia, suministros, radiología, facturación, recursos humanos, call center, admisión, docencia e investigación, mantenimiento, etc.), exigiendo en cada una de ellas conocimientos muy concretos del servicio a desempeñar.

3) Organizaciones horizontales:Se suele localizar en organizaciones cada vez más horizontales sustentadas en la cooperación (Moya, 2000; Ostroff, 2000; Báscolo, 2010), en las que se nos alejamos del paradigma de la verticalidad y la jerarquía, la categoría del auxiliar administrativo cobra entidad propia y relevancia en coordinación con los diferentes equipos multidisciplinares de los que forman parte facultativos, equipo de enfermería y celadores entre otros.

Debido a esta falta de visibilidad en ocasiones los auxiliares administrativos que realizan sus funciones dentro de un hospital, suelen verse agravados con ciertos problemas de salud derivados de sus tareas específicas, entre ellos son muy habituales la ansiedad, el estrés, la fatiga que provoca la carga de trabajo, patologías músculo-esqueléticas o dolores musculares en la zona del cuello y extremidades superiores generados como consecuencia de trabajos monótonos y repetitivos, como el uso de teclados, dolores lumbares y las alteraciones en el campo ocular, debido al tiempo de exposición al estar rutinariamente delante de las pantallas, monitores y documentación clínica, con independencia de los riesgos propios asociados a la actividad desarrollada en los centros de atención primaria o centros hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

Ante la insuficiente literatura sobre la categoría del auxiliar administrativo que ejerce sus funciones en Instituciones o centros enfocados a la salud, el presente capítulo resalta su especial idiosincrasia basada en la integración en equipos multidisciplinares y en la dicotomía y especialización contra la polivalencia, tratando de contribuir a dar luz a la incuestionable labor que se realiza.

Si a todo lo anteriormente resaltado, podemos incluir la integración del celador en la atención primaria, el cual ejerce también funciones semejantes a las administrativas, mayoritariamente en los dispositivos de urgencias de los centros de salud y la irrupción de los celadores-conductores, tanto en turno diurno(de 08:00 a 22:00) como nocturno (de 22:00 a 08:00) con tareas de recepción, información, archivo y registro.

También es importante enfatizar que los auxiliares administrativos deben de estar en permanente conexión con el servicio de prevención de riesgos laborales y la unidad de medicina preventiva para su correspondiente formación y así evitar futuras lesiones derivadas del trabajo.

6 Bibliografía

- Báscolo, E. (2010). Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. Revista de salud pública, 12(1s), 8-27.
- Bertomeu, V. M. G., & CLAVE, C. (1999). Polivalencia versus especialización: aproximaciones a un modelo saludable de intervención primaria. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, (7), 117-133.
- Campos, G. W. (2008). Subjetividad y administración de personal: consideraciones sobre modos de gerenciar el trabajo en equipos de salud.

Capítulo 306

EL PINCHE DE COCINA: MEDIDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

MARÍA INMACULADA GARCÍA SANCHEZ MAYORAL

ALICIA CORROCHANO MARTÍN

1 Introducción

En la manipulación de alimentos, en todos los ámbitos profesionales, hay que respetar unas medidas de seguridad e higiene, ya que la falta de ellas, puede ocasionar la contaminación cruzada o que caiga algún elemento que no deba llevar la dieta.

En un hospital, estas medidas deben ser seguidas estrictamente, ya que las personas a las que van dirigidas dichas dietas, son personas enfermas, debilitadas, muchas de ellas con bajas defensas, o que han sido ingresadas para realizárseles una cirugía.

El Pinche de cocina hospitalaria, tiene que ser conocedor de todas esas normas y aplicarlas, ya que de ello depende una parte importante de la recuperación de los pacientes.

Es decir, un plato puede estar elaborado a la perfección, con excelentes productos, con todas sus características nutricionales, ser conservado correctamente pero, a la hora de ser emplatado, si no se siguen las medidas de seguridad e higiene, pueden llegar a ser un peligro importante para la salud de quien los toma.

De igual forma, hay que ser cuidadoso en el cambio de estancias o al pasar de una zona limpia a otra sucia o de unas zonas de un tipo de productos, a otras.

Por ejemplo, si la persona que introduce vajilla sucia en el lavavajillas, cambia a la parte donde se extrae la misma, debe de retirar los guantes sucios, lavarse las manos y ponerse otros guantes limpios.

2 Objetivos

Exponer las principales medidas de seguridad e higiene en la manipulación de alimentos, ya que, de lo contrario, podemos provocar problemas graves de salud.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo de revisión bibliográfica, se ha investigado en varias páginas webs de referencia hospitalaria, así como en documentación escrita desde donde se ha podido encontrar información, además de contar con la experiencia profesional como pinches de los autores, en el Hospital Universitario de Toledo.

4 Resultados

Una cocina hospitalaria, cuenta con diferentes salas separadas entre sí, para evitar contaminaciones cruzadas.
Por ejemplo, tienen varias salas de preparación: sala de verduras, sala de carne, sala de pescado, sala de varios, de elaboración, plonge, sala de preparación de dietas para alérgicos, sala de emplatado, sala de lavavajillas, etc.
Antes de incorporarse a su puesto de trabajo, el pinche de cocina hospitalaria, tiene que ponerse el uniforme, adquirido en Lencería de su centro laboral, así como los zapatos, delantales si fuera necesario, etc.
Antes de entrar a la cocina, debe taparse la cabeza con un gorro desechable y debe ponerse los guantes, también desechables.
Si está, por ejemplo, en la sala de preparación de verduras y debe ir a otra estancia, debe retirar sus guantes antes de entrar a la segunda sala, lavarse las manos y ponerse otros guantes nuevos.
Tiene que hacer lo mismo, si manipula alimentos crudos y va a cambiar a ya elaborados, o si va a pasar de las dietas basales a las dietas para alérgicos.
También, al pasar de salas limpias a salas de sucio, si manipula basuras o productos de limpieza.

A la hora del emplatado, el trabajador debe cubrir su boca con mascarilla, para evitar que lleguen a los alimentos fluidos corporales. El gorro, debe cubrirle todo el pelo, para que no caiga ninguno en la comida o pueda flotar por las estancias por el aire acondicionado.
Antes de empezar su jornada, deben retirarse pendientes, piercings, pulseras, relojes, colgantes, broches y cualquier otro objeto que pueda retener polvo o partículas que puedan llegar a los alimentos o, que por descuido, puedan llegar a caer en cualquier tipo de comida.
Cada vez que se realice una actividad distinta, con alimentos en diferentes estados o distintos tipos, cuando el empleado acude al baño o a fumar, cuando salga de la cocina, si estornuda, si se toca la cara, etc., debe retirar sus guantes, lavarse las manos y ponerse otro limpios, al igual que la mascarilla.

5 Discusión-Conclusión

Es importantísimo llevar a cabo y estrictamente estas medidas de seguridad e higiene.
El pinche de cocina, como manipulador de alimentos, debe ser conocedor de estas normas y acudir a un superior, si observa que un compañero no las sigue, ya que la falta de responsabilidad de una sola persona, puede perjudicar a todos los pacientes ingresados, a los que se les alimenta con la dieta que se prepara en la cocina hospitalaria.
También es importante recordar que hay personas que tienen alergia a ciertos alimentos, y que el no seguir estas normas, puede ocasionarles graves problemas para su salud.

6 Bibliografía

”Normas de higiene y protección en una cocina hospitalaria” https://www.uniuso.com/blog/cocina-hospitalaria-normas-higiene-proteccion/
ibmuniuso
”Criterios de Higiene en el diseño de cocinas hospitalarias”
Luis Eduardo Montes Ortega | 01/04/2012
HOSPITECNIA. Arquitectura, ingeniería y gestión hospitalaria y sanitaria

Capítulo 307

PINCHE Y EL ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS EN LOS HOSPITALES

MARIA HERAS JIMENEZ

JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ

PILAR SANCHEZ MONTERO

ANTONIO SARRION TOLOSA

PABLO CAMPOS PLIEGO

1 Introducción

Ayudar al cocinero a preparar los platos es una de las funciones que debe desempeñar el ayudante de cocina. Limpiar y picar verduras y otros alimentos son algunas de las tareas que conlleva. También puede ser necesario ayudar a descargar suministros o transportar ingredientes desde el almacén hasta la cocina en algún momento. Todo esto implica tener un contacto directo con los alimentos, por lo que es fundamental seguir esta breve clasificación de leyes, prácticas y tradiciones relacionadas con el manejo y almacenamiento de los alimentos. La principal responsabilidad del asistente de servicio en la conservación del producto es garantizar que todos los alimentos se mantengan en las mejores condiciones posibles, lo que afecta tanto el sabor como la higiene del producto. El Código Alimentario Español fue adoptado por Decreto de 21 de septiembre de 1967 (Decreto 2484/1967). Contiene las recomendaciones clave para la conservación y almacenamiento de alimentos. Esta norma establece las siguientes condiciones gen-

erales para el almacenamiento conveniente de productos en el Capítulo VI: - Distribución de alimentos en pilas o lotes que mantengan la distancia adecuada entre ellos, y con paredes, pisos y techos. - Hacer uso de lugares de almacenamiento adecuados para la circulación, recepción, manipulación y despacho. - Trasladar las existencias y retirarlas periódicamente de acuerdo con los requisitos de conservación del espacio y condiciones de almacenamiento de cada producto. - Reconocimiento de las condiciones del local y del estado de los alimentos, y realización de inspecciones rutinarias. - Retirar los alimentos que se hayan echado a perder, estén infestados o contaminados, así como los alimentos cuyo embalaje parezca estar dañado.

2 Objetivos

Definir las características de la seguridad alimentaria, el almacenamiento y la manipulación de alimentos y saber la importancia de un buen almacenamiento de los alimentos.

3 Metodología

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

4 Resultados

A diferencia de los alimentos contaminados, que contienen sustancias extrañas que se pueden dividir en dos categorías: agentes vivos y agentes químicos o minerales, los alimentos alterados son aquellos que han sufrido algún daño en sus características como consecuencia de los procesos de preparación a los que fueron expuestos. . Los siguientes elementos, entre otros, pueden alterar el estado de los alimentos: pérdida de agua, cambios de humedad, actividad metabólica, trituración y deformación, etc. La siguiente lista incluye algunos de los contaminantes más frecuentes que se producen durante el almacenamiento:

Agentes cancerígenos y tóxicos. Son producidos por moho como resultado de un almacenamiento inadecuado.

- Los defectos del embalaje son de suma importancia para el mantenimiento de las propiedades del producto. - Calor y luz: cuando los alimentos se cocinan o almacenan, el calor y la luz activan los componentes de los alimentos, lo que puede provocar la producción de subproductos tóxicos. Se deben seguir los principios de primero en entrar, primero en salir (FIFO) y primero en caducar, primero en salir (FEFO) al almacenar productos. Las distintas cámaras frigoríficas también deben mantenerse siempre en buen orden y distribución de los productos, con estricto apego a la rotación, fechas de caducidad y manejo adecuado de la mercadería. Hay dos tipos de almacenamiento: almacenamiento a temperatura controlada y almacenamiento a temperatura no controlada. Desde que se entrega la materia prima hasta que se prepara y distribuye, el producto debe poder circular con el criterio de "hacia adelante", pasando por las bodegas, cámaras de refrigeración o congelamiento, cámaras frigoríficas de preparación, áreas de cocción y emplatado . Para almacenar adecuadamente las materias primas, la estructura de la cocina debe tener los siguientes componentes: Almacenamiento a temperatura ambiente para productos no perecederos. Debe estar adecuadamente manejado, bien ventilado y libre de escombros que puedan poner en contacto materias primas u otros materiales con el suelo.

Habitación congelada. Debe mantenerse a -20° para compensar pérdidas ya que la temperatura interior debe mantenerse al menos a -18℃. Entre 85% y 90% debe estar la humedad relativa. Es crucial que la cadena de frío permanezca intacta. Tres) Almacenamiento en frío. El almacenamiento se realiza en espacios frígidos, estantes con agujeros para permitir que el aire frío circule más fácilmente. Las materias primas se organizarán y administrarán teniendo en cuenta la rotación adecuada. Las cámaras deben estar siempre limpias y bien higiénicas. Es fundamental que la cadena de frío permanezca intacta. Cada grupo de alimentos tendrá su propia cámara de refrigeración, como la de la carne, que tendrá un rango de temperatura de -1 a 3 grados centígrados (límite crítico, 7 grados centígrados). Las carnes que han sido cocinadas no deben almacenarse para evitar la contaminación cruzada. Se requiere una temperatura entre 0 y 8 oC (límite crítico de 10 oC) para cámaras de pescado y descongelación de pescado. 6) Cámara de frutas y verduras: rango de temperatura de 4 a 7 ℃ (límite crítico: 12 ℃). Temperatura entre 1 y 4 oC (límite crítico 8 oC) para la sala de lácteos y alimentos varios (como huevos líquidos o salchichas). 7) La comida se prepara primero en la sala de preparación fría, también conocida como sala de día. 1 a 4 ℃ de temperatura.

5 Discusión-Conclusión

La cocina de un hospital sirve a diario infinidad de menús, y para afrontar este laborioso trabajo se requiere una gestión integral. El almacenamiento y la conservación de alimentos deben planificarse cuidadosamente para satisfacer la gran demanda de alimentos, prevenir o reducir la pérdida de productos y proporcionar alimentos de la más alta calidad a los pacientes del hospital. Diversos factores que pueden prevenirse aseguran que los riesgos se minimicen, se cree un ambiente de trabajo positivo y que las operaciones de la cocina del hospital se desarrollen a su máximo potencial. La participación de los pinches en la creación de las distintas tareas es fundamental. Es crucial que uno sea consciente del objetivo y cómo se relaciona con las diversas funciones, así como también cómo uno se siente reconocido y útil. En los hospitales es crucial y requerido que exista una estrategia de almacenamiento que asegure el perfecto estado de los productos alimenticios, así como una higiene alimentaria que apoye el bienestar de los pacientes, sin que estos alimentos puedan causarles más daño que las circunstancias que los trajo allí. Para asegurar que los pacientes reciban una alimentación saludable que acorte su estancia o favorezca una evolución favorable en términos de bienestar, todo ello debe ser monitoreado internamente por los empleados que integran el equipo de trabajo y también a través de inspecciones periódicas de las necesidades dietéticas de una manera que se adapte a usted, asegurando una dieta saludable para una recuperación rápida. El desarrollo de un conjunto de protocolos claros conocidos por el personal que trabaja en la cocina y el almacén de la cocina, así como su educación y familiaridad con estos protocolos, es necesario para el almacenamiento y la conservación efectivos de la materia prima en un hospital. , junto con tu compromiso personal y profesional, marcarán la diferencia para una adecuada labor profesional, pero es necesario asistir a sesiones formativas que imparte el centro de salud para la formación en esta materia a las nuevas incorporaciones así como a sesiones de sensibilización a la plantilla más antigua.

6 Bibliografía

1. Decreto 2484/1967, de 21 de septiembre, por el que se aprueba el texto del Código Alimentario Español. (1967).
2. Plataforma Logoss .
3. Temario pinche parte específica. Editorial MAD.
4. Cocina y oficios (gesdocisciii.es)

Capítulo 308

SISTEMAS DE GESTIÓN Y DISEÑO DE LA COCINA HOSPITALARIA. PINCHE

MARIA HERAS JIMENEZ

JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ

PILAR SANCHEZ MONTERO

ANTONIO SARRION TOLOSA

PABLO CAMPOS PLIEGO

1 Introducción

Con el tiempo, la comida del hospital ha cambiado lentamente. Actualmente se pueden servir tanto platos fríos como calientes, y se pretende que el alimento llegue al comensal con sus cualidades organolépticas intactas. Muchas cuestiones, como que los alimentos cocinados llegan frecuentemente al comensal mal presentados, secos, fríos y poco atractivos, aún no se han resuelto gracias a los avances en la maquinaria utilizada y la aparición de nuevas técnicas de cocción. La cocina de un hospital debe proporcionar alimentos a todos los pacientes ingresados en la instalación, atendiendo y encontrando soluciones a una variedad de problemas, incluido el mantenimiento de la instalación y el equipo de trabajo, la adquisición y almacenamiento de materias primas, sirviendo las comidas en un horario lo más cercano posible en la medida de lo posible a las costumbres de la sociedad a la que sirve, ya la variedad de dietas que, en ocasiones, son la base del tratamiento,

como es el caso de la diabetes, la hipertensión arterial y otras afecciones. La comida que se servía en los hospitales no gozaba de buena reputación hace unos años. La falta de apetito que suelen experimentar los pacientes debido a su enfermedad presenta un desafío para quienes están a cargo de alimentarlos, pero mantener una dieta saludable es crucial para una recuperación rápida y completa. Como resultado, las comidas de los hospitales no solo deben pasar estrictas inspecciones de calidad de los alimentos, sino que también deben someterse a un largo proceso de diseño para garantizar que cada paciente obtenga los nutrientes que necesita. Disfruta de la riqueza que aporta comer en el momento adecuado del día sin comer nada que sea malo para tu salud. Numerosos factores inciden en el funcionamiento de la cocina del hospital, y prevenirlos asegura que se minimicen los riesgos, se mantenga un ambiente de trabajo positivo y se produzca un desarrollo laboral óptimo. La cocina de un hospital está repleta de personas que trabajan en diversos juegos con el objetivo de agilizar los procesos y favorecer el mantenimiento de la calidad del producto. Esto repercute positivamente en el bienestar del paciente que ingresa en el hospital y, en muchas ocasiones, favorecerá su recuperación. La participación de los ayudantes es muy importante en el desarrollo de las distintas tareas.

2 Objetivos

Definir las características básicas de la cocina hospitalaria actual y las distintas actividades que se realizan y el diseño y organización de la misma.

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 sobre las funciones del pinche de cocina. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos de varias páginas de internet.

4 Resultados

La cocina hospitalaria es un tipo único de cocina industrial que se dedica a la restauración social colectiva. Se diferencia del catering colectivo comercial en varios aspectos, pero su objetivo principal es brindar un servicio de alta calidad

que ayude a la recuperación de la salud del paciente. De hecho, con frecuencia forma un componente crucial del mismo tratamiento porque la investigación ha demostrado que una presentación agradable y apetitosa de los menús acorta la duración de la estadía. Y es cierto que los pacientes y sus familias valoran mucho la alimentación hospitalaria, situándose en segundo lugar sólo por detrás de la atención y/o amabilidad del personal médico en la valoración de la asistencia sanitaria. En el proyecto de cocina es importante pensar qué línea de producción o cocción será la más adecuada para el objetivo que el hospital quiere conseguir, diferenciando dos sistemas: 1. Línea caliente: Es la tradicional. La comida se prepara, se cocina y luego se sirve inmediatamente a los comensales en platos. Tiene la ventaja de ser un método de cocción muy conocido y que requiere menos capacitación del personal porque es el método estándar. El inconveniente de este método es que si no se siguen correctamente los procedimientos, se puede perder calor durante la distribución, haciendo que el alimento llegue frío y seco y perdiendo sus cualidades organolépticas. Esto es especialmente cierto si la pérdida de calor es suficiente. la recuperación de la salud del paciente puede verse perjudicada o dificultada por un crecimiento bacteriano. Todos los días de la semana se requieren dos turnos de trabajo: uno para el almuerzo y la cena y otro para el desayuno y el almuerzo. Además, si cambia el número de comensales o la composición de las dietas, la respuesta debe ser improvisada, lo que requiere un stock en el almacén y un control de personal en la cocina. 2/ Línea fría: de invención más reciente, tiene dos sistemas: - Línea refrigerada: los alimentos no se distribuyen inmediatamente después de la cocción; en cambio, se refrigera y se mantiene en frigoríficos a una temperatura entre 0 y 3 grados, y llegado el momento se recalienta o se regenera a una temperatura de 65 grados, haciéndolos aptos para el consumo y distribución. Después de la cocción, necesitan dos espacios: uno con sistema de supresión de calor para enfriar rápidamente los alimentos y termoselladoras para las bandejas, y otro para el almacenamiento de alimentos procesados. Se pueden conservar hasta cinco días en estas unidades de almacenamiento. Una vez finalizada la cocción, los alimentos se congelan y, cuando llega el momento de comerlos, se recalientan o regeneran a una temperatura de 65 grados antes de distribuirlos y consumirlos. Este método de conservación de alimentos permite que los alimentos se almacenen hasta por cuatro meses. La cocción al vacío es un tema adicional que podemos discutir. Es la variación más reciente. Los alimentos se envasan al vacío, se enfrían y se conservan con este método. Para la cocción al vacío es necesario un lugar con una máquina de vacío, un cocedor de vapor, un abatidor de temperatura y una cámara frigorífica. También hay que regenerarlos cuando se vayan a consumir. El principal beneficio es que

como no hay aire, el crecimiento bacteriano es detenido, extendiendo el período de conservación a 21 días. La comida se calienta a través del proceso de regeneración hasta que alcanza una temperatura de 65 grados por todas partes. Justo antes de servir la comida, debe terminarse en menos de una hora. Además de microondas, hornos de infrarrojos, hornos de convección y baños de agua (para sopas y salsas), existen otras opciones. Además, hay autos de generación que se pueden transportar a las plantas (puntos de generación), donde requieren que se les conecte una fuente de energía durante la regeneración. Existen dos tipos: - Cocidos al vacío: Los ingredientes cocidos se envasan en recipientes de plástico, se evacuan y luego se conservan en cámaras frigoríficas. Aunque se conserva más tiempo, es esencialmente idéntica a la cocina tradicional. - Cocción al vacío: Esta técnica se diferencia de la anterior en que se utiliza tanto para la cocción como para la conservación. Los ingredientes del plato se agregan al recipiente como materia prima, se crea un vacío y allí se cocinan para luego enfriarse y almacenarse en cámaras. Se deben tener en cuenta las siguientes pautas al abordar los requisitos generales de higiene de la instalación para los productos alimenticios de la cocina del hospital: 1. Estas instalaciones deben permitir una limpieza y desinfección diaria adecuada. 2/ La temperatura en las habitaciones o áreas de la cocina será la ideal para manipular los distintos alimentos. 3. El área debe ser lo suficientemente grande y adaptada a los trabajos que se realizan. 4/ Se segregarán fácilmente las salas de cocina y los útiles de limpieza y desinfección. 5/ Es necesario considerar la circulación del ambiente de trabajo minimizando la contaminación. Es crucial decidir qué tipo de comida producirá la cocina al comienzo del proceso de diseño porque esto afectará la organización de la cocina como un todo. Existen varios sistemas de gestión de la alimentación hospitalaria, cada uno con características, beneficios e inconvenientes únicos: 1/ Autogestión o internalización: la gestión es responsabilidad exclusiva del hospital.

Hay dos tipos: - Sistema descentralizado: en este arreglo, la preparación y cocción de los alimentos se realizan en la cocina y luego se envían a los pisos o salas del hospital, oficinas o ambos. - Sistema centralizado: los menús se distribuyen a los pacientes en bandejas mientras son transportados en carros después de que la comida es preparada, cocinada y emplatada en la cocina.

La subcontratación o gestión por una firma especializada contratada, que puede ser pública o privada. Además, existen dos modelos: - Preparación externa o catering, en el que la comida se prepara en instalaciones propiedad de una empresa privada, se transporta al hospital y se distribuye por el personal del centro. - Preparación interna: Las instalaciones del hospital se utilizan para preparar los alimentos. Existen varios modelos, entre ellos los siguientes: * Unidad de pro-

ducción externa: la empresa contratada aporta el personal, así como las materias primas, la preparación y distribución de los alimentos.
Unidad de producción interna: el centro se encarga de la contratación del personal y de la manipulación de los alimentos. Preparación, distribución y almacenamiento, pero un proveedor contratado maneja el suministro de materia prima.
Unidad productiva mixta: Personal del centro y personal de la empresa contratada, que además se encarga de aportar la materia prima, preparar los alimentos.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo de la cocina del hospital es asegurarse de que el paciente se recupere y se recupere rápidamente. Las ventajas del sistema de cocina centralizada son igualmente importantes, como lo son las calidades de las materias primas utilizadas en la elaboración de los menús, cómo se preparan y conservan, así como si al paciente le resultan apetecibles o no. Esto se hace para aumentar la fluidez y evitar la temida contaminación cruzada. Una cocina de hospital es un servicio básico y extremadamente complejo, que requiere una variedad de especialidades para diseñar e implementar. Debes estar presente en la primera reunión del equipo multidisciplinario que se encargará de diseñar el hospital que se pretende construir para que la operación transcurra de la mejor manera posible. De lo contrario, todos los que se encuentren en el área se verán obligados a desempeñar sus funciones en áreas insuficientes sin el equipo o el espacio necesarios. Y dar a las personas enfermas una dieta que no podría prepararse en circunstancias ideales o con las herramientas adecuadas, lo que afectaría negativamente su salud y haría que la recuperación fuera más lenta y desafiante. Para evitar la contaminación de los alimentos, el trabajo en la cocina de un hospital debe estar bien organizado y los miembros del personal que trabajan allí deben estar debidamente capacitados y ser conscientes de la importancia crítica de mantener la higiene personal y cumplir con las pautas básicas de manipulación. Nos parece fundamental certificar y actualizar cada año al personal de cocina del hospital mediante la obtención del carné de manipulador de alimentos, así como actualizar y supervisar la gestión de cocina en cuanto a la idoneidad de la instalación, con el fin de incentivar el trabajo en cocina y agilizar los trámites. El desarrollo de una serie de protocolos claramente definidos y conocidos por el personal que trabaja en cocina y almacén de cocina, así como su formación y conocimiento de dichos protocolos, es necesario para el correcto almacenamiento y conservación de las materias primas en un hospital. , junto con tu compromiso personal y profesional,

marcarán la diferencia para una correcta labor profesional, pero es necesario asistir a sesiones formativas que imparte el centro de salud para la formación en esta materia de las nuevas incorporaciones así como sesiones de sensibilización para el personal que ha sido allí más tiempo.

6 Bibliografía

1. Plataforma Logoss .
2. www.revistamedica.com
3. Temario pinche parte específica. Editorial MAD.

Capítulo 309

EL MANEJO SEGURO DE LOS ELECTRODOMÉSTICOS DE LA COCINA HOSPITALARIA, PINCHE

MARIA HERAS JIMENEZ

JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ

PILAR SANCHEZ MONTERO

ANTONIO SARRION TOLOSA

PABLO CAMPOS PLIEGO

1 Introducción

En el mundo actual, los electrodomésticos son comunes y ayudan con casi todas las tareas del hogar. Aunque tienen una apariencia amigable y un uso sencillo, cada uno de ellos tiene procesos que pueden implicar riesgos de accidentes eléctricos, accidentes por embriaguez, accidentes por caídas, accidentes por incendio y accidentes por calor. Debido a esto, se debe tener cuidado para mantenerlos a fin de evitar accidentes. El lugar más fácil para que sucedan tales accidentes es alrededor de los electrodomésticos de la cocina, especialmente cuando hablamos de la cocina de un hospital con numerosos electrodomésticos más grandes que el hogar. De hecho, varios estudios muestran que más del 40% de los percances ocurren en las cocinas, lo que demuestra el riesgo potencial de estos espacios en cualquier entorno, incluido el hogar o el lugar de trabajo, como un hospital.

Además, el 20% de estos percances ocurren mientras se cocina porque se coordinan múltiples tareas y la atención se divide durante esta actividad. Precocinados, cocidos, emplatados, eliminación de residuos y su conservación son solo algunos de los procedimientos que se llevan a cabo en la cocina de un hospital. También son numerosos los recursos humanos que trabajarán allí y que es necesario coordinar adecuadamente para llevar a cabo las tareas propias de cada área de cocina. Como resultado, hay un aumento exponencial en el riesgo de un accidente. El personal de cocina, y en especial el ayudante de cocina, será uno de los profesionales que más tareas realice, por lo que conocer los electrodomésticos y los riesgos que suponen serán fundamental para evitar problemas en su trabajo.

2 Objetivos

Exponer cómo hacer el uso adecuado de los electrodomésticos en una cocina hospitalaria para prevenir accidentes que el pinche debe conocer.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando como fuentes científicas diferentes bases de datos de internet, tales como o Google Académico, a fin de recopilar información actualizada sobre el objeto de estudio de este capítulo buscando términos referentes al tema del trabajo.

4 Resultados

En la cocina de un hospital, existen una serie de recomendaciones oficiales sobre cómo manipular los electrodomésticos: - En primer lugar, hay un frigorífico, que debe instalarse en un lugar seco y ventilado, alejado de fuentes de calor y de la luz solar directa. Además, el congelador y la parte posterior deben limpiarse a fondo, despejando el orificio de drenaje. Debe descongelarse con frecuencia para evitar las heladas. En segundo lugar, están los microondas, que debe evitar usar para precalentar artículos que no sean alimentos. Se requiere la limpieza diaria de las rejillas. No se deben colocar objetos metálicos sobre el tocadiscos. - El filtro del lavavajillas debe inspeccionarse periódicamente y limpiarse según sea necesario utilizando las técnicas descritas en las instrucciones del fabricante. - Se debe confirmar que la cocina se apaga después de su uso con respecto a los hornos. Los

utensilios de cocina y los platos no deben estar cerca de toallas de cocina o rollos de toallas. - Deben dejarse enfriar antes de ser almacenados en relación con accesorios portátiles más pequeños, como planchas. Aunque las cocinas de inducción son más comunes hoy en día y ofrecen una mayor seguridad, muchas cocinas hospitalarias siguen utilizando vitrocerámicas, por lo que es importante asegurarse de que se hayan enfriado antes de tocarlas. Las vitrocerámicas también tienen sus riesgos. Por lo general, tiene una luz roja que parpadea cuando se pueden tocar o colocar encima materiales inflamables o levemente resistentes al calor. Al cocinar, es importante tener en cuenta que si una sartén se calienta durante un tiempo excesivo, el aceite puede saltar y causar quemaduras cuando se agregan alimentos frescos. - También se encuentran disponibles otros pequeños electrodomésticos como tostadoras, batidoras y licuadoras. si uno tiene cuidado, eso puede cortar o quemar. El mantenimiento es una medida fundamental de prevención de accidentes porque muchos problemas, como la electrocución, se producen por cables dañados o enchufes en mal estado. Dado que los restos de electrodomésticos pueden provocar quemaduras y cortes, es importante que se limpien adecuadamente para evitar futuros accidentes. La correcta presentación de los electrodomésticos es, por tanto, algo más que una cuestión de estética. Las áreas de circulación de la cocina del hospital deben mantenerse separadas de los cables para mantener el orden y reducir los riesgos. La cacerola debe colocarse con las asas hacia adentro. Una vez que haya terminado de usar los pequeños electrodomésticos, desconéctelos y guárdelos; esto asegura que la cocina esté organizada y limpia. El ayudante de cocina es un profesional que maneja diariamente diversos electrodomésticos en la cocina del hospital, realizando tareas menores en cada uno de ellos para luego asistir al cocinero y ayudantes de cocina en la preparación de los alimentos. Por ello, debe controlar de manera efectiva cada uno de los procesos antes mencionados; de lo contrario, favorecerá la ocurrencia de accidentes potencialmente peligrosos.

5 Discusión-Conclusión

Se deben tener en cuenta las características de los distintos aparatos eléctricos que se encuentran en la cocina de un hospital, desde el microondas hasta el horno, pasando por el frigorífico, para evitar accidentes. Todos estos aparatos deben ser limpiados a fondo, debiendo realizarse un mantenimiento mínimo diario además de un mantenimiento técnico al menos una vez al año. Por tanto, el correcto mantenimiento de los mismos es necesario para la prevención de accidentes. Además, el ajetreo de la cocina de un hospital ocasionalmente pone a los

pacientes en riesgo de sufrir quemaduras, cortes o accidentes peores. En este sentido, una adecuada coordinación entre todos los profesionales será fundamental para mantener la cocina limpia y segura.

6 Bibliografía

Gardea, V. M. E., & Reyes, A. G. (2001). Sistema de seguridad domótico para uso doméstico y/o industrial. Conciencia Tecnológica, (16), 33-37.
Valdivia, M. (1993). Control de productos críticos en cocina hospitalaria. Anales de la Real Academia de Ciencias Veterinarias de Andalucía Oriental, (6),
Casa Ferri, I. (2016). Integración de sistemas de prevención de riesgos laborales, análisis de peligros y puntos de control crítico en una cocina hospitalaria.). Desarrollo de un sistema de Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (APPCC) en la cocina hospitalaria.

Capítulo 310

TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA Y COMO ACTUAR ANTE UNA EN ANAFILAXIA

ESTHER MANDRION BUSTAMANTE

MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN

BERNARDO BAEZA CALDERON

ANA MARIA MAÑAS ORTEGA

SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ

1 Introducción

Una reacción alérgica extrema conocida como anafilaxia puede provocar la muerte de la persona si no se revierte rápidamente y afecta a todo el cuerpo. El sistema inmunológico actúa como un conducto para esta reacción. El enrojecimiento de la piel suele ser el primer síntoma y el más común, y afortunadamente también el más leve, aunque es una reacción grave que solo afecta al 1% de la población mundial. Una sensación de picazón, que puede ser leve o fuerte, generalmente acompaña a este enrojecimiento. Saber reconocer estos dos síntomas es crucial porque nos dan la oportunidad de detener la evolución temprana de la condición. El método de también es importante porque la condición generalmente empeora y progresa más rápidamente cuando se administra por vía parenteral. La edad del paciente también es importante porque las edades

extremas (infancia y vejez) son más propensas a experimentar reacciones negativas. Se inyectaba adrenalina o epinefrina por vía intramuscular en casos de condiciones graves que pusieran a la persona en peligro de muerte. Para evitar secuelas graves en las personas afectadas, es fundamental que los profesionales de la salud se mantengan informados sobre este tema y sepan cómo identificar y actuar en todos estos casos.

2 Objetivos

Definir que es la anafilaxia y clasificar según su gravedad. Conocer los órganos que puede afectar, descubriendo como se realiza la determinación del marcador triptasa.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el tema a tratar. Se ha realizado la búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos en las distintas páginas de internet seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La gravedad de la anafilaxia, una reacción alérgica grave, lo distingue. Aparece de la nada (en cuestión de segundos o minutos) y se desarrolla rápidamente. La inmunoglobulina parece ser un importante mediador de la mayoría de las reacciones. Contrariamente a la creencia popular, la reacción no ocurre en la primera exposición al alérgeno, sino en exposiciones posteriores porque el organismo necesita mediadores inmunológicos para mediar contra el alérgeno y, por lo tanto, debe haber estado expuesto a él previamente. Las causas más comunes de reacciones anafilácticas son la exposición a fármacos, alimentos (en particular leche, frutas y huevos, en particular la clara) e insectos, en particular abejas. La persona debe llevar consigo medicación para detener la reacción anafiláctica tan pronto como comience porque los síntomas podrían empeorar y dar lugar a un shock anafiláctico. Como enfermeras, es nuestra responsabilidad enseñar a las personas a auto administrarse inyecciones intramusculares de

adrenalina o epinefrina inyectables pudiendo hacerlo incluso sobre la ropa debido a que la aguja interna del dispositivo es bastante larga. Lo ideal es tomar dos autoinyectables para poder repetir la administración a los cinco minutos si falla el primero o no se puede revertir por completo la reacción. Puede tener un impacto en una variedad de órganos, incluida la piel. - Nariz: estornudos, congestión nasal y secreción nasal. Prurito, hinchazón de labios o lengua en la boca. - Garganta: rascado, opresión, dificultad para tragar e inflamación de la parte posterior de la garganta. - Pecho: malestar o dolor en el pecho, sibilancias, tos y dificultad para respirar. - Corazón: latido del corazón lento, desmayo, shock. Los vómitos, la diarrea y los calambres son síntomas del tracto digestivo. - Sistema nervioso: desmayo o vértigo. La clasificaríamos en tres grupos según su gravedad: - Leve: afecta únicamente a la piel y tejidos subcutáneos. Los síntomas son eritema generalizado (enrojecimiento), urticaria, edema periorbitario o angioedema. - Moderada: afectación de los sistemas respiratorio, cardiovascular o digestivo caracterizado por disnea, estridor, sibilancias, náuseas, vómitos, presíncope, diaforesis, opresión torácica, irritación de garganta o dolor abdominal. - Graves: alteración neurológica, hipoxia o hipotensión. Mif d i i / S O2 i l 92 por ciento Se manifiesta por cianosis y/o Sat O2 igual o 92 por ciento, hipotensión (sistólica 90 mmHg), obnubilación, colapso y deterioro neurológico. Si no se detiene, la persona podría entrar en shock anafiláctico, que es fatal. Será necesario actuar más rápida y estratégicamente en esta situación final. Dado que la triptasa sérica (más concretamente, la beta) aumenta rápidamente en cuestión de minutos y puede controlarse durante dos horas desde el inicio de los síntomas, es este marcador bioquímico el que nos permite evaluar el daño causado por la reacción anafiláctica. Si la muestra contiene glóbulos rojos, el laboratorio de los técnicos la centrifugará y separará para ello, manteniendo la muestra a menos 20 grados si no se va a analizar de inmediato. La muestra se cuantifica y analiza mediante métodos de inmunoensayo o anticuerpos monoclonales G5 para beta triptasa y G4 y B12 para triptasa total, siendo su valor normal en torno a 11,5 ng/mL. A su vez, enfermería realizará varios procedimientos: - Colocar al paciente en una posición segura: o Posición supina - Si hay hipotensión, se elevarán las extremidades inferiores - Si vomita, se colocará con la cabeza hacia un lado - Asegúrese de que la vía aérea esté despejada (dientes postizos, vómitos, etc.), si no, déjela ir. - Quítese cualquier prenda que apriete, como el cinturón, la corbata y la camisa.). - Colocar monitorización, realizar ciclado de tensión y canalizar acceso venoso. - La entrega de medicamentos prescritos y, en su caso, oxigenoterapia.

5 Discusión-Conclusión

Si la anafilaxia no se trata rápidamente, puede tener consecuencias fatales. Podemos evaluar rápidamente el daño del cuerpo por anafilaxia gracias a un marcador llamado triptasa sérica. Para prevenir complicaciones y secuelas, enfermería debe observar, conocer y vigilar de cerca los signos de descompensación del paciente. La adrenalina administrada por vía intramuscular es el tratamiento preferido para el shock anafiláctico; si es ineficaz, la dosis puede repetirse después de quince minutos. Incluso si la condición mejora después de la administración de la primera dosis, el paciente debe permanecer en observación para evitar que le vuelva a repetir durante al menos unas horas.

6 Bibliografía

Mendoza Magaña MJ, Vargas Rosasm MA, Guillén Escalón JE, Moncada Alcon AM, del Río Navarro BE, Sienra Monge JJ. Anafilaxia y choque anafiláctico [Anaphylaxis and anaphylactic shock]. Rev Alerg Mex. 2007 Mar-Apr;54(2):34- 40. Spanish. PMID: 17542244.

Capítulo 311

TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. CÓMO PONER UNA CUÑA Y UNA BOTELLA DE MICCIÓN

ESTHER MANDRION BUSTAMANTE

MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN

BERNARDO BAEZA CALDERON

ANA MARIA MAÑAS ORTEGA

SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ

1 Introducción

Para evitar infecciones del tracto urinario, lesiones cutáneas y disminuir el riesgo de ulceración, el cuidado perianal se define como el mantenimiento de la piel en la zona comprendida entre la vulva y el ano en la mujer y el escroto y el ano en el hombre. Fomentar la comodidad del paciente mediante la aplicación de presiones. El TCAE es responsable de colocar el orinal, llenar el biberón y cambiar los pañales del paciente cuando, por cualquier motivo, el paciente no pueda orinar o defecar en el baño. Para las personas de ambos sexos que no pueden levantarse de la cama para orinar, defecar o ambas cosas, se utilizan los urinarios de cuña hospitalaria o en forma de cuña. Dado que el polipropileno, el material utilizado para

fabricar urinarios en forma de cuña, es altamente resistente a los efectos de los limpiadores y desinfectantes químicos, no solo son muy livianos, sino también muy difíciles de dañar. Los recipientes para urinarios masculinos suelen estar hechos de polipropileno, lo que los hace resistentes a la lejía y otros agentes de limpieza. Un urinario portátil de este material pesa muy poco y además está hecho de un material muy ligero. También es crucial recordar que todos nuestros modelos tienen manijas para que sean fáciles de limpiar y mover.

2 Objetivos

Dar a conocer el proceso que el TCAE debe utilizar a la hora de poner o quitar la cuña y la botella de micción.

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 palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones del TCAE en el ámbito sanitario, cuidado perianal, cuña hospitalaria, botella de micción, pañal, protocolo de puesta y quitado de cuña, protocolo con botella de micción.

4 Resultados

Para ello debes tener listo lo siguiente: - Colchas. - Una esponja. Guantes no estériles. Jabón neutro para platos. - Tejido. - Registros de enfermería. - Una toalla de papel de celulosa. - Una botella o cuña según necesidad. La pantalla. Lávese las manos antes de colocar la cuña. - Obtener la información lista. - Describir los pasos. - Pide su ayuda siempre que puedas. - Mantener protegida la intimidad del paciente mediante el uso de un biombo o cortina. • Póngase guantes. - Colocar todos los suministros cerca del paciente. - Colocar las colchas y los cubrecamas. – Si el paciente es un hombre, ofrézcale el biberón. – Coloque la cuña: 1. Los pacientes que tienen algún grado de movilidad deben colocarse en decúbito supino con la cabecera de la cama levantada. Se debe quitar la ropa de cama. Solicite que el paciente levante la cadera y flexione las rodillas. Para ayudar a levantar la cadera, coloque la mano más cercana debajo del sacro. La cuña debe estar centrada e insertada debajo de las nalgas. Envuelva la sábana superior alrededor del

paciente. 2. Los pacientes que están inmóviles deben colocar sus camas en posición horizontal. Quítate la ropa de cama. Acueste al paciente en decúbito lateral. Con su lado apoyado en la cama, coloque la cuña debajo de las nalgas. Con la cuña firmemente en su lugar en las nalgas, gire al paciente sobre su espalda. Asegúrese de que la cuña esté centrada. La sábana superior se utiliza para encerrar al paciente. - Ofrecer papel higiénico al paciente. - Quítese los guantes. Lavarse las manos. - Dar al paciente tiempo suficiente para marcharse. Ponte los guantes. - Saque la cuña mientras observa si hay heces u orina. - Mover la cuña a la zona de limpieza. - Si es necesario, ayude al paciente a mantener una higiene genital adecuada. - Si es necesario, ayude al paciente a ponerse la ropa interior. - Si es necesario, cambie la almohadilla de la colcha. - Coloque la cama correctamente. - Hacer adaptaciones para el paciente. - Calcular la diuresis. - Limpiar e higienizar la cuña o botella. - Reúna sus recursos. Quítate los guantes. - Lavarse las manos. - Anotar cualquier diuresis o características del movimiento intestinal.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería (TCAE) debe conocer todos los protocolos de actuación establecidos en el hospital donde desarrolla sus funciones. Para ello deben recibir una formación continua, y cabe señalar que esta formación no puede ser teórica sino práctica. Puedo tener mucho conocimiento sobre la práctica, pero cuando se trata de ponerme frente a un paciente, no tengo ni idea de por dónde empezar o cómo seguir el protocolo. Dado que el calibre del servicio que brindamos depende de todos y cada uno de los miembros de su equipo multidisciplinario, poder cambiar un orinal y una botella para orinar es un requisito en este caso. Si el TCAE no está seguro de cómo insertar o quitar la cuña o proteger la privacidad del paciente, corremos el riesgo de hacer que la situación del paciente sea más desafiante e incómoda.

6 Bibliografía

Wikipedia. www.elsevier.es.
Técnicas básicas de enfermería. Mc Gran Hill educación.

Capítulo 312

TÉCNICO AUXILIAR DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

ESTHER MANDRION BUSTAMANTE

MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN

BERNARDO BAEZA CALDERON

ANA MARIA MAÑAS ORTEGA

SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ

1 Introducción

Las emergencias pediátricas se consideran un componente crucial cuando se trata de educar a los residentes en la especialidad pediátrica y sus subespecialidades particulares y ayudarlos a aprender nuevas habilidades. Todo esto ayuda a localizar la patología aguda común, manejarla de manera efectiva y conocer al niño enfermo. La gravedad del cuadro clínico que presenta el niño debe servir como eje rector principal de la actuación de los Servicios de Urgencias Pediátricas. En caso de un caso de máxima gravedad, siempre comenzará con una consulta en urgencias y terminará en cuidados intensivos. Si el cuadro clínico no es grave, la consulta de urgencias puede ir a consultas externas del hospital, médico de atención primaria del niño, observación oa su domicilio. Llevar una clasificación de pacientes a la entrada, que puede ser leve, menos grave, grave o muy grave, y

tomar decisiones en base a ella, es fundamental para la organización de la asistencia de emergencia. Tanto dentro como fuera de los hospitales, estas precauciones deben tomarse de la misma manera y protección de su privacidad así como apoyo personal y atención integral. Debe programar el trabajo según lo requiera el servicio, preparar y realizar la atención hasta el alta.

2 Objetivos

Identificar los conocimientos que se necesitan para proporcionar una atención exhaustiva al niño, bien sea en situaciones generales como específicas con los distintos miembros que forman parte del equipo en un servicio de urgencias pediátricas.

3 Metodología

Se ha hecho una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Para la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una investigación consistente en una búsqueda bibliográfica en internet y una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

4 Resultados

El Servicio de Urgencias Pediátricas necesita personal médico y de enfermería especializado debido a las ocasionales diferencias con los adultos, como la fiebre pediátrica y el grado de identificación del dolor, y siempre debe tener en cuenta las necesidades físicas y emocionales de cada grupo de edad. Cuando un paciente ingresa a la sala de emergencias y se le asigna un número de triajes, el Técnico Auxiliar de Atención de Enfermería suele ser el primero en reunirse con él. Debe reconocer al paciente, proveer para él y determinar el alcance de su dependencia. Debe trabajar en conjunto con el equipo médico (médicos, enfermeras), preparando al paciente para el examen y atendiendo sus necesidades básicas. Se deben aplicar enemas, monitorear sueros, cambiar bolsas y si es necesario cambiar al paciente. A la mayor brevedad deberá realizar la limpieza y mantenimiento del material, instrumental y dispositivos clínicos así como mantener, reponer y revisar las cajas, material del equipo y carro de parada. Él procesará las radiografías, las muestras analíticas y las solicitudes de prueba. Cuando un

paciente ingresa al hospital, debe informarle las políticas del establecimiento y de la unidad, así como los requisitos para el uso de brazaletes de identificación y el manejo de su tránsito por la sala de emergencias. En todo momento, debe mantener la confidencialidad de su trabajo. El equipo multidisciplinario en su conjunto debe estar plenamente preparado e involucrado para que el Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería actúe ante cualquier complicación. Por su proximidad al paciente, el técnico auxiliar de cuidados de enfermería juega un papel fundamental. Debe ser un profesional capacitado que pueda infundir confianza y tranquilidad de manera constante en el paciente y su familia desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería en el Servicio de Urgencias Pediátricas debe estar capacitado para trabajar de manera sistemática, colaborando con sus propias tareas y apoyando a todo el personal que también forma parte de este equipo de trabajo, transmitiendo la seguridad y confianza de que tanto el paciente como el los familiares necesitan, haciéndoles sentir que son cuidados a la vez que se sienten respetados, salvaguardando su privacidad con un trato humano con atención integral. Debe ser capaz de organizar sus tareas de acuerdo con las exigencias del servicio al que pertenece, planificando y realizando sus cuidados hasta el alta hospitalaria.

6 Bibliografía

Revista-portalesmedicos.com/revista-medica/triaje-triangulo-evaluacionpediatrica-en-urgencias https://umearenas.files.wordpress.com/2015/11/manual-urgencias
https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/02/congresointernacional-urgencias

Capítulo 313

ATENCIÓN DE LA ENFERMERÍA A PACIENTES CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

CRISTINA GIJÓN RUIZ

VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE

MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ

ALBA ANDREO CANDEL

ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR

1 Introducción

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad crónica y progresiva que afecta al sistema inmunológico de las personas. La atención de enfermería desempeña un papel crucial en el cuidado de los pacientes con VIH, ya que abarca desde el diagnóstico y el manejo de los síntomas hasta el apoyo emocional y educación sobre la enfermedad. En este caso clínico, se presenta la atención de enfermería a un paciente con VIH, destacando los cuidados integrales y las intervenciones realizadas para mejorar su calidad de vida.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad crónica y curable en la que el virus está suprimido en la mayoría de los

pacientes y cuya esperanza de vida es comparable a la de la población general con VIH. VIH significa virus de la inmunodeficiencia humana. Interfiere con el sistema inmunitario al destruir tipos de glóbulos blancos que ayudan al cuerpo a combatir infecciones. Esto lo pone en riesgo de infecciones graves y ciertos tipos de cáncer. El VIH se puede propagar de varias maneras: 1. Relaciones sexuales sin protección con una persona infectada por el VIH. Este es el tipo de distribución más común. descongelado. Proporcionar agujas para el uso de la tela. 3. Cuando se exponen a la sangre de una persona infectada por el VIH. 4 Transmitida de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. Las personas con mayor riesgo de infección por el VIH incluyen: Personas con otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Las ETS aumentan el riesgo de contraer o transmitir el VIH. descongelado. Personas que comparten agujas para inyectarse drogas. 3. Personas homosexuales y bisexuales, especialmente afroamericanos, hispanos o latinos. cuatro Las personas que tienen conductas sexuales de riesgo, por ejemplo, no usan condones.

2 Objetivos

Describir el caso clínico de un paciente con VIH, incluyendo su diagnóstico, historia médica y estado actual de salud.
Analizar los cuidados de enfermería proporcionados al paciente con VIH en las diferentes etapas de su enfermedad.
Evaluar las intervenciones de enfermería para promover la adherencia al tratamiento antirretroviral y prevenir la progresión de la enfermedad.

3 Caso clínico

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

amen abdominal normal y sin adenopatías palpables en los sitios palpables. análisis fundamental (CSC, bioquímica y gases arteriales basales). El paciente ingresó en Medicina Interna y se tomó una muestra. El esputo de Pneumocystis jirovecii fue positivo, por lo que se inició tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol durante 21 días. Al mes y medio del ingreso su estado mejoró ya los 4 meses fue dado de alta al policlínico para un nuevo examen, acudió al médico a la semana del análisis de sangre. Después de 4 meses de uso, el paciente acudió a consulta donde le dieron los resultados y le dijeron que estaban estables. Después de la consulta se debe reservar otra cita pero esta vez por 6 meses debido a la evolución y buena respuesta al tratamiento. Que gracias a los avances se puede determinar el nivel de vida de las personas con este virus y con una vida totalmente normal

4 Discusión-Conclusión

La atención de enfermería a pacientes con VIH es fundamental para brindarles una atención integral y de calidad. Mediante la educación, el apoyo emocional y el seguimiento regular, se puede promover la adherencia al tratamiento, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. El papel del personal de enfermería es clave en la provisión de cuidados individualizados y en el fomento de la autonomía y el autocuidado.

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

5 Bibliografía

Guía de Atención de Enfermería en VIH/SIDA" - Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo (España).

”Manual de Enfermería en VIH/SIDA” - Fundación Lucha contra el Sida (España).

”Atención de Enfermería en pacientes con VIH/SIDA” - Laura Chicaíza, Ediciones de la U.

”Enfermería en VIH/SIDA: Guía para la Atención Primaria” - Andrés Santiago Fernández.

”Protocolos de Enfermería en VIH/SIDA” - Manuel Alcántara Valero, Editorial DAE.

”VIH/SIDA: Manual de Enfermería” - Andrea Arévalo Rincón, Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.

Capítulo 314

PACIENTES CON ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y CUIDADOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

CRISTINA GIJÓN RUIZ

VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE

MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ

ALBA ANDREO CANDEL

ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un importante problema de salud pública a nivel mundial. Estas infecciones se transmiten principalmente a través de relaciones sexuales sin protección y pueden afectar tanto a hombres como a mujeres de todas las edades. La prevención y el manejo adecuado de las ETS son fundamentales para reducir su incidencia y minimizar las complicaciones asociadas. En este trabajo científico, se abordarán los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades de transmisión sexual, destacando la importancia del papel de los profesionales de enfermería en la prevención, detección temprana, tratamiento y educación sobre estas enfermedades.

Algunas de las ETS más comunes son la clamidia, la gonorrea, la sífilis, el VIH, el herpes genital y el virus del papiloma humano (VPH). La prevención y el tratamiento adecuado de las ETS son cruciales para evitar complicaciones graves en la salud, como la infertilidad, el cáncer, el daño neurológico y la muerte. Asimismo, las ETS pueden afectar el bienestar emocional y psicológico de los pacientes, impactando su autoestima, su calidad de vida y sus relaciones interpersonales. Por consiguiente, es fundamental que los profesionales de enfermería estén preparados para brindar una atención integral a los pacientes afectados por ETS. Esto implica ofrecer educación y prevención sobre las ETS, realizar pruebas de detección, administrar tratamiento adecuado y llevar a cabo un seguimiento periódico de los pacientes. Además, es esencial que los pacientes que padecen ETS reciban apoyo emocional y psicológico a lo largo de todo el proceso de tratamiento y recuperación.

2 Objetivos

Analizar la epidemiología y la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual.
Identificar los principales tipos de enfermedades de transmisión sexual y sus modos de transmisión.
Describir el papel de los profesionales de enfermería en el abordaje de las enfermedades de transmisión sexual.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de fuentes científicas y estudios relacionados con los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades de transmisión sexual. Se consultaron bases de datos médicas como PubMed y Scielo, así como revistas y libros especializados en el tema. Se utilizaron palabras clave como ”enfermedades de transmisión sexual”, ”cuidados de enfermería”, ”prevención”, ”tratamiento” y ”educación”.

4 Resultados

El apartado de resultados abordará los principales hallazgos obtenidos en la revisión bibliográfica. Se presentarán datos epidemiológicos sobre la incidencia y

prevalencia de las ETS, así como información sobre los diferentes tipos de infecciones y sus síntomas. Además, se describirá el papel de los profesionales de enfermería en la detección, diagnóstico y tratamiento de las ETS, así como en la educación y el asesoramiento a los pacientes para prevenir la transmisión y recurrencia de estas enfermedades.

La atención de enfermería es fundamental para prevenir y tratar las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en los pacientes. Para ello, es necesario que los profesionales de enfermería estén capacitados para brindar una atención integral y personalizada a los pacientes afectados por estas enfermedades. En primer lugar, la educación y la prevención son esenciales para reducir la incidencia de las ETS y evitar complicaciones graves en la salud. Los profesionales de enfermería deben proporcionar información clara y precisa sobre las formas de transmisión, los síntomas, las pruebas de detección y las opciones de tratamiento de las ETS. Asimismo, deben fomentar prácticas sexuales seguras, como el uso adecuado y consistente del preservativo, la abstinencia temporal o la reducción del número de parejas sexuales, y la vacunación contra el VPH. 20 En segundo lugar, la valoración y seguimiento de los síntomas son clave para diagnosticar y tratar adecuadamente las ETS. Los profesionales de enfermería deben llevar a cabo una evaluación cuidadosa de los síntomas y antecedentes médicos de los pacientes, para determinar la presencia o no de ETS. Asimismo, deben realizar pruebas de detección y llevar a cabo un seguimiento periódico de los pacientes para evaluar la efectividad del tratamiento y detectar posibles complicaciones. En tercer lugar, la administración de tratamiento adecuado es esencial para erradicar la infección y prevenir su transmisión a otras personas. Los pacientes deben recibir un tratamiento individualizado y supervisión adecuada para asegurar la efectividad del tratamiento y evitar la aparición de resistencias. Además, es importante que los pacientes reciban información sobre el uso adecuado de los medicamentos y las posibles interacciones con otros fármacos. En cuarto lugar, la promoción de hábitos de vida saludables es fundamental para prevenir las ETS y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Los profesionales de enfermería deben fomentar hábitos saludables, como el ejercicio regular, una dieta equilibrada y el abandono del consumo de tabaco y alcohol. Asimismo, deben brindar información sobre los beneficios de la detección temprana y el tratamiento adecuado de las ETS para prevenir complicaciones graves en la salud. Por último, es crucial que los pacientes con ETS reciban apoyo emocional y psicológico durante todo el proceso de tratamiento y recuperación. Los pacientes pueden sentirse estigmatizados y marginados debido a su diagnóstico, lo que puede afectar su autoestima y su calidad de vida. Los profesionales de enfermería deben ser

sensibles a estas preocupaciones y brindar un ambiente de apoyo y comprensión para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, los cuidados de enfermería en pacientes con ETS son vitales para reducir la incidencia y el impacto de estas enfermedades en la salud pública. Los profesionales de enfermería deben brindar una atención integral y personalizada a los pacientes, promoviendo la educación, la prevención y los hábitos saludables, y ofreciendo apoyo emocional y psicológico durante todo el proceso de tratamiento y recuperación. La atención de enfermería debe enfocarse en el paciente como un ser humano completo, no solo en la enfermedad en sí misma, para garantizar una atención de calidad y una mejor calidad de vida para los pacientes con ETS.

6 Bibliografía

1.García-Pérez H, García-Alonso C, Pascual-Díaz M. Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades de transmisión sexual. Enfermería Clínica. 2018;28(2):122-129.
2.Martínez-Monteagudo MC, Pérez-García E, López-Martínez R. Cuidados de enfermería en el manejo de las enfermedades de transmisión sexual. Index de Enfermería. 2019;28(3):154-159.
3.Fernández-Pérez B, Castro-Montero MI, Cordero-Guevara J. Rol de enfermería en la atención de pacientes con enfermedades de transmisión sexual. Revista de Enfermería. 2020;43(2):45-52.

Capítulo 315

PAPEL DEL ENFERMERO EN LA FISIOPATOLOGÍA DE LOS POLITRAUMATISMOS

CRISTINA GIJÓN RUIZ

VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE

MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ

ALBA ANDREO CANDEL

ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR

1 Introducción

Los politraumatismos son lesiones graves que afectan a múltiples órganos y sistemas del cuerpo debido a un evento traumático, como accidentes de tráfico, caídas o agresiones. Estas lesiones representan un desafío importante para el personal de enfermería, ya que requieren un enfoque integral y una comprensión profunda de la fisiopatología subyacente. En este trabajo científico, se examinará la fisiopatología de los politraumatismos desde la perspectiva de enfermería, con el objetivo de proporcionar una base sólida para la atención de enfermería en este contexto.

Hablamos de un paciente politraumatizado para referirnos a aquel que sufre un traumatismo múltiple con afectación de varias regiones anatómicas/ órganos. El

trauma severo es la principal causa de muerte por debajo de 40 años. Las muertes por traumatismo tienen 2 máximos: • en torno a los 20 años por accidentes varios y armas de fuego (USA). • en torno a los 80 años producido por atropellos y caídas. En Alemania desde el año 2000 hay una disminución de los politraumatizados por accidentes de coche, aumentando los suicidios (más en viejos) y los traumatismos por deporte y actividad recreacional (bici, caballo, escalada), con un aumento de las lesiones de la columna. La fisiopatología del politraumatizado se basa en el desarrollo de una respuesta inflamatoria sistémica en forma de SIRS, que puede ser excesiva, y su equilibrio con una respuesta antiinflamatoria que se activa paralelamente para paliar esa respuesta inflamatoria. El traumatismo supone el "primer golpe" para el organismo, el cual produce una lesión tisular inicial inespecífica que produce daño endotelial (con adherencia de leucocitos polimorfonucleares a los vasos sanguíneos, liberación de radicales libres y proteasas, aumento de la permeabilidad vascular y edema intersticial) activación el complemento y de la cascada de coagulación, liberación de DNA, RNA, células y sus fragmentos, y diferentes moléculas que forman en conjunto lo que se llama el "molde molecular de peligro" (DAMP, danger associated molecular pattern).

2 Objetivos

Describir los mecanismos de lesión comunes en los politraumatismos y su impacto en el organismo.
Analizar la respuesta fisiopatológica del cuerpo ante los politraumatismos, incluyendo la cascada inflamatoria, la respuesta al estrés y la activación del sistema de coagulación.
Evaluar las manifestaciones clínicas y los signos vitales característicos de los pacientes con politraumatismos.
Discutir la importancia de la valoración inicial y el triaje adecuado en el manejo de los politraumatismos.

3 Metodología

Este trabajo se basa en la revisión de la literatura científica y de investigación sobre la fisiopatología de los politraumatismos y la atención de enfermería en este contexto. Se recopilaron estudios relevantes y guías clínicas para obtener información actualizada sobre los mecanismos fisiopatológicos, las manifestaciones clínicas y las intervenciones de enfermería en los politraumatismos. Además, se

utilizaron bases de datos científicas y bibliotecas digitales para acceder a la información necesaria.

4 Resultados

La fisiopatología de los politraumatismos implica una respuesta en cadena del organismo ante el estrés y las lesiones. Los mecanismos de lesión pueden incluir traumatismos directos, aceleración o desaceleración brusca, y explosiones, entre otros. Estos mecanismos desencadenan una serie de respuestas fisiológicas, como la liberación de mediadores inflamatorios, la activación del sistema de coagulación y la respuesta hormonal al estrés.

La respuesta inflamatoria desempeña un papel fundamental en los politraumatismos, ya que puede llevar a la liberación de citocinas proinflamatorias y a la activación de células inflamatorias. Esto puede conducir a una cascada de eventos que dañan los tejidos y órganos, e incluso pueden desencadenar una respuesta sistémica inflamatoria exagerada, como el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) o el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA).

En cuanto a la valoración clínica, los pacientes con politraumatismos pueden presentar una amplia gama de manifestaciones, que van desde signos vitales alterados, como taquicardia y hipotensión, hasta dolor intenso, dificultad respiratoria y alteraciones neurológicas. La evaluación inicial y el triaje adecuado son fundamentales para identificar y priorizar las necesidades del paciente y brindar una atención oportuna.

Las intervenciones de enfermería en los politraumatismos se centran en la estabilización hemodinámica, el control del dolor, la monitorización de signos vitales, la administración de medicamentos según protocolos establecidos, la atención de heridas y fracturas, y la prevención de complicaciones, como infecciones y úlceras por presión.

La hemorragia masiva constituye una de las razones principales que conducen a un paciente traumatizado grave a la muerte en las primeras horas tras el accidente. La fisiopatología de los procesos que producen la pérdida sanguínea es compleja, pero cabe destacar una serie de alteraciones metabólicas que son conocidas como la “Triada letal”, la cual incluye acidosis, hipotermia y coagulopatía. En cuanto a la acidosis, nos encontramos con una acidosis de tipo metabólica que se produce como consecuencia de la activación del metabolismo anaerobio que aparece secundaria a la hipoperfusión y disminución de oxigenación de los tejidos. Esto puede además acompañarse de una acidosis respiratoria debido a la inadecuada eliminación de CO2. Por otro lado, la hipotermia llega consecuencia

de la disminución del volumen de sangre, de la baja perfusión tisular, la infusión de grandes cantidades de fluidoterapia, la inmovilización y de la exposición del paciente a bajas temperaturas. Por último, la coagulopatía, que presenta un origen multifactorial, se ve agravada por la presencia de la acidosis y la hipotermia.

5 Discusión-Conclusión

La comprensión de la fisiopatología de los politraumatismos es esencial para el personal de enfermería, ya que permite proporcionar una atención adecuada y centrada en las necesidades del paciente. Los conocimientos sobre los mecanismos de lesión, las respuestas fisiológicas y las manifestaciones clínicas son fundamentales para la valoración y el manejo de los pacientes con politraumatismos. Además, las intervenciones de enfermería adecuadas pueden marcar la diferencia en el pronóstico y la recuperación de estos pacientes.

Podemos concluir que La mortalidad de los pacientes politraumatizados se distribuye siguiendo un patrón trimodal, en el cual diferenciamos tres etapas. La primera etapa se corresponde con la más precoz, la cual engloba a aquellos pacientes que fallecen entre los primeros segundos y minutos tras el accidente.
En segundo lugar, la etapa precoz incluye a los pacientes que fallecen entre los primeros minutos y unas horas tras el accidente.
Por último, nos encontramos con la etapa tardía, en la cual la muerte se produce varios días o semanas después del accidente.

6 Bibliografía

1.Chiesa-Guardiola O, et al. Valoración inicial del paciente politraumatizado. Enfermería Clínica. 2016;26(3):201-209.
2.Alemán-Quintero R, et al. El estrés fisiológico y su relación con el proceso de inflamación. Revista de Enfermería Herediana. 2017;10(2):108-116.
3.Real-de-Asúa D, et al. Enfermería en el triaje de urgencias. Enfermería Global. 2017;16(1):420-429.
4.Jiménez-López F, et al. Cuidados de enfermería en pacientes politraumatizados. Nursing. 2018;36(10):40-46.
5.Martínez-González M, et al. Atención de enfermería en la prevención de complicaciones en pacientes politraumatizados. Enfermería Clínica. 2021;31(1):100-110.

Capítulo 316

DESEMPEÑO DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA

MARÍA SESAR RÚA

1 Introducción

El personal de celadores juega un papel fundamental en el funcionamiento eficiente y seguro de las unidades de vigilancia intensiva en los centros de salud. Su labor se extiende más allá de la mera custodia y se convierte en una pieza clave para el adecuado desarrollo de los procesos asistenciales y la calidad de la atención prestada a los pacientes críticos.

El desempeño del celador en la unidad de vigilancia intensiva (UVI) se enmarca en un contexto altamente exigente y sensible, donde la supervisión constante y la capacidad de respuesta inmediata son fundamentales para el bienestar de los pacientes. Las tareas asignadas a estos profesionales abarcan desde la asistencia al personal médico y de enfermería, hasta el mantenimiento del orden y la seguridad en el entorno hospitalario.

A pesar de la importancia de su labor, el desempeño del celador en la UVI ha recibido una atención limitada en la investigación científica, y muchos aspectos relacionados con su trabajo aún no han sido suficientemente explorados. La comprensión completa de los factores que influyen en su desempeño resulta crucial para mejorar la calidad de la atención brindada y la eficiencia de los procesos hospitalarios.

Este presente trabajo tiene como objetivo principal analizar y evaluar el desempeño del celador en la UVI desde diversas perspectivas, identificando los factores

que pueden afectar positiva o negativamente su rendimiento. Además, se busca destacar la importancia de su rol y su interacción con otros miembros del equipo de salud, así como proponer estrategias y recomendaciones para optimizar su trabajo y maximizar la calidad de la atención brindada a los pacientes críticos.

Para lograr este objetivo, se llevará a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible sobre el tema, así como la recopilación y análisis de datos empíricos a través de entrevistas, encuestas y observaciones directas en unidades de vigilancia intensiva de diferentes centros de salud. De esta manera, se espera contribuir al conocimiento existente en este campo y proporcionar información relevante y práctica para la mejora continua del desempeño del celador en la UVI.

2 Objetivos

Analizar y evaluar el desempeño del celador en la UVI desde diversas perspectivas, identificando los factores que pueden afectar positiva o negativamente su rendimiento.

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 desempeño del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es crucial para garantizar una atención adecuada y de calidad a los pacientes críticos. Su rol es fundamental para apoyar al equipo de salud y asegurar el funcionamiento eficiente de la UVI. Para analizar y evaluar su desempeño, podemos considerar diversas perspectivas y factores:

Habilidades técnicas y conocimientos: El celador debe contar con habilidades técnicas para realizar tareas como el traslado de pacientes, la limpieza y desinfección de equipos, y otras funciones logísticas. Su conocimiento sobre procedimientos y protocolos es esencial para evitar errores y asegurar la seguridad del paciente.

Actitud y habilidades interpersonales: La actitud positiva y el trato respetuoso hacia los pacientes y el equipo de salud son fundamentales. La capacidad de comunicarse efectivamente y trabajar en equipo mejora la colaboración y la dinámica dentro de la UVI.

Responsabilidad y compromiso: El celador debe ser responsable en el cumplimiento de sus tareas y demostrar un compromiso con la atención y el bienestar de los pacientes.

Gestión del tiempo: La UVI es un entorno de alta exigencia, por lo que la gestión adecuada del tiempo es esencial para cumplir con las tareas asignadas sin descuidar la calidad de la atención.

Capacidad de adaptación: Los pacientes críticos pueden presentar situaciones imprevistas, por lo que el celador debe ser capaz de adaptarse rápidamente a diferentes circunstancias y seguir las instrucciones del equipo médico.

Seguridad y prevención de riesgos: El celador debe estar atento a la seguridad del paciente y suya propia, tomando las precauciones necesarias para prevenir accidentes y lesiones.

Manejo del estrés: El ambiente en la UVI puede ser estresante y emocionalmente demandante. El celador debe tener habilidades para manejar el estrés y mantener la calma en situaciones difíciles.

Formación y capacitación: Garantizar que el celador reciba una formación adecuada y oportunidades de capacitación continuas contribuirá a mejorar su desempeño.

Interacción con otros miembros del equipo de salud:

El celador trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería, así como con otros profesionales de la salud. Su papel complementa y apoya el trabajo del equipo. La comunicación efectiva y el respeto mutuo son esenciales para una colaboración fluida y la atención integral de los pacientes.

Importancia del rol del celador:

El celador es el encargado de facilitar el funcionamiento operativo de la UVI, permitiendo que el personal médico y de enfermería se concentre en la atención directa al paciente. Su labor es vital para asegurar la logística de la UVI y garantizar el bienestar de los pacientes durante su estancia.

Estrategias y recomendaciones para optimizar su trabajo:

Capacitación continua: Brindar oportunidades de formación y capacitación al celador para mejorar sus habilidades técnicas y conocimientos en cuidados intensivos y protocolos de seguridad.

Establecer protocolos claros: Definir procedimientos y protocolos precisos para las tareas del celador, lo que garantizará una ejecución efectiva y segura.

Fomentar la comunicación: Estimular una comunicación abierta y respetuosa entre el celador y el equipo de salud para mejorar la colaboración y la atención al paciente.

Reconocimiento y motivación: Reconocer el trabajo del celador y su importancia en el equipo de salud puede aumentar su satisfacción laboral y compromiso con su trabajo.

Cuidado del bienestar del celador: Proporcionar un ambiente laboral saludable y apoyo psicológico para ayudar al celador a manejar el estrés y prevenir el agotamiento.

Evaluación periódica del desempeño: Realizar evaluaciones regulares del desempeño del celador para identificar áreas de mejora y brindar retroalimentación constructiva.

Trabajo en equipo: Fomentar el trabajo en equipo y la colaboración entre todos los miembros de la UVI para optimizar el cuidado de los pacientes críticos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos (UVI) desempeña un papel fundamental en el funcionamiento eficiente y la calidad de la atención proporcionada a los pacientes críticos. Su labor va más allá de tareas logísticas y técnicas, ya que su actitud, habilidades interpersonales y compromiso son aspectos clave para garantizar un entorno seguro y propicio para la recuperación de los pacientes.

El desempeño del celador puede verse influenciado positiva o negativamente por diversos factores, como sus habilidades técnicas y conocimientos, su capacidad de adaptación, el manejo del estrés y la gestión del tiempo. Por tanto, es esencial proporcionar una formación adecuada y oportunidades de capacitación continua

para mejorar su competencia y asegurar que estén alineados con los protocolos de seguridad y cuidados intensivos.

La interacción cercana y colaborativa del celador con otros miembros del equipo de salud, como médicos y enfermeros, es esencial para brindar una atención integral y coordinada. La comunicación efectiva y el respeto mutuo favorecen una sinergia que beneficia tanto a los pacientes como al personal.

Para optimizar el trabajo del celador y maximizar la calidad de la atención, es importante establecer protocolos claros, fomentar la comunicación y el trabajo en equipo, así como reconocer y valorar su contribución al equipo de salud. Además, es fundamental cuidar del bienestar del celador, brindando apoyo emocional y psicológico para afrontar las demandas emocionales del entorno de cuidados intensivos.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Salud de España. (2018). Guía de buenas prácticas para el personal celador en unidades de cuidados intensivos. Madrid, España.
2. Pérez, A., Gómez, M., & Rodríguez, C. (2020). La importancia del rol del celador en el entorno de cuidados intensivos. Revista de Enfermería Intensiva, 27(2), 89-98.
3. Sánchez, J., Martínez, L., & García, P. (2019). Factores que influyen en el desempeño del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos: Un estudio exploratorio. Revista de Ciencias de la Salud, 15(3), 215-227.
4. Organización Mundial de la Salud. (2017). Recomendaciones para la optimización del trabajo del personal auxiliar de enfermería en entornos de cuidados intensivos. Ginebra, Suiza.

Capítulo 317

HERRAMIENTAS DE TRABAJO EN COCINAS HOSPITALARIAS. PINCHES DE COCINA

JESÚS ENRIQUE VELASCO FERNÁNDEZ

JULIO VELASCO VALERA

1 Introducción

El pinche o ayudante de cocina, como en cualquier otro oficio, en el ámbito hospitalario debe de disponer de la suficiente dotación de instrumentos y utensilios para llevar a cabo de manera eficaz su trabajo. Importante tener un amplio conocimiento de las características y utilidades comunes de todo el instrumental disponible en el servicio para de este modo evitar entre otras cosas posibles contaminaciones aparte de lesiones por el inadecuado uso del utillaje.

Contamos con diversidad de utensilios, los más usados en cocina hospitalaria los podemos numerar como recipientes de cocción, recipientes Gastronorm, accesorios y demás, hay que hacer un buen uso de cualquiera de ellos para que de este modo evitar posibles contaminaciones ocasionales.

También contamos con gran cantidad de maquinaria pequeña, esta se utiliza mucho en cocinas, debe de tener unas características imprescindibles que nos lleve a dar un servicio de calidad y apropiado para la función y alimento a tratar. Se deben de conocer las peculiaridades y forma de usar esta herramienta para de esta forma evitar posibles accidentes laborales.

Destacar que se recomienda antes de adquirir esta pequeña maquinaria, ver cómo funciona y verificar que este sea correcto. De igual modo deberán de llevar las revisiones pertinentes para evitar futuros problemas en su futura marcha.

2 Objetivos

- Puntualizar conceptos clave para dar un buen uso a las herramientas de cocina hospitalaria.

- Clasificar de forma correcta todo el utillaje.

3 Metodología

Para la elaboración del actual 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 ordenada en libros y artículos técnicos en las principales bases de datos usando palabras clave en Google, Medline, Pubmed, Scielo, donde se han elegido aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El trabajo de los pinches de cocina en centros sanitarios, tiene unas peculiaridades especiales por lo que se necesita, como regla general, proyectar y establecer el trabajo contando con grupos de trabajadores bien organizados porque el lugar en el que se desarrolla es bastante espacioso por lo que para mayor efectividad, se va a separar en distintas zonas y servicios.
Todas las herramientas que se manipulan deben de tener unas características comunes en cuanto a los materiales usados en la fabricación como que tienen que ser inalterables, no tóxicos, que tengan una fácil limpieza y de máxima resistencia a la corrosión.
En las cocinas sanitarias juegan un papel importante la pequeña maquinaria para favorecer el trabajo de preparación y confección de menús. Se van a distribuir por diferentes zonas según la función a la que vayan a estar destinadas.
Destacar la zona de almacenaje, a su vez tiene dos espacios bien diferenciados, ya que una es refrigerada para productos perecederos y la otra que hace de almacén.
La zona de preparación es donde se elabora la materia prima antes de ser cocinada, también se distinguen dos partes en una están las máquinas peladoras para frutas y hortalizas, las máquinas picadoras de carne, las trinchadoras y las batidoras, las envasadoras al vacío y balanzas para el peso de alimentos.
Otra zona es la de cocción que se utiliza para cocinar los alimentos maquinaria como fogones, hornos etc.

Otra parte es la de emplatado, con cintas eléctricas, carros etc.
Finalmente la parte de lavado y almacenamiento de carros y vajilla para la limpieza y desinfección de todo el material utilizado. Aquí como tenemos las máquinas de agua a alta presión, trenes de lavado, máquinas lavadoras para carros, lavavajillas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, anotar que el trabajo con buena herramienta y apoyado con buena maquinaria facilita de forma muy eficaz el trabajo de los pinches de cocina, es por lo que es de vital importancia que dispongan de una buena información por medio de cursos y de todas las herramientas posibles que estén al alcance.
Aparte del conocimiento específico de todo el instrumental utilizado, se debe de llevar a cabo una meticulosa desinfección para que se conserve en las mejores condiciones como que lleven un correcto mantenimiento con las correspondientes revisiones.
Terminamos, a modo de resumen, reseñando que también tenemos que contar con las nuevas tecnologías y maquinarias efectivas, estas favorecen las faenas del día a día de los pinches de cocina.

6 Bibliografía

1. Izuriaga, B. (2018). Todo lo que tienes que saber para trabajar como ayudante de cocina.

Capítulo 318

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL PÚBLICO EN EL CENTRO SANITARIO

CAROLINA LÓPEZ SALVADOR

SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ

ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA PATOS

MARÍA VANESA MARTÍN PUIG

ANA M° GARCÍA HERNANDO

1 Introducción

La atención al público en un hospital es un componente esencial para brindar cuidados de calidad a los pacientes y sus familiares. El equipo de atención al público, compuesto por personal administrativo y recepcionistas, juega un papel crucial en la experiencia del paciente en el hospital.

Desde el momento en que los pacientes ingresan al hospital, el equipo de atención al público los recibe con amabilidad y profesionalidad. Ayudan a gestionar los registros médicos, programar citas y ofrecer información relevante sobre los servicios disponibles.

Además de ser el primer punto de contacto, el personal de atención al público también actúa como puente de comunicación entre los pacientes y el personal médico. Resuelven dudas, canalizan las consultas y transmiten mensajes importantes.

Es fundamental que el personal de atención al público mantenga una actitud empática y compasiva, ya que los pacientes pueden estar ansiosos o preocupados por su salud. La capacidad de escuchar activamente y mostrar empatía puede marcar una gran diferencia en la experiencia del paciente.

Asimismo, el equipo de atención al público debe estar preparado para gestionar situaciones difíciles y mantener la calma en momentos de emergencia.

La atención al público en el hospital es un pilar fundamental para garantizar una atención médica integral y humanizada. Su labor es esencial para crear un ambiente acogedor y seguro, que brinde confianza a los pacientes y sus familias en momentos de vulnerabilidad.

2 Objetivos

El objetivo de esta investigación es mostrar las funciones que desempeña el auxiliar administrativo dentro del centro sanitario para el mejor funcionamiento

3 Metodología

Se han seguido varios pasos para realizar esta investigación, en la primera fase se han utilizado fuentes primarias en los buscadores más prestigiosos de carácter científico para después hacer una selección más exhaustiva y quedarnos con los artículos que más se acercan a nuestra investigción en concreto.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel vital en la atención al público en el hospital al brindar soporte administrativo y gestionar diversas tareas que permiten un funcionamiento eficiente y efectivo de los servicios médicos. Algunas de sus funciones específicas son:

Recepción y registro: El auxiliar administrativo recibe a los pacientes y sus familiares, registra su llegada al hospital y proporciona las orientaciones iniciales

sobre los procedimientos a seguir.

Citas y agenda: Se encarga de programar citas médicas y asegurarse de que se respete la agenda para evitar retrasos y agilizar el flujo de pacientes.

Gestión de expedientes: El auxiliar administra los registros médicos y datos de los pacientes, garantizando su confidencialidad y precisión en la información.

Información y orientación: Responde a las consultas de los pacientes y familiares, proporcionando información sobre servicios, procedimientos y requisitos administrativos.

Trámites administrativos: Realiza tareas relacionadas con la facturación, cobros, autorizaciones de seguros y otros trámites necesarios para el proceso administrativo del hospital.

Comunicación interna: Facilita la comunicación entre diferentes departamentos del hospital, asegurándose de que la información relevante se transmita de manera adecuada.

Resolución de problemas: Ayuda a los pacientes a resolver problemas o inquietudes relacionadas con la atención médica, canalizándolos al personal adecuado según sea necesario.

Atención telefónica: Maneja llamadas telefónicas, proporcionando información y dirección a los pacientes y otros usuarios que llaman al hospital.

Mantenimiento de suministros: Se asegura de que los suministros de oficina y materiales necesarios para la atención al público estén disponibles y en buen estado.

Colaboración con el equipo de salud: Trabaja en estrecha colaboración con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada.

El auxiliar administrativo en la atención al público en el hospital desempeña un rol clave en la organización y facilitación de los procesos administrativos, lo que contribuye directamente a una experiencia positiva y fluida para los pacientes y sus familias durante su estancia en el centro médico.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento en la atención al público en el hospital, es fundamental mantener un enfoque en la excelencia y humanización del servicio. Se deben implementar estrategias de comunicación efectiva y empática con los pacientes y sus familias. Capacitar al personal para una atención respetuosa y cordial es clave. Asimismo, optimizar los procesos administrativos y de registro para agilizar la atención. Fomentar la colaboración entre los diferentes departamentos y establecer canales de retroalimentación para mejorar continuamente. La tecnología puede ser una aliada para brindar información actualizada y facilitar el acceso a servicios médicos. Priorizar la seguridad y el bienestar del paciente debe ser el objetivo principal en todo momento.

6 Bibliografía

Ruiz, M. E. D. C. C., Flores, J. G. M., Pérez, A. S., Maldonado, V. I. M., Gómez, A. N. Z., & Cervantes, E. J. M. L. Dirección de Hospitales.

Capítulo 319

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL PACIENTE

CAROLINA LÓPEZ SALVADOR

SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ

ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA PATOS

MARÍA VANESA MARTÍN PUIG

ANA M° GARCÍA HERNANDO

1 Introducción

La atención telefónica en el hospital es un componente esencial para brindar un servicio integral y eficiente a los pacientes, familiares y usuarios que buscan información o asistencia médica. Un equipo capacitado de profesionales de la atención al público es fundamental para asegurar que las llamadas sean atendidas de manera adecuada y oportuna.

La atención telefónica debe caracterizarse por la amabilidad, la escucha activa y la empatía, ya que muchas personas pueden estar en situaciones de estrés o preocupación debido a temas de salud. Es importante que el personal esté preparado para responder preguntas, ofrecer orientación y canalizar las consultas a los departamentos o profesionales pertinentes.

La rapidez en la respuesta también es clave para evitar tiempos de espera prolongados y asegurar una atención fluida. Implementar un sistema de gestión de llamadas eficiente, con líneas directas y opciones de menú claras, puede mejorar la experiencia del usuario.

Asimismo, es relevante contar con una base de datos actualizada que facilite el acceso a información relevante, como horarios de consultas, servicios disponibles y requisitos administrativos.

El equipo de atención telefónica debe trabajar en estrecha colaboración con otros departamentos del hospital para resolver dudas y coordinar la atención de los pacientes. La comunicación interna efectiva es esencial para brindar una atención integral y coordinada.

La formación continua del personal en habilidades de atención al cliente y manejo de situaciones delicadas es crucial para garantizar un servicio de calidad y mantener la reputación del hospital.

Una atención telefónica efectiva en el hospital requiere de un personal bien capacitado, tecnología adecuada y una cultura de servicio centrada en las necesidades de los pacientes. Es un aspecto clave para brindar una atención médica integral y humanizada.

2 Objetivos

El objetivo de esta investigación es mostrar las funciones que desempeña el auxiliar administrativo dentro del centro sanitario para el mejor funcionamiento

3 Metodología

Se han seguido varios pasos para realizar esta investigación, en la primera fase se han utilizado fuentes primarias en los buscadores más prestigiosos de carácter científico para después hacer una selección más exhaustiva y quedarnos con los artículos que más se acercan a nuestra investigación en concreto.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en la atención telefónica al paciente en el hospital juega un papel crucial como enlace entre el centro médico y los usuarios que buscan in-

formación, asistencia o programación de citas. Sus funciones son fundamentales para brindar un servicio eficiente y satisfactorio a través de las comunicaciones telefónicas.

Recepción de llamadas: El auxiliar administrativo recibe y atiende las llamadas telefónicas de manera cortés y profesional. Es el primer punto de contacto con los pacientes y debe transmitir una imagen positiva del hospital.

Información y orientación: Proporciona información sobre servicios médicos, horarios de atención, requisitos administrativos y ubicación de consultorios o áreas específicas dentro del hospital.

Gestión de citas: Programa y gestiona las citas médicas, asegurándose de que se asignen los horarios adecuados y evitando superposiciones o retrasos.

Canalización de consultas: Escucha activamente las preguntas e inquietudes de los pacientes y los direcciona a los departamentos o profesionales correspondientes para una atención más especializada.

Registro de datos: Realiza registros precisos de las llamadas y la información proporcionada, lo que ayuda a mantener una base de datos actualizada y útil para futuras referencias.

Resolución de problemas: Se esfuerza por resolver cualquier problema o conflicto que pueda surgir durante las llamadas, siempre buscando soluciones efectivas y satisfactorias para los pacientes.

Seguimiento: Si es necesario, realiza seguimientos telefónicos con los pacientes para recordar citas, confirmar datos o brindar información adicional que haya sido solicitada.

Atención a familiares: No solo se enfoca en los pacientes, sino también en brindar atención compasiva y orientación a familiares o acompañantes que puedan tener preguntas o necesidades especiales.

Confidencialidad: Mantiene la confidencialidad y privacidad de la información de los pacientes, asegurándose de que solo se divulgue información relevante y autorizada.

Comunicación interna: Colabora con otros miembros del equipo administrativo y de salud para resolver dudas y coordinar la atención de los pacientes, asegurando una comunicación interna efectiva.

El auxiliar administrativo en la atención telefónica al paciente en el hospital desempeña una función esencial al ser el primer punto de contacto para muchas personas que buscan asistencia médica. Su actitud amable, conocimientos y habilidades de comunicación son fundamentales para brindar un servicio de calidad y garantizar una experiencia positiva para los pacientes y sus familiares.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal por parte del auxiliar administrativo en la atención telefónica al paciente es mantener una actitud empática y cordial en cada interacción. Escuchar activamente las necesidades del paciente, brindar información clara y precisa, y mostrar comprensión ante sus inquietudes son fundamentales para generar confianza y satisfacción. Además, es esencial ofrecer soluciones efectivas y canalizar consultas a los profesionales adecuados en caso de requerirse atención especializada. Priorizar la cortesía y la amabilidad en cada llamada contribuirá a una experiencia positiva para el paciente, reforzando así la imagen y reputación del hospital en la atención al público del paciente del hospital.

6 Bibliografía

Ruiz, M. E. D. C. C., Flores, J. G. M., Pérez, A. S., Maldonado, V. I. M., Gómez, A. N. Z., & Cervantes, E. J. M. L. Dirección de Hospitales.

Capítulo 320

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE CITAS DEL PACIENTE

CAROLINA LÓPEZ SALVADOR

SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ

ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA PATOS

MARÍA VANESA MARTÍN PUIG

ANA M° GARCÍA HERNANDO

1 Introducción

La gestión de citas de los pacientes es un proceso fundamental en el funcionamiento eficiente de un hospital o centro médico. Una gestión adecuada garantiza una distribución ordenada del tiempo de los profesionales de la salud y una atención oportuna para los pacientes.

Para llevar a cabo una gestión de citas efectiva, es importante contar con un sistema de programación centralizado y organizado. Esto puede ser un software especializado que permita gestionar las citas de manera automatizada y optimizada, evitando posibles errores y conflictos de horarios.

El personal encargado de la gestión de citas debe ser capacitado para manejar el sistema y comunicarse con los pacientes de manera amable y eficiente. Es es-

encial confirmar las citas y enviar recordatorios a los pacientes para reducir las tasas de ausentismo.

Asimismo, se debe considerar la prioridad de los pacientes según su condición médica, para atender aquellos casos más urgentes en primer lugar.

Un buen sistema de gestión de citas también debe permitir la flexibilidad para realizar cambios y reprogramaciones, ya que las necesidades de los pacientes pueden cambiar en cualquier momento.

Es útil contar con opciones para realizar citas en línea, facilitando el proceso para los pacientes y descongestionando las líneas telefónicas de atención.

Además, es importante mantener una comunicación constante con los profesionales de la salud para asegurarse de que la agenda esté actualizada y ajustada a sus necesidades y disponibilidad.

Una adecuada gestión de citas de los pacientes implica un sistema organizado, un personal capacitado y una comunicación fluida entre los diferentes actores del hospital. Esto resulta en una atención médica más eficiente y satisfactoria para los pacientes, optimizando la utilización de los recursos del centro médico.

2 Objetivos

El objetivo de esta investigación es mostrar las funciones que desempeña el auxiliar administrativo dentro del centro sanitario para el mejor funcionamiento

3 Metodología

Se han seguido varios pasos para realizar esta investigación, en la primera fase se han utilizado fuentes primarias en los buscadores más prestigiosos de carácter científico para después hacer una selección más exhaustiva y quedarnos con los artículos que más se acercan a nuestra investigación en concreto.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en la gestión de citas de los pacientes en un hospital o centro médico. Sus funciones son fundamentales

para garantizar un proceso organizado y eficiente en la programación de citas médicas. A continuación, se detallan algunas de sus responsabilidades:

Recepción de solicitudes: El auxiliar administrativo recibe las solicitudes de citas por parte de los pacientes, ya sea por teléfono, correo electrónico o a través de un sistema en línea. Debe estar preparado para registrar la información de manera precisa y completa.

Programación de citas: Se encarga de asignar las citas de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de la salud y las necesidades de los pacientes. Debe coordinar las agendas para evitar superposiciones y retrasos.

Confirmación y recordatorios: Es responsabilidad del auxiliar administrativo confirmar las citas con los pacientes, ya sea por vía telefónica o mediante recordatorios automáticos por correo electrónico o mensajes de texto. Esto ayuda a reducir las tasas de ausentismo y optimizar el tiempo del personal médico.

Reagendamiento y cancelaciones: En caso de cambios en la programación, el auxiliar administrativo debe estar preparado para reagendar citas y gestionar cancelaciones de manera oportuna, brindando opciones alternativas cuando sea necesario.

Priorización de citas: Si existen casos de pacientes con necesidades médicas urgentes, el auxiliar administrativo debe coordinar con el personal médico para priorizar estas citas, asegurando una atención adecuada y oportuna.

Registro y actualización de datos: Es esencial mantener una base de datos actualizada con la información de las citas programadas y realizar un seguimiento adecuado para mantener registros precisos y accesibles para futuras referencias.

Atención al público: Durante el proceso de gestión de citas, el auxiliar administrativo debe brindar una atención al público amable y cordial, resolviendo dudas y proporcionando información necesaria a los pacientes.

Colaboración con el equipo de salud: El auxiliar administrativo debe mantener una comunicación fluida con los profesionales de la salud y otros miembros del equipo administrativo para coordinar la programación de citas y resolver cualquier inconveniente que surja.

Respeto a la confidencialidad: Debe garantizar la confidencialidad de la información de los pacientes en todo momento, asegurándose de que solo se divulgue

información autorizada y necesaria para la gestión de citas.

El auxiliar administrativo en la gestión de citas de los pacientes juega un rol clave en el funcionamiento eficiente del hospital. Su capacidad para coordinar agendas, mantener registros precisos y brindar una atención al público profesional y amable contribuye a una experiencia satisfactoria para los pacientes y facilita el trabajo del equipo médico.

5 Discusión-Conclusión

Un consejo clave del auxiliar administrativo en la gestión de citas del paciente en el hospital es que siempre mantenga una comunicación clara y efectiva con los pacientes. Escuchar atentamente sus necesidades, proporcionar información detallada sobre las citas y confirmarlas de manera oportuna son aspectos fundamentales. Asimismo, ofrecer opciones para reagendar o cancelar citas, si es necesario, de forma amable y comprensiva, contribuirá a una experiencia positiva para los pacientes. La cortesía y la empatía en cada interacción ayudarán a generar confianza y a facilitar un proceso de programación de citas más fluido y satisfactorio para todos los que están involucrados.

6 Bibliografía

Ruiz, M. E. D. C. C., Flores, J. G. M., Pérez, A. S., Maldonado, V. I. M., Gómez, A. N. Z., & Cervantes, E. J. M. L. Dirección de Hospitales.

Capítulo 321

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ANIMALARIO

MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA

ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA

ALVARO MORA GARCIA

VANESA REY GARCÍA

PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS

1 Introducción

Un hospital es un edificio, en el cual, se atiende y se da asistencia sanitaria a toda persona enferma o parturienta que requiera la asistencia del personal facultativo, en cualquier momento del día y a lo largo de los trescientos sesenta y cinco días del año.
Dicho hospital dispone de los aparatos, material y medicación suficientes para dar lugar a la asistencia sanitaria en todo su ámbito.
Pero además de lo descrito anteriormente, también realiza operaciones quirúrgicas, dispone de unidades de rehabilitación, y una variedad muy amplia de servicios, pero existe un servicio quizá menos conocido o al menos no lo identificamos tanto con un hospital que es el servicio de investigación, para ello necesita un animalario, en el cual podemos encontrar diversidad de animales como ratones, ratas, peces, conejos, ranas, cerdos, etc.
El celador es aquella persona que ejerce una vigilancia sobre algo.

Si todo lo descrito anteriormente lo unimos, podemos definir que la función del celador en el hospital, en el animalario es aquella persona con una función muy importante dentro del mismo, ya que es el encargado de lavar las jaulas, comederos, bebederos de los animales, así como mantener las condiciones higiénicas necesarias, al igual que otras funciones no menos importantes como desalojar los cadáveres, limpiar y esterilizar, asear a los mismos y ayudar en su procreación.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en el animalario.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda de conceptos en internet claves para describir el concepto de hospital, animalario y celador, para ello se ha realizado la búsqueda en internet con el navegador google, el cual nos ha aportado los conocimientos suficientes, junto con la búsqueda en artículos relacionados con dicho estudio y la propia experiencia, necesarios para hacer la descripción correcta de los conceptos que queremos desarrollar.

4 Resultados

Los celadores son los encargados de cuidar a los animales que van a ser utilizados en los laboratorios y quirófanos experimentales, que se encuentran dentro de los hospitales, llevando a cabo un control de la alimentación pautada por los profesionales responsables del experimento, así como una limpieza de las jaulas, de los bebederos y comederos utilizados por los animales, y cuidando a dichos animales, y manteniéndolos en las condiciones óptimas requeridas para llevar a cabo dichos experimentos.
Los animales tienen que ser cuidados con todo lujo de detalles, porque de ello depende en parte que el experimento se desarrolle bajo el protocolo establecido, deben ser distribuidos según sus especies, con el espacio suficiente para cada uno de ellos, sin estar mezclados machos y hembras, al no ser que sea necesario para llevar a cabo el proceso de procreación. Se llevará a cabo una alimentación dependiendo de la especie y edad, siendo esta equilibrada y no faltándole en ningún momento el agua.

El celador llevará un control en la procreación de los animales, controlando el número necesario de los mismos, para así evitar gastos innecesarios, ya que si hay más animales de los que se necesitan, se produce una elevación de costes.
El celador llevará una limpieza impecable de las jaulas, comederos, bebederos, manteniendo las condiciones higiénicas requeridas, para así evitar posibles infecciones sobrevenidas de una mala higiene y también de la utilización de productos que no cumplan con las características requeridas. Deberá desalojar los cadáveres por la circunstancia que sea, bien sea por muerte natural o por diversas circunstancias, siguiendo el protocolo establecido.
También será el encargado de trasladar a los animales de un sitio a otro, cumpliendo con las órdenes prescritas, ayudará en los experimentos, cuidando que el animal no se mueva, limpiando y rasurando la zona a experimentar, sujetarlo para que no se escape o cualquier otra orden requerida por el profesional que lleva a cabo dicho experimento.

5 Discusión-Conclusión

Una vez que hemos conocido el concepto de hospital, animalario y celador, y la descripción que se ha llevado a cabo de las distintas funciones a desarrollar por los celadores, podemos concluir haciendo una reflexión de la importancia que tienen los celadores en el animalario, y quizá el desconocimiento por parte de muchas personas de la existencia del mismo y de sus funciones tan importantes a desarrollar en el campo de lo experimental para así poder avanzar en estudios y conseguir erradicar enfermedades.
El control de higiene, de alimentación, de procreación, de ayuda en los experimentos, es tan importa y fundamental para que el experimento salga bien, para que la ciencia avance y conseguir una calidad de vida y una esperanza de vida más longeva.

6 Bibliografía

1.- https://revistamedia.com
2.- https://es.wikipedia.org

Capítulo 322

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA

ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA

ALVARO MORA GARCIA

VANESA REY GARCÍA

PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS

1 Introducción

La rehabilitación es el proceso mediante el cual el paciente recibe cuidados, para así poder recuperar y mejorar la capacidad necesaria para desarrollar su vida diaria.

Esta capacidad puede ser tanto psicológica como física. Para ello existen multitud de tratamientos médicos, dentro de los cuales podemos enumerar algunos de ellos, como son la terapia ocupacional, la rehabilitación, la fisioterapia, la medicina física entre otros.

Todos estos tratamientos van a ser aplicados a los pacientes que pierden sus capacidades por accidentes tanto comunes como laborales, defectos congénitos, derivados de enfermedades comunes o profesionales e incluso por efectos secundarios derivados de tratamientos administrados para la cura de diferentes patologías.

La rehabilitación es aplicada y adaptada a cada paciente de forma individual y según sus necesidades. En este proceso de recuperación y mejora intervienen diferentes profesionales, como fisioterapeutas, auxiliares de clínica, auxiliares administrativos, personal de ambulancias para su traslado domiciliario, celadores. Precisamente de este colectivo de celadores nos vamos a ocupar ahora, ya que su función, es muy importante en este proceso de rehabilitación, este personal tiene que estar cualificado, adquiriendo una serie de conocimientos que les guía a la hora de coger al paciente, de ponerle el oxígeno si lo necesita, de ayudar al personal sanitario a mover al paciente para la realización de los ejercicios, etc., pero también tiene que tener unas condiciones físicas que lo acompañen para todos los movimientos necesarios que haya que hacer con el paciente, ya que estos son personas con patologías normalmente dolorosas, viéndose obligados a aportar al paciente el mayor bienestar posible en su proceso de recuperación.

2 Objetivos

-Conocer el concepto de rehabilitación.
-Definir el concepto de celador y sus funciones.
- Tener conocimiento de la importancia del celador en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda de conceptos en internet claves para describir el concepto de rehabilitación y celador, para ello se ha realizado la búsqueda en internet con el navegador google, el cual nos ha aportado los conocimientos suficientes, junto con la búsqueda en artículos relacionados con dicho estudio y la propia experiencia, necesarios para hacer la descripción correcta de los conceptos que queremos desarrollar.

4 Resultados

La rehabilitación abarca un campo muy amplio en la recuperación de las capacidades de una persona, por ello es muy importante la función del celador. Entre sus funciones podemos destacar:
- El celador cuidará de las instalaciones y del material, para ello deberá llevar un control del mismo, creando un listado donde se refleje quien ha cogido ese material, donde ha ido y cuando se devuelve. Este proceso se repite diariamente

en el servicio de rehabilitación, ya que los celadores llevan por ejemplo el control de las sillas de ruedas, que dejan a otros celadores para desplazar a los pacientes del servicio de rehabilitación a otro servicio como traumatología, cardiología, etc.
- Ayudar a los fisioterapeutas a la movilización de paciente, para así poder realizar el tratamiento que este necesita, para ello se requiere de conocimientos sobre cambios de postura y posiciones básicas.
- Trasladar a los pacientes del servicio de rehabilitación a la planta y al revés, subir a planta a los pacientes para llevarlos a rehabilitación.
- Llevará al servicio requerido los documentos que dicho servicio necesite, al igual que el material requerido.
- Prevenir hacer comentarios con los familiares y resto de visitantes de cualquier diagnóstico, exploración, sintomatología y tratamiento que se les haga a los mismos.
- Vigilar la entrada al servicio de rehabilitación, solo permitiendo su acceso al paciente y en algunos casos al personal que le acompaña previa autorización.
- Controlar el orden en la sala, el silencio así como el uso de mascarilla.
- Avisar al personal de seguridad cuando requieran de su presencia.
- Estar siempre localizados, para asistir lo antes posible al servicio requerido y realizar la tarea encomendada.

En la actualidad, según estudios recientes y para que tengamos conocimiento de la importancia del servicio de rehabilitación en los pacientes, casi el diez por ciento de nuestra población son personas con discapacidad, proveniente de enfermedades o accidentes.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores en el servicio de rehabilitación, realizan funciones muy importantes, como el control del personal que accede a este servicio, el control de los familiares autorizados para acompañar al paciente, establecer un orden y un control también del material.

Ayudan al personal de las ambulancias cuando llegan al hospital a trasladar al paciente a la unidad de rehabilitación, así como poner el oxígeno al paciente, cambio de sabanas si es necesario, y cualquier otra necesidad requerida.

La labor tan importante que ejercen los celadores cuando ayudan a la movilización del paciente para que los fisioterapeutas puedan realizar los ejercicios necesarios para la recuperación y mejora de la capacidad del paciente, siendo de vital importancia los conocimientos de movilidad y posiciones que ejercen los celadores sobre los pacientes, así como el trato con los pacientes y familiares.

6 Bibliografía

1.- https://www.diariodesevilla.es
2.- https://www.medular.org
3.- https://www.fisiostar.com
4.- https://www.medlineplus.gov

Capítulo 323

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA

MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA

ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA

ALVARO MORA GARCIA

VANESA REY GARCÍA

PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS

1 Introducción

Hay que definir un concepto muy importante, que es la infección cruzada, la cual la podemos definir como el contagio de agentes infecciosos que se transmite entre los pacientes y el personal sanitario y no sanitario que se encuentra en el hospital, bien por contacto directo o por cualquier sustancia, a través de virus, bacterias, hongos o parásitos.

Estas infecciones cruzadas pueden repercutir gravemente en la salud del personal hospitalario y los pacientes, de ahí la importancia de la ropa del hospital, la cual tiene que cumplir una serie de condiciones higiénicas que garanticen que no se produzcan infecciones ni su traslado, que sea cómoda, suave y limpia, sin olvidar que tiene que ser de buena calidad.

Esta ropa es utilizada tanto por pacientes, como por personal sanitario y no sanitario, acompañantes y visitas.

La importancia del celador en este servicio es fundamental, ya que es el encargado de recoger la ropa sucia en los carros, llevarlo a lencería, subir la ropa limpia a todas las áreas y servicios del hospital a primera hora de la mañana, así como a las plantas, quirófanos, consultas, rayos, laboratorio, etc., durante todos los días de la semana.
También otra función del celador es pesar la ropa cuando esta se manda y a su vez ser recibe de las empresas externas encargadas de su limpieza e higiene.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del celador en el servicio de lencería.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda de conceptos en internet claves para describir el concepto de infecciones cruzadas, funciones del celador en lencería, para ello se ha realizado la búsqueda en internet con el navegador google, el cual nos ha aportado los conocimientos suficientes, junto con la búsqueda en artículos relacionados con dicho estudio y la propia experiencia, necesarios para hacer la descripción correcta de los conceptos que queremos desarrollar.

4 Resultados

Como hemos descrito anteriormente, las funciones del celador en lencería son muy importantes, ya que podemos considerar una función básica reponer la ropa limpia a primera hora de la mañana y a su vez recoger la ropa sucia en todos los servicios del hospital, durante todos los días de la semana, repartiendo a todas las plantas del hospital, quirófanos, urgencias, ucis, etc.
Este tipo de ropa la podemos clasificar en uniformes del personal de hospital, pijamas y batas de los pacientes, así como de sus acompañantes y visitas, toallas, sabanas de cama, etc.
El celador vigila que la ropa este limpia, higienizada, sea cómoda, agradable y también es el encargado de comunicar cualquier incidencia a la gobernanta por no reunir los requisitos establecidos según la normativa vigente y que suponga un riesgo para la transmisión de infecciones y enfermedades que pongan en riesgo la salud de personal hospitalario, pacientes y familiares.

En el servicio de lencería, estarán los uniformes de cada colectivo, clasificados por colores y categorías, si son blancos, verdes o azules, dependiendo de si son de quirófano, mantenimiento, urgencias, personal facultativo, auxiliares de clínica, enfermeras, auxiliares administrativos, etc.
Estos estarán perfectamente identificados con su nombre y servicio para el personal fijo, al cual se considera así si lleva trabajando más de un año, no siendo así para el personal eventual.
El celador es el encargado de pesar la ropa sucia que sale del hospital destinada a empresas externas para su limpieza, y a su vez también será el encargado de pesarla cuando entra al hospital ya limpia e higienizada procedente de dichas empresas externas, al igual que vigilará que se cumple la normativa establecida.
Todo este control se realiza para gestionar de la mejor manera posible los costes tan elevados que supone a un hospital el tener toda la ropa en perfecto estado, y sin riesgo de transmisión de infecciones y enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

El celador es clave en la recogida de la ropa sucia diaria de cada servicio, así como la reposición de la ropa limpia en dichas áreas del hospital.
De igual forma clasificará toda la ropa por colores y categorías, al igual que por ropa de los pacientes, ropa de los acompañantes y visitantes.
También será identificada para el personal fijo y no será así para el personal eventual, estando el servicio de lencería disponible de lunes a domingo para el cambio de ropa, y entrega de los uniformes para su lavado y posteriormente su entrega cuando ya esté limpio.
Será el celador el encargado de pesar la ropa sucia cuando sale del hospital y cuando entra limpia en el mismo procedente de los trabajos de limpieza realizados por empresas externas que llevan a cabo el proceso de higienización dentro del hospital y del cumplimiento normativo, así como del control del gasto del mismo.

6 Bibliografía

1.- https://revistamedica.com
2.- https://congresosicepa.com

Capítulo 324

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR: LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO Y SUS VENTAJAS EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA AMOR DÍAZ AFONSO

1 Introducción

El concepto de trabajo en equipo se define como aquel modo de trabajo en el que dos o más componentes se unen para llegar a un objetivo común, cada uno con sus tareas individuales para llegar a dicho objetivo. Para ello, los profesionales se aportan entre todos un amplio flujo de conocimientos e información de todas las tareas que deben llevar a cabo para llegar con más rapidez al objetivo. El empleo de trabajo en equipo beneficiará al grupo para evitar una sobrecarga de trabajo al profesional, ya que de esta manera al unir esfuerzos y aptitudes entre todos los miembros del equipo se minimizaran las tareas y disminuirá considerablemente el tiempo para llevarlo a cabo.

En el ámbito sanitario el empleo de equipos de trabajo entre los profesionales es muy frecuente, habitualmente se lleva a cabo en todas las áreas sanitarias, pero más aún en servicios que requieren una gran rapidez y fluidez como son las áreas de urgencias, quirófanos y las unidades de cuidados intensivos, donde el estado de salud del paciente es frágil. Debido a esto, todos los profesionales sanitarios de la cadena son esenciales en el trabajo en equipo, ya que todas las tareas son necesarias para cumplir el objetivo final, que será el bienestar del paciente.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo será conocer la importancia del trabajo en equipo para el técnico en imagen para el diagnostico y medicina nuclear en el entorno sanitario.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión bibliográfica de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Wikipedia, así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: trabajo, equipo, sanidad. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

Llevar a cabo un método de trabajo en equipo en el ámbito sanitario, será fundamental para obtener unos buenos resultados con los pacientes. Por lo que, para generar un buen trabajo en equipo deberá de haber una gran comunicación entre sus componentes, a la vez deberá existir una compenetración y confianza entre los mismos, además de algo fundamental como es la coordinación, es decir, cada profesional deberá tener claro cual es su tarea individual y llevarla a cabo de la manera más rápida posible si se encuentra en un servicio del hospital en el que el paciente tenga un estado de salud crítico.
El trabajo en equipo tiene una serie de características que son las siguientes:
- El equipo debe estar formado por diferentes miembros.
- Cada miembro deberá llevar a cabo una serie de tareas de forma individual.
- En cada equipo debe existir un líder que establezca una serie de metas y objetivos comunes.
- Este método de trabajo se basa en la toma de decisiones en equipo.

Además, el trabajo en equipo tiene una serie de ventajas como son:
- Al llevar a cabo este método de trabajo, todos sus componentes se sienten involucrados en la tarea.
- Se producen mejores ideas y decisiones al existir un flujo amplio de comunicación entre todos los profesionales.
- Proporciona más seguridad a aquellos miembros que puedan ser más inseguros.

- Al compartir conocimientos e ideas se fomenta el aprendizaje entre los profesionales.

Es por ello, que cuando se va a formar un equipo de trabajo en el ámbito sanitario, los profesionales que lo conformen deben estar altamente capacitados para trabajar en equipo, compartiendo todo tipo de información, ideas y conocimientos entre todos los componentes que lo conforman.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, llevar a cabo la implementación de métodos de trabajo en equipo en el ámbito sanitario ha sido muy satisfactorio, ya que se han conseguido muy buenos resultados y además se ha reforzado las relaciones entre los miembros del equipo. Este modo de trabajo, deja claro que todos los componentes del equipo son fundamentales, desde aquel profesional que hace la tarea más básica a aquel otro que realiza la tarea más compleja. Por ello, se puede decir que en el ámbito sanitario todos los eslabones de la cadena son esenciales y que si uno falla, todos comienzan a tambalearse no pudiendo llegar al objetivo común de la misma manera.

6 Bibliografía

1. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-59232003000200001.
2. https://es.wikipedia.org/wiki/Trabajo_en_equipo.
3. https://www.eude.es/blog/beneficios-del-trabajo-equipo/.

Capítulo 325

LAS MEDIDAS QUE SE DEBEN DE SEGUIR PARA EVITAR ACCIDENTES EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES

SANDRA GONZALEZ AMORAGA

ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA

JUAN ESTEBAN MORAL

MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ

IRENE TENES MUÑOZ

1 Introducción

Los accidentes relacionados con el trabajo en la cocina son bastante comunes. La cocina es un área de trabajo con una serie de riesgos comunes que, si no se aplican en su totalidad, pueden causar daños a la salud de los trabajadores. La cocina es un escenario en el que los empleados son regularmente quemados, golpeados, cortados y envenenados. Garantizar un lugar de trabajo saludable es responsabilidad de los gerentes y empleadores; y el cumplimiento de las normas y reglamentos es responsabilidad de todos los que allí trabajan. Reducir el riesgo de accidentes en la cocina debe ser el objetivo de todo restaurante. La evaluación de riesgos se utiliza para evaluar el alcance de los riesgos inevitables y, por tanto, es posible decidir las precauciones necesarias para evitarlos gracias a una adecuada organización y formación del personal. Deben tener un plan de emergencia y

evacuación elaborado por personal capacitado. Cuando se trabaja en la cocina, la exposición es muy común. Por ello, es fundamental la formación del personal en el uso de estos elementos, para que sepan actuar con rapidez en caso de imprevistos, así como una adecuada señalización y elementos de extinción homologados y modificados según normativa para evitarlos.

2 Objetivos

Indicar las medidas que se deben seguir para evitar los accidentes en las cocinas hospitalarias.

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

Podemos encontrar algunos riesgos que debemos tener en cuenta y prevenirlos e intentar evitarlos para que la empresa le vaya bien con el menor número de víctimas, entre los que podemos nombrar los riesgos más comunes.
Riesgos ergonómicos: Posturas compulsivas y movimientos repetitivos, intentando mantener la espalda recta, flexionando frecuentemente las piernas y realizando ligeros estiramientos durante el descanso. Es fundamental capacitar a los trabajadores para que apliquen las posturas correctas para cada tarea.
Riesgo de contacto eléctrico. Hay una serie de electrodomésticos en la cocina que se pueden manipular con las manos, los pies y la ropa mojados y, si tienen los cables dañados, pueden provocar descargas eléctricas. Todos estos factores pueden provocar accidentes graves y afectar negativamente a la salud de los empleados.
Peligro de resbalones: Este es uno de los accidentes más comunes en la cocina. Se produce principalmente por la presencia de restos de comida en el suelo, agua, aceite y jabón si se ha limpiado recientemente. Esto conduce a graves consecuencias como esguinces y fracturas.

Protección contra resbalones y caídas: Al trapear pisos, es importante colocar señales de advertencia para evitar accidentes.
Cortes y pinchazos: Este es uno de los principales riesgos laborales en la cocina, debido a que se deben utilizar herramientas cortantes y cortantes: cuchillos, tijeras, pinzas, cúteres, cortantes de todo tipo, abrelatas, etc.
Evite cortes o pinchazos: Los cuchillos y las herramientas afiladas deben almacenarse con cuidado y de forma adecuada en sus estantes específicos y dentro de las respectivas cubiertas.
Estrés: Cuando se trabaja en la cocina, es fácil estresarse.
Medidas para prevenir el estrés: Establecer horarios de descanso. Descanso activo y recreación en un lugar adecuado.
Exposición al calor y quemaduras: En la cocina se queman las superficies calientes, los recipientes y la propia fuente de calor (estufas, hornos, freidoras, etc.).
Prevención de quemaduras: Al manipular sartenes y cualquier utensilio caliente, utilizar guantes especiales resistentes al calor
Riesgos biológicos: Son el resultado de la manipulación continua de alimentos. Lo que puede causar daños en la piel como: dermatitis, infección, verrugas en las palmas de las manos, causadas por hongos, virus, bacterias, entre otros; presentes en residuos de alimentos: jugos, verduras, carnes, mariscos, pescados y frutas.

5 Discusión-Conclusión

Las formas de accidentes más comunes son: caídas por resbalones y tropiezos con objetos, caídas de objetos de estanterías, cortes con utensilios de cocina y vidrio rotos, contactos eléctricos, quemaduras, exposición a temperaturas extremas, productos químicos. Por este motivo, queremos centrarnos en los factores de riesgo y medidas preventivas relacionadas con este sector.
El conjunto de riesgos y precauciones conocidos tiene como finalidad proporcionar al colectivo de cocina información y respecto de los posibles riesgos para la seguridad y salud en el trabajo que puedan afectar al puesto de trabajo y las precauciones aplicables a todos los riesgos. Esta información, y la formación necesaria, permite a todos los trabajadores de este colectivo conocer mejor, tanto los riesgos derivados del trabajo como la forma de prevenirlos e incluso evitar estos riesgos, con toda la capacidad que nos dará para evitar accidentes para reducir los daños a la empresa y mejorar la salud de los trabajadores.

6 Bibliografía

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

Capítulo 326

LAS COCINAS HOSPITALARIAS Y CÓMO GESTIONAN LOS RESIDUOS PRODUCIDOS

SANDRA GONZALEZ AMORAGA

ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA

JUAN ESTEBAN MORAL

MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ

IRENE TENES MUÑOZ

1 Introducción

En la cocina de un hospital, además de diseñar un plan de gestión de residuos, también debe existir un plan de seguimiento y un sistema de acciones correctivas, por supuesto, llevar registros de envío a empresas autorizadas y los residuos Entra en vigor el Reglamento UE 852/2004 en su capítulo "VI.4", que establece: "Todos los residuos deberán eliminarse de forma higiénica y no nociva, de acuerdo con la normativa vigente de la Comunidad, ni constituye una fuente directa o indirecta de contaminación. En el complejo hospitalario la cocina es un servicio que tiene un gran impacto en el medio ambiente, consume mucha energía y tiene un margen de mejora muy importante y el número de compras nos permite ajustar la política general de compras. En un hospital se generan todo tipo de residuos y cada uno debe pasar por un proceso diferente, residuos municipales, entre otros.

Son clasificados y retirados mediante procedimientos especiales, previstos por diversas normativas, para garantizar la seguridad del ambiente hospitalario y de la población. La industria alimentaria es probablemente la industria que más residuos genera en nuestro país, por lo que es necesario establecer un plan de gestión y recogida selectiva de estos residuos para su máxima reutilización y el mínimo impacto en el medio ambiente.

2 Objetivos

Dar a conocer cómo se gestionan los residuos producidos en las cocinas hospitalarias.

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 normativa de residuos en nuestro país se rige principalmente por la Ley 22/2011 de Residuos y Suelos Contaminados derivada de la Directiva 2008/98/CE del Parlamento Europeo, se puede decir que residuo es cualquier sustancia u objeto que se considera residuo y los separamos de eso. Grupo I o residuos asimilados como residuos municipales clasificados. Grupo II o Residuos sanitarios no específicos. Clase III o Residuos Sanitarios Específicos o Residuos Biopeligrosos. Grupo IV o residuos sanitarios especiales. Para la gestión de estos residuos generados es necesario esforzarse primero en reducirlos, reutilizarlos, reciclarlos, recuperarlos y finalmente disponerlos mediante tratamientos que apunten a destruir o evitar que se produzcan y controlen los recursos inútiles. Principalmente de la cantina y la cocina. Gestión: Bolsa de basura: NEGRA o GRIS. Tamaño 50 x 55 cm. aproximar y corregir al menos 125. Las bolsas de basura se cerrarán primero. Bolsa de transporte: NEGRA o GRIS. Medidas 86 x 110 cm. aproximar y medir al menos 200. Las bolsas de basura se cerrarán antes de la evacuación, no se reutilizarán. Observación: el requerimiento de sacos con calibre mínimo 200 cumple

con el mayor peso que tendrán que soportar estos sacos debido al tamaño del contenedor frente a la canasta. Gestión de contenedores de residuos municipales en la ciudad
El personal de cocina debe saber que se debe diseñar previamente un Plan de Gestión de Residuos, que los residuos se monitorean y controlan, y en caso de fallo, se tomarán acciones correctivas y que todas las acciones se registrarán, y los residuos gaseosos registrados, como el humo que se quema en las cocinas limpias y similares, se liberan de las campanas y las chimeneas exteriores. Las habitaciones y los recipientes deben enjuagarse con suficiente agua potable, con una manguera presurizada, de modo que el agua cubra completamente la habitación. Si no puede usar el grifo, el agua debe estar completamente contenida en recipientes especiales.

5 Discusión-Conclusión

La cuestión de los residuos sigue siendo una asignatura pendiente para la administración. Este es también un tema de cultura, economía y educación ambiental, porque además de los problemas de saneamiento e higiene de las instalaciones, también es un problema ambiental por los residuos de difícil descomposición (cartón, plástico, etc.) orgánicos, residuos, de la contaminación del agua, etc. Por tanto, los organismos gestores tienen el deber de formar e informar a los trabajadores para que la gestión de los residuos se haga de la mejor manera, contribuyendo al medio ambiente y contaminando lo menos posible y tratando de generar la menor cantidad de residuos posible.

6 Bibliografía

1. Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados.
Varios. “Gestión medioambiental: manipulación de residuos y productos químicos” Ed. Vértice. 2007.

Capítulo 327

CONSERVACIÓN EN FRÍO COMO MÉTODO DE CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

SANDRA GONZALEZ AMORAGA

ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA

JUAN ESTEBAN MORAL

MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ

IRENE TENES MUÑOZ

1 Introducción

Es importante tener en cuenta que los alimentos se pueden congelar. La congelación de alimentos es una de las formas más comunes de conservar los alimentos, debe prepararse y envasarse adecuadamente. Además, no todos se pueden conservar a bajas temperaturas durante el mismo tiempo, por lo que es importante nombrar los alimentos en el envase. Podemos encontrar frigoríficos, cámaras, frigoríficos, congeladores, etc.

La refrigeración de alimentos implica mantener los alimentos entre 3℃ y 0℃ para retardar el crecimiento microbiano y detener la producción de toxinas.

El frío del congelador, por debajo de -18℃, inactiva las bacterias y las enzimas que degradan los alimentos, por lo que la descongelación es fundamental para

devolver los alimentos a su estado normal sin que pierdan sus propiedades saludables. En el caso de las cámaras frigoríficas, no se mezclarán diferentes alimentos para evitar la contaminación cruzada, al igual que los frigoríficos domésticos, se envasarán cuidadosamente antes de su almacenamiento.
Se debe evitar la contaminación cruzada al no mezclar alimentos crudos con alimentos cocidos. Las cajas de proveedores no se pueden insertar en la cámara, ni tampoco las cajas de comida.
La congelación y descongelación debe realizarse correctamente. Los productos congelados no se pueden volver a congelar y siempre se deben evitar las interrupciones de la cadena de frío.

2 Objetivos

Dar a conocer la conservación frío como método de conservación de alimentos.

3 Metodología

Por medio de una recopilación de información e investigación sobre la conservación de alimentos a temperaturas bajas se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una búsqueda en páginas e internet, como así también la lectura en distintos libros y del Parlamento Europeo.

4 Resultados

Se puede decir que hay muchos métodos de conservación pero el que vamos a ver es el almacenamiento a baja temperatura. Cada tipo de alimento tiene un tiempo máximo que debemos almacenar tanto en la cámara como en el congelador. La carne y las aves se pueden congelar hasta por 10 meses. Pescados congelados no más de 6 meses y mariscos no más de dos o tres meses. Las verduras deben prepararse para la congelación y pueden congelarse durante 9 meses. Se limpian, pelan y trocean, y muchas veces incluso se escaldan en agua hirviendo, es decir, sumergiéndolos en agua hirviendo durante unos minutos. Deben envasarse inmediatamente después de la cocción y deben reducir la temperatura rápidamente, utilizando refrigeración rápida para mejorar la calidad y seguridad de los alimentos de acuerdo con las reglamentaciones alimentarias. . Mantener los alimentos a temperaturas por debajo de los 3℃, no por debajo de los 0℃ es refrigeración, lo

que frena el crecimiento de microorganismos y deja de producir toxinas, aumentando así su vida útil.
Los alimentos etiquetados como "congelados rápidamente" se venden como alimentos que se han sometido a un proceso de congelación rápida para preservar las propiedades internas del producto. Es el proceso de congelación continua a temperatura igual o inferior a -18℃ en todas sus partes que interrumpe la actividad microbiana que puede alterar la calidad del producto alimenticio y por ello es necesario mantener la dicha temperatura hasta el momento del consumo, también es posible congelar comidas o alimentos preparados. La carne se puede refrigerar durante 3 o 4 días, las aves durante 4 o 5 días y el pescado durante 1 o 2 días. La leche se mantendrá de 3 a 4 días en el refrigerador, las verduras de 5 a 7 días y los huevos de 2 a 3 semanas. Las comidas preparadas se pueden conservar durante 1 o 3 días.
Alimentos como ensaladas verdes, champiñones, helados y algunas salsas que tienden a descomponerse durante la regeneración no son aptos para congelar.
La descongelación debe realizarse a bajas temperaturas para evitar el crecimiento microbiano. Es por eso que los productos congelados deben almacenarse en el refrigerador para que pierdan gradualmente su estado de descongelación. Si la cocción se va a realizar de inmediato, el calor debe distribuirse uniformemente por todas las partes de los alimentos. Nunca deje los alimentos bajo el chorro de agua para descongelarlos, ya que perderán nutrientes. La regeneración de la placa caliente debe alcanzar una temperatura superior a 65 ℃ y la temperatura del plato frío hasta 8 ℃. Siempre es recomendable calcular la cantidad de alimentos necesarios en el momento de la descongelación, ya que los alimentos previamente congelados nunca se congelarán, no se pueden mezclar diferentes alimentos en los compartimentos del congelador.

5 Discusión-Conclusión

Los alimentos deben consumirse en las mejores condiciones posibles, conservando su calidad, nutrientes, sabor y textura. Por este motivo, se debe tener cuidado al almacenar alimentos a bajas temperaturas, considerando si los alimentos han sufrido congelación o enfriamiento, y respetando los procesos de regeneración, ya sea en frío o en caliente. El etiquetado y envasado de los alimentos es fundamental para evitar la actividad y multiplicación microbiana, así como descongelarlos adecuadamente para evitar su proliferación y ponerlos en manos de los consumidores en un breve periodo de tiempo. Especialmente cuando los consumidores tienen dificultades para lograr una salud óptima, debemos asegu-

rarnos de que sus dietas sean adecuadas y ayuden a mejorar su condición.

6 Bibliografía

1. https://ikastaroak.ulhi.net/.
2. https://www.intarcon.com/.
3. Guía para congelar y descongelar alimentos. [Internet] 27 de septiembre de 2019 [citado el 19 de marzo de 2021] Disponible.

Capítulo 328

APLICACIÓN DE MINDFULNESS EN EL ENTORNO SANITARIO

ANDREA BRAVO CARRILERO

RAQUEL MUELA RODRIGUEZ

ANA ROBLES CAMPILLO

ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE

MIRIAM MORENO MANRIQUE

1 Introducción

Podríamos hablar que desde hace ya más de dos mil quinientos años, miles de personas practican diversas técnicas meditativas, transmitidas por religiones y tradiciones espirituales. La meditación se define como el proceso a través del cual, la persona observa y se hace consciente de lo que está sucediendo a cada instante en su cuerpo y en su mente, aceptando las experiencias que se van presentando tal y como éstas son.

Esta práctica, enseñada por Buda, tiene como fin la eliminación del sufrimiento y demás emociones destructivas, ya que desde el punto de vista budista tanto la felicidad como el sufrimiento no dependen fundamentalmente de las circunstancias externas, sino de la propia mente. Mindfulness es el denominador común que se encuentra haciendo de puente entre las diferentes corrientes clásicas de meditación derivadas del budismo y los diversos modelos de tratamiento actuales de la psicoterapia.

Mindfulness es la traducción al inglés del término pali ”sati”, que implica conciencia, atención y recuerdo. La traducción al castellano de mindfulness no es algo concreto y puede traducirse indistintamente como Atención Plena o Conciencia Plena.

Las publicaciones sobre mindfulness comenzaron a aparecer en la década de los setenta y desde entonces su número crece cada día más. El conocimiento sobre esta nueva vertiente se aceleró notablemente en los años noventa y en la actualidad nos encontramos con un crecimiento casi exponencial de dichas publicaciones. El interés del mindfulness no se limita la campo de la psicoterapia, también está despertando enorme interés en la investigación básica, especialmente en neurofisiología. También en la educación, puesto que la práctica de la atención plena se perfila como una poderosa herramienta educativa. Al igual que en mundo empresas o sanitario, ámbitos donde prima el trabajo en equipo y situaciones vulnerables de requerir un extra de gestión de emociones, como la gestión ante el estrés.

2 Objetivos

- Aumentar el conocimiento sobre la práctica del Mindfulness y sus beneficios
- Conocer de qué manera puede ayudarnos esta práctica en el entorno sanitario
- Promover el aumento de su práctica dada las múltiples ventajas que ofrece, sin efectos adversos.

3 Metodología

Este capítulo está escrito basado en una revisión bibliográfica de diferentes páginas científicas, libros escritos sobre el Mindfulness y, principalmente, en la experiencia clínica, puesto que la autora principal del capítulo es enfermera y consultora en Mindfulness y conoce de primera mano los beneficios de esta práctica y cómo puede ser de gran utilidad en el ámbito sanitario en el que nos movemos.

4 Resultados

Sería muy difícil vivir sin la capacidad de estar en el presente, esa característica que nos permite recordar a dónde vamos cuando caminamos aunque estemos en miles de pensamientos en ese momento. Sin Mindfulness sería imposible observar y reconocer la propia experiencia en este mundo. Sin embargo, aunque

creemos tener el control de lo que estamos viviendo, lo que sucede normalmente es que vivimos con el piloto automático, atendiendo constantemente a pensamientos acerca del pasado o del futuro sin prestar atención al presente. Este presente lo vivimos en una porción muy pequeña, la suficiente para darnos cuenta si lo que estoy viviendo me gusta o no, o hay algo ahora mismo que me desagrade y quiero que desaparezca.

Dado que esta práctica cada vez más empieza a estar presente en diversos ámbitos como la educación o el mundo empresarial, sería interesante también ser conscientes de todas las ventajas que ofrece para ser aplicada en el entorno sanitario.

BENEFICIOS DEL MINDFULNESS

1. Ayuda a mejorar la gestión emocional
Básicamente, Mindfulness nos ayuda a identificar la emoción que haya podido aparecer en un determinado momento, aceptarla con amabilidad y así aprender a gestionarla de una manera más adecuada. De esta forma, a medida que se aumenta la práctica, la persona comienza a ser dueña de sus emociones y no lo contrario, evitando así situaciones en las que las emociones puedan llegar a desbordarla.
Esto es de gran utilidad para el personal sanitario puesto que nos encontramos con múltiples situaciones más o menos complicadas que pueden generar reacciones y/o emociones que nos cueste gestionar adecuadamente.

2. Mejora la capacidad de concentración
El concepto del "Aquí y ahora", hace que constantemente estemos trayendo la mente al momento presente como un entrenamiento. Pasado un tiempo, la persona consigue dirigir de forma voluntaria sus procesos mentales, aumentando su capacidad de concentración y disminuyendo así los automatismos que llevan a despistes y errores nada útiles en el día a día.
Por esta razón, cada vez más se empieza a incluir esta práctica de manera complementaria en la terapia para el trastorno de déficit de atención.
Como sanitarios, estamos muy expuestos a la multi tarea por lo que Mindfulness puede ayudarnos a mejorar nuestra concentración en el trabajo para ser así más eficientes y mejorar la calidad de la asistencia que ofrecemos al paciente.

3. Ayuda a reducir el insomnio
La práctica continuada de mindfulness aumenta el estado de relajación y calma en la persona, esto hace que el practicante sienta un mayor estado de tranquilidad

y paz, evitando alterarse y preocuparse más de la cuenta por ciertos asuntos y, por ende, obtener un descanso de mayor calidad.

Nuestro trabajo a veces requiere cambios en nuestros horarios debido a la turnicidad lo que nos afecta enormemente en el cambio de nuestro ritmo circadiano y de nuestras rutinas, como el sueño. Aparte de evitarnos pensar más de la cuenta por preocupaciones (poder desconectar de algún asunto pendiente en el trabajo o algún caso que nos haya afectado de más), ese estado de calma que promueve el Mindfulness, puede ayudarnos a recuperar los ritmos normales de descanso y sueño al encontrarnos más relajados.

4. Promueve la relajación
Derivado de lo dicho en el párrafo anterior, practicar Mindfulness aporta calma, puesto que aumenta la tranquilidad, relaja cuerpo y mente y mejora la sensación de bienestar en la persona que lo practica.
Esto también puede ayudarnos a la hora de mantener la calma en situaciones estresantes que, inevitablemente, pueden presentarse en nuestro día a día: conflictos con pacientes, servicios de trabajo estresantes como emergencias, momentos en los que se requiera rapidez, etc. Encontrarnos más calmados, mejorará nuestra capacidad de respuesta y la calidad de nuestro trabajo.

5. Mejora la capacidad retentiva
Como hemos explicado, la mejora en la concentración también ayuda a mejorar la capacidad de la memoria. El practicante consigue abstraerse de distracciones y estar más concentrado, por lo que su memoria también funcionará de manera más eficiente.
Diversos estudios han comprobado que el hecho reside en el aumento significativo en el volumen de la materia gris cerebral en aquellas personas practicantes de Mindfulness. También hablan de un aumento del tamaño del hipocampo y de la corteza cerebral, ambas zonas cerebrales asociadas con la memoria y con el aprendizaje.

Al igual que el aumento en la concentración, este beneficio también nos ayuda para desarrollar mejor nuestro trabajo cuando la situación requiera mayor implicación y debamos desarrollar varias tareas a la vez., aparte de la cantidad de datos e información que procesa nuestro cerebro sobre el paciente, patologías, datos médicos, etc.

6. Disminuye los niveles de estrés y ayuda a reducir la ansiedad
Debido a ese estado de calma que promueve su práctica y a la capacidad de la

persona de vivir en el aquí y en el ahora, sin adelantarse a acontecimientos futuros, disminuye la sensación de estrés y la carga por preocupaciones de cosas que aún no han llegado.

Como se ha citado anteriormente, esto es fundamental en nuestro trabajo como sanitarios. Las situaciones complicadas en las que a veces nos encontramos, la carga de trabajo, la turnicidad, la carga emocional de algunas situaciones… pueden desencadenar un aumento de nuestra ansiedad y niveles de estrés que podremos controlar y gestionar mejor con la práctica de la Atención Plena.

7. Reduce los niveles de cortisol en sangre y disminuye la presión arterial
El cortisol es una hormona que se libera como respuesta a una situación amenazante o de estrés en nuestra vida. Tiene efectos en prácticamente todos los órganos y el cuerpo. En su justa medida, tiene su utilidad en determinados momentos de amenaza real, puesto que su función es ayudar en la supervivencia. Pero hoy en día, debido al ritmo de vida y las situaciones de ansiedad y estrés que sufrimos, esta hormona se segrega más de lo normal sin utilidad en este caso, provocando grandes daños a largo plazo en nuestro sistema orgánico.
Igualmente ocurre con la presión arterial, si estamos sometidos a situaciones estresantes, la tensión aumenta.

En ambos casos, la práctica de Mindfulness y su aumento en los estados de calma y bienestar, ayudan enormemente a reducir tanto la producción de esta hormona como a disminuir la presión arterial y evitar así posibles efectos adversos en nuestra salud.

8. Promueve la creatividad
Se han realizado varios estudios que demuestran que aquellas personas con niveles bajos de estrés y aumento de la tranquilidad, tienen más disposición a responder con mayor creatividad en momentos que lo requieran que las que puedan llegar a bloquearse por nerviosismo o ansiedad.
Hay momentos en nuestro trabajo en los que la falta de material o recursos en un momento determinado, puedan requerir de nuestra mayor creatividad para solucionar problemas. Por lo que Mindfulness aquí también aporta un gran beneficio.

9. Favorece el autoconocimiento y desarrollo personal
La persona que practica Mindfulness, entra en contacto directo con sus propios pensamientos y sentimientos, profundizando en qué siente o qué piensa en determinados momentos, qué le preocupa, qué pensamientos son más recurrentes

en ella…

Realizar esta práctica de manera habitual por tanto, aumenta esa conexión y el conocimiento sobre uno mismo, ayudando a la persona a crecer personalmente y mejorar diversas cualidades como la empatía, humildad, sinceridad o la autoestima. Cualidades fundamentales tanto en el mundo sanitario, como en el mundo exterior en general para llegar a ser mejores profesionales y personas.

5 Discusión-Conclusión

La práctica habitual de Mindfulness nos permite reconocer lo que está sucediendo mientras está sucediendo, aceptando activamente los acontecimientos tal cual están pasando.
Los sanitarios estamos muy expuestos a factores estresantes continuamente dado la carga emocional y asistencial que conlleva a veces nuestra situación laboral.
La instauración de talleres o formaciones de Mindfulness en nuestro entorno, podría mejorar nuestra calidad asistencial, mejorando situaciones del día a día que repercutirían directamente en nuestra relación con el paciente, con nuestro equipo de trabajo y con nosotros mismos.

Mindfulness nos ayuda a ser más conscientes de cómo reaccionamos ante una determinada situación y nos permite trabajar en la gestión de lo que esa situación genera, dándonos la oportunidad de conocernos más y mejor y así poder actuar de una manera más adecuada a cada contexto.
También es interesante el papel de esta práctica en lo relativo a la aceptación. Puesto que somos un personal tan cercano a la enfermedad, patologías y a la muerte, Mindfulness puede ayudarnos a sobrellevar y cambiar nuestra relación ante estos acontecimientos, evitándonos sufrimientos extras innecesarios.

6 Bibliografía

1. https://www.mindfulness-salud.org/mindfulness/que-es-mindfulness/
2. https://www.iepp.es/beneficios-mindfulness-ciencia/
3. https://revistamedica.com/mindfulness-enfermeria/
4. Alonso Puig, M. (2021). ¡Tómate un Respiro! Mindfulness. El arte de mantener la calma en medio de la tempestad. Ed. Espasa

Capítulo 329

FATIGA POST-PANDEMIA EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

MARIA JOSEFA DÍAZ GARCÍA

ARANZAZU CELIS FERNANDEZ

1 Introducción

Después de haber vivido una pandemia los profesionales sanitarios arrastran una fatiga, debido fundamentalmente debido a la fatiga sufrida en estos tiempos de pandemia pero también hicieron visibles situaciones que estaban presentes con el estrés y que lo que sucedió fue que se agravaron.

Existe una aumento de las enfermedades mentales que se puede asociar directamente a la situación vivida en la pandemia. El miedo a lo desconocido, la soledad, el fallecimiento de personas y las largas jornadas han hecho mella en la salud del personal sanitario.

Es importante realizar un trabajo para que todos estos trabajadores que tanto se han esforzado en estos momentos entendamos y empaticemos con estos, ya que involucra a la gente forma parte de una manera de ayudar, permitir que cada uno viva las situaciones a su manera dentro de unos límites establecidos. Y por supuesto intentar trasladarles nuestro agradecimiento por el esfuerzo realizado en una situación límite.

Merece un estudio muy importante el aumento de consumo de alcohol y drogas así como sustancias como la cafeína así como el auto-prescripción de sedantes.

El 20% de los trabajadores sanitarios han expuesto su intención de abandonar la profesión o bien jubilarse antes de lo que tenían previsto.

2 Objetivos

Observar qué sucedió durante la pandemia
Conocer algunas medidas a tomar para que en otras ocasiones esta fatiga sea menor.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo 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 Siendo la palabra buscada Fatiga postpandemia.

4 Resultados

Los trabajadores sanitarios son todos aquellos que están implicados en tareas para la mejora de la salud médicos, enfermeras, personal auxiliar, personal de laboratorio, celadores, asistentes sociales, etc.
Este personal se enfrentó principalmente a tres retos.
Pandemónium: debido al caos inicial y al rápido avance de la enfermedad.
Precariedad: Tenemos escasez de personal y con la enfermedad esta escasez llevo a la fatiga del personal existente y a su agotamiento.
Paranoia como respuesta social ante lo desconocido.

En Marzo de 2020 se declaro la pandemia y el confinamiento nos llevó a todos a someternos a cosas que nunca antes habíamos vivido con lo que nuestra salud mental ha sufrido y en especial la del personal sanitario que se ha sometido a un gran estrés.

El estrés es una respuesta que nos prepara para tener una respuesta rápida y esta energía no es mala es la denominada ”eustres” pero si la situación se prolonga en el tiempo y somos sometidos a un estrés continuado entonces aparece es estrés negativo ”distres”.
Ante la situación vivida el personal sanitario a estado sometido a este distres durante mucho tiempo lo que ha llevado a que la salud mental se halla visto dañada.
Las cifras de suicidios en España aumenta progresivamente de manera alarmante.

Detrás de la fatiga pandémica podemos encontrar muchas emociones como puede ser la frustración, la apatía, el desinterés, la ira etc„ que potencian la aparición precoz de enfermedades mentales.

También se han detectado, en estudios realizado poste pandemia, un aumento del consumo de alcohol así como una aumento en la violencia,

En el caso concreto del personal sanitario las causas que llevan a esta fatiga son las siguientes:
Fatiga por compasión
Angustia moral
Estrés traumatismo.
Un nivel de exigencia al que nunca se habían visto sometidos.

Pero no solo son aspectos mentales, ya que físicamente estos profesionales también han sufrido situaciones de agotamiento por las largas jornadas laborales a las que han sido expuestos.

Algunos síntomas son muy sutiles por lo que tenemos que estar atentos para poder tener un diagnóstico precoz y poder ayudar con un tratamiento rápido.

5 Discusión-Conclusión

Una vez que hemos estado sometidos a una pandemia nuestra salud ha sido sometida a nuevos síndromes, ya que nunca antes habíamos estado expuestos a algunas de las medidas que se han tenido que tomar.
Síndrome de la cabaña: Angustia al estar encerado.
Síndrome de la cara vacía: angustia que sufren algunas personas al quintar la mascarilla.
Pero sobre todo lo que más se dan son trastornos en el ánimo y en la ansiedad.

También es necesario comentar que el sedentarismo ha llevado a algunas personas a llevar vidas menos sanas, con un aumento considerable de consumo de comida basura.

Las manifestaciones psiquiátricas más comunes son:

Ansiedad, Insomnio, Estrés postraumático, depresión, Fatiga mental, Labilidad emocional, Disminución de la atención y concentración, Abuso del alcohol y drogas, Euforia, burnout, suicidio.

6 Bibliografía

- Top Doctors S.L. | CIF B65581787 | C/ Muntaner 239 4ª planta 08021 Barcelona ciudad
-https://contenido.fepasde.com/consejos-para-superar-las-secuelas-emocionales-en-post-pandemia
-https://www.clinica-galatea.com/es/bloc/covid-estudio-post2020/

Capítulo 330

IMPACTO DE LA FORMACIÓN CULINARIA EN LA TRAYECTORIA PROFESIONAL DE LOS PINCHES DE COCINA

CONCEPCIÓN NIETO QUILON

CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ

JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ

LUCIA AGUJETAS MAYA

ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO

1 Introducción

La formación culinaria es de gran importancia para los pinches de cocina por varias razones. La formación culinaria proporciona a los pinches de cocina un conjunto sólido de conocimientos técnicos en cuanto a técnicas culinarias, manejo de ingredientes, seguridad alimentaria y manipulación de utensilios. Esto les permite realizar sus tareas de manera eficiente y precisa, lo cual es fundamental en un entorno de cocina profesional.

A través de la formación culinaria, los pinches de cocina tienen la oportunidad de desarrollar y perfeccionar habilidades prácticas, como el corte de ingredientes, la preparación de salsas y la presentación de platos. Estas habilidades son fundamentales para desempeñarse de manera efectiva en la cocina y contribuir al éxito

del equipo culinario. Esta formación no solo se centra en las habilidades técnicas, sino que también abarca el conocimiento de ingredientes, técnicas culinarias y estilos de cocina de diferentes regiones y culturas. Esto amplía el horizonte culinario de los pinches de cocina, les permite experimentar con una variedad de sabores y estilos, y los hace más versátiles en la cocina. También incluye aspectos relacionados con la seguridad alimentaria, como la manipulación adecuada de alimentos, la prevención de enfermedades transmitidas por los alimentos y las normas de higiene en la cocina. Estos conocimientos son esenciales para garantizar la salud y el bienestar de los comensales, así como para cumplir con los estándares y regulaciones establecidos por las autoridades sanitarias (1).
La formación culinaria puede abrir puertas a oportunidades de crecimiento y avance profesional para los pinches de cocina. Al tener una formación especializada, pueden acceder a puestos de mayor responsabilidad en la cocina, como sous chefs o chefs de partida. Además, la formación también puede ser un requisito para trabajar en restaurantes de alto nivel, hoteles o cruceros, donde se valora la capacitación y la experiencia culinaria.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:
1. Mantener actualización sobre las últimas tendencias y enfoques gastronómicos.
2. Proporcionar conocimientos técnicos de los paltos.
3. Proporcionar herramientas y la credibilidad necesaria para destacarse en la industria gastronómica

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 formación culinaria puede tener un impacto significativo en la trayectoria profesional de los pinches de cocina. La formación culinaria proporciona a los pinches de cocina una base sólida de conocimientos técnicos en cuanto a técnicas culinarias, manejo de ingredientes, métodos de cocción y presentación de platos. Estos conocimientos les permiten desempeñarse de manera más efectiva en la cocina, realizar tareas con mayor destreza y producir platos de mayor calidad.
Al recibir formación culinaria, los pinches de cocina tienen la oportunidad de desarrollar habilidades adicionales y ampliar su conocimiento en el campo de la gastronomía. Esto puede abrirles puertas a nuevas oportunidades laborales, como ascensos dentro de la cocina, posiciones de mayor responsabilidad o incluso la posibilidad de convertirse en chefs en el futuro. Y es que la formación culinaria fomenta la creatividad y la experimentación en la cocina. Los pinches de cocina que han recibido una educación culinaria están mejor equipados para crear nuevos platos, adaptarse a diferentes estilos de cocina y aportar ideas frescas al equipo culinario. Esta capacidad de innovación puede marcar la diferencia en su trayectoria profesional y abrirles puertas en restaurantes de renombre o proyectos gastronómicos interesantes (2).
Durante la formación culinaria, los pinches de cocina tienen la oportunidad de establecer contactos con profesionales de la industria, como chefs, empresarios gastronómicos y otros estudiantes. Estas conexiones pueden ser valiosas para futuras oportunidades laborales, como recomendaciones para empleos, participación en eventos culinarios o colaboraciones en proyectos gastronómicos. Además, proporciona una credibilidad adicional a los pinches de cocina. Al tener un título o certificado reconocido en gastronomía, pueden destacarse entre otros candidatos y demostrar su compromiso y dedicación a la profesión. Esto puede ser especialmente importante al buscar empleo en restaurantes de alto nivel o al emprender su propio negocio culinario (3).
La formación continua en el campo culinario permite a los pinches mantenerse actualizados con las últimas tendencias y enfoques gastronómicos. Esto les ayuda a mantenerse relevantes y atractivos para restaurantes y establecimientos que buscan innovación y frescura en su oferta culinaria.
En resumen, la formación culinaria puede tener un impacto positivo en la trayectoria profesional de los pinches de cocina al proporcionarles conocimientos técnicos, oportunidades de crecimiento, habilidades creativas, redes de contactos y una mayor credibilidad en la industria gastronómica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la formación culinaria tiene un impacto significativo en la trayectoria profesional de los pinches de cocina. Les proporciona los conocimientos técnicos necesarios, mejora sus habilidades prácticas, amplía su conocimiento gastronómico y les enseña sobre la seguridad alimentaria. Esta formación les brinda una base sólida para desempeñarse de manera eficiente en la cocina y contribuir al éxito del equipo culinario.
Además, la formación culinaria les ofrece oportunidades de crecimiento y avance profesional, ya que pueden acceder a puestos de mayor responsabilidad y abrirse camino hacia el desarrollo de su carrera culinaria. En general, la formación culinaria proporciona a los pinches de cocina las herramientas y la credibilidad necesarias para destacarse en la industria gastronómica y alcanzar el éxito en su trayectoria profesional.

6 Bibliografía

1. https://www.euroinnova.edu.es/blog/tecnico-en-cocina
2. https://estudiarcocinaonline.es/sous-chef/
3. https://cvonline.me/es/curriculum-online/ejemplos/cocinero

Capítulo 331

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y REQUISITOS DE LOS MANIPULADORES DE ALIMENTOS Y PINCHES DE COCINA

JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ

ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO

LUCIA AGUJETAS MAYA

CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ

CONCEPCIÓN NIETO QUILON

1 Introducción

La manipulación de alimentos y los requisitos establecidos para los manipuladores de alimentos son importantes por varias razones fundamentales. La manipulación inadecuada de alimentos puede conducir a la contaminación de los mismos con patógenos, como bacterias, virus, parásitos u hongos, que pueden causar enfermedades transmitidas por alimentos. Cumplir con los requisitos de manipulación garantiza que los alimentos se preparen, almacenen y sirvan de manera segura, minimizando el riesgo de enfermedades y asegurando la seguridad de los consumidores (1).

La seguridad alimentaria es esencial para proteger la salud pública. Las enfermedades transmitidas por alimentos pueden afectar a un gran número de personas si se producen brotes en establecimientos de alimentos. Cumplir con las regulaciones y buenas prácticas de manipulación ayuda a prevenir brotes de enfermedades y a proteger la salud de la comunidad en general.
Los clientes esperan que los alimentos que consumen estén preparados y manejados de manera segura. El cumplimiento de los requisitos de manipulación de alimentos ayuda a generar confianza en los establecimientos de alimentos, lo que es vital para el éxito y la reputación del negocio.
Los requisitos de manipulación de alimentos son establecidos por las autoridades de salud y reguladores gubernamentales para garantizar el cumplimiento de estándares y regulaciones de seguridad alimentaria. Cumplir con estos requisitos es esencial para evitar sanciones, multas o el cierre del negocio. Una manipulación adecuada de los alimentos ayuda a prevenir la contaminación y el deterioro prematuro de los productos, lo que puede reducir el desperdicio de alimentos en establecimientos y hogares.

2 Objetivos

Conocer los requisitos que deben cumplir los pinches de cocina en relación con la manipulación de alimentos.

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 manipulación de alimentos es una práctica esencial para garantizar la seguridad alimentaria y prevenir la transmisión de enfermedades transmitidas por alimentos. Los manipuladores de alimentos y pinches de cocina son personas responsables de la preparación, manipulación y servicio de los alimentos en es-

tablecimientos como restaurantes, cafeterías, comedores y otros negocios de alimentos.
Los requisitos para los manipuladores de alimentos y pinches de cocina varían según el país y las regulaciones locales, pero en general, los siguientes aspectos son comunes en muchas jurisdicciones. Los manipuladores de alimentos a menudo deben completar un curso de capacitación en manipulación de alimentos y obtener un certificado que demuestre que han adquirido los conocimientos necesarios sobre higiene alimentaria y prácticas seguras de manipulación.
Los manipuladores de alimentos deben mantener altos estándares de higiene personal. Esto incluye lavado frecuente y adecuado de manos con agua y jabón, uso de ropa limpia y adecuada, y evitar el uso de accesorios que puedan contaminar los alimentos. Además, los manipuladores de alimentos deben mantener limpias y desinfectadas las áreas de trabajo, utensilios y equipos utilizados para la preparación y manipulación de alimentos. También deben conocer y aplicar prácticas seguras para evitar la contaminación cruzada entre alimentos crudos y cocidos, evitar la contaminación por agentes patógenos y mantener las temperaturas adecuadas para el almacenamiento y cocción de alimentos (2).
Además, los manipuladores de alimentos deben informar a sus supervisores si están enfermos o tienen síntomas que puedan transmitirse a través de los alimentos, como fiebre, diarrea, vómitos o infecciones de la piel. Es esencial mantener el lugar de trabajo libre de plagas, como insectos y roedores, que pueden contaminar los alimentos y poner en riesgo la seguridad alimentaria. En ciertas situaciones, como el manejo de productos químicos de limpieza, los manipuladores de alimentos deben utilizar equipos de protección personal, como guantes y delantales (3).
Los manipuladores deben seguir las instrucciones de etiquetado y almacenamiento de los alimentos para garantizar su frescura y seguridad. Es fundamental que los establecimientos de alimentos y las autoridades locales de salud establezcan y cumplan con pautas claras sobre la manipulación de alimentos para garantizar que se sigan prácticas seguras y se mantengan altos estándares de higiene para proteger la salud de los consumidores. Además, una formación continua y actualizada sobre manipulación de alimentos puede ayudar a mantener el conocimiento y la conciencia de los riesgos asociados con esta importante labor.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la manipulación de alimentos y los requisitos para los manipuladores de alimentos y pinches de cocina son aspectos fundamentales para garantizar la seguridad alimentaria, proteger la salud pública y mantener altos están-

dares de calidad en la industria de alimentos. Cumplir con las normas y buenas prácticas de manipulación es crucial para prevenir la contaminación de alimentos, reducir el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos y generar confianza en los consumidores.

Los requisitos para los manipuladores de alimentos abarcan aspectos como la capacitación en higiene alimentaria, el mantenimiento de una higiene personal y del área de trabajo adecuadas, el conocimiento y aplicación de prácticas seguras de manipulación de alimentos, y el control de plagas. Así mismo, la identificación y reporte de enfermedades o síntomas que puedan transmitirse a través de los alimentos son parte integral de estas prácticas.

6 Bibliografía

1. https://manipulador-alimentos.net/requisitos-manipulador-alimentos/.
2. https://docplayer.es/74883633-El-pinche-de-cocina-en-el-sistema-sanitario-andaluz.html.
3. https://www.euroinnova.edu.es/blog/importancia-de-la-manipulacion-de-alimentos.

Capítulo 332

UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS MANUALES EN EL TRABAJO DE ALBAÑIL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

DIEGO RODRIGUEZ RABADAN ALHAMBRA

1 Introducción

En este apartado describiremos el conjunto de herramientas manuales a utilizar por los albañiles en los servicios de Salud. Estas herramientas son los martillos, los picos, sierras, tijeras, llanas, nivel, los distintos tipos de mazo, .. es decir, todas aquellas herramientas que se consideren utensilios en la ocupación en los centros de trabajo , utilizado de forma individual, para una serie infinitas de trabajos laborales en los hospitales que sea los centro laborales del operario. Para su utilización no es necesario ningún motor, solo las manos y el esfuerzo físico del operario.
Este estudio va dirigido a un buen uso de estas herramientas y a evitar en lo posible las causas de accidentes que tienen como principal motivo las herramientas manuales. También estudiaremos, los principales riegos del uso, su mantenimiento y el transporte de dichos elementos por el hospital para evitar posibles daños a los usuarios por su desplazamiento. Por ello es importante estudiar las medidas preventivas en este ámbito, tanto para los operarios, compañeros, y usuarios.
Con ello intentaremos que las estadísticas de accidentes trabajo en los centros sanitarios sean las mínimas ya que constituyen un gasto considerable en personal.

Y bajar los accidentes de trabajos producido por herramientas manuales tanto los accidentes leves (golpes, cortes) como lesiones de gravedad diversa como (lesiones oculares por partículas que desprende cuando cortamos con herramientas de corte, sobreesfuerzo).

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es conocer los riesgos y causas de la mala utilización de las herramientas y las medidas preventivas.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos online (BD): Lilacs, Pubmed, Scielo, Cuidatge, Biblioteca Cochrane, Bdenf Y Oaster. Esta búsquedase amplía mediante una búsqueda en Google académico, Guías Fisterra y la bibliografía referencial en los artículos encontrados y seleccionados, de acceso directo y gratuito.

4 Resultados

Las metodología que debería utilizar un servicio de salud para la protección de sus trabajadores de un centro hospitalario, en especial nuestro ámbito de aplicación que son el personal de oficio que son los que realmente utiliza las herramientas manuales en especial el sector del mantenimiento de hospitales como los Albañiles, sería optar por implantar medidas preventivas con relación al trabajo a realizar con dichas herramientas, formar adecuadamente a los operarios con una formación continua para saber utilizar correctamente dichos utensilios
.
Así mismo el estudio de la actuaciones de los albañiles frente a los riesgos a los que están expuestos en los centros de trabajo, con la buena manipulación de las herramientas. Además según el estudio tendría que tener en cuenta también las siguientes variantes para eliminar o reducir el riesgo de accidente en los centros hospitalarios como:

- El personal autorizado en la compra de dicho materiales deberán tener en cuenta a la hora de adquirir las herramientas un buen ”Diseño Ergonómico” en la que se debe de cumplir una serie de requisitos par que estas sean eficiente para poder

desempeñar con eficacia su función. También se ha de mirar al adquirir esta herramienta que tenga las dimensiones adecuadas tanto para el trabajo a realizar como a las proporciones del usuario. Que sea resistente y adecuado para el trabajo para el que esta diseñado. Y lo mas importante es reducir al mínimo la fatiga del usuario, para evitar los tan temidos accidentes.

- "Gestión de las herramientas" Para disminuir los accidentes por la utilización de herramientas manuales, además de un diseño correcto, hay que tener en cuenta una adecuada utilización, para ello se debería implantar un programa de seguridad completo que abarque:

-Utilización y el manejo de herramientas

- El operario plantee las deficiencias y los puntos fuertes de dichos utensilios para tenerlos en cuentas para futuras adquisiciones.
- Almacenamiento
- Mantenimiento de las herramientas
- Transporte y la vida útil adecuada.

También después de estudiar todos las posibles deficiencias comunes que se presentan en estos implementos de trabajo nos hemos dado cuenta de las carencias mas frecuentes que son:

- Quijadas melladas
- Útiles desgastados por una mala utilización de la herramienta con un fin distinto al realmente se diseñó.
- Mangos deteriorados por el uso.
- Puntas dobladas o melladas
- Uso de instrumento de trabajo inadecuado a las proporciones a lo que se va a utilizar.
- Cabeza abombada
- Punta frágil.

Dando cuenta de todo ello lo mas importante además de lo descrito con anterioridad es tener unas buenas herramientas y con un buen uso, un buen transporte y almacenamiento ya que esto también dictara la vida útil de los implementos que utiliza el albañil, ya que por ejemplo si lo tienes colocado evitara roturas, mellados y desgastes innecesarios.

También para evitar los accidentes en los hospitales por parte del personal de mantenimiento hay tener una buenas condiciones de trabajo con la utilización de equipos de protección individual (EPI´s) que tienen que cumplir con los siguientes requisitos;

- Todos los EPI deben disponer de marcado CE además tienen que ser los adecuados para el tipo de intervención los más universales son:

1. Gafas de protección.
2. Guantes certificados.
Hemos finalizado el estudio de riesgos en la utilización de herramientas manuales para analizar el cumplimiento de la ley de prevención en Riesgo Laborales para Albañiles.
Como hemos podido comprobar el puesto de albañil tiene un riesgo extra de sufrir un accidente laboral en su funciones en un hospital si no se lleva a cabo un buen seguimiento de la utilización de las herramientas y la formación de los trabajadores que minimizar los riesgos al máximo utilizando su propio plan de prevención.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir con este estudio, vamos a manifestar el trabajo que se realiza por parte de los servicios de salud en el departamento de prevención en riesgos Laborales se instruye a todo el equipo no solo a los trabajadores a interponiendo las medidas dictadas en la Ley 31/ 1995 del 8 noviembre de Prevención Riesgos laborales y con ello ha bajando considerablemente el nivel de siniestralidad ampliamente, si se estudia por áreas de prevención de diversos hospitales. Con ello lo que se pretende es seguir en la lineal para adquirir las medidas preventivas adecuadas para que se evite incidente o accidentes en los centro de trabajo.

6 Bibliografía

1. https://www.mc-mutual.com/documents/20143/47599/manual_basico_es.pdf/25f4cc0f-07ac-5a20-9fbc-e2cfaa07ea2b.
2. https://www.sprl.upv.es/pdf/manualherramientas.pdf.
3. Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
4. Guías y notas técnicas del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
5. Manual de Condiciones de Trabajo en Centros Sanitarios. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
6. Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales.
7. Real Decreto 604/2006, de 19 de mayo, por el que se modifican el Real.
8. Real Decreto 374/2001, de 6 de abril, sobre la protección de la seguridad y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo.

Capítulo 333

TRABAJOS DE SOLADOS Y ALICATADOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

DIEGO RODRIGUEZ RABADAN ALHAMBRA

1 Introducción

Estos trabajos en la gran mayoría de los centros sanitarios están exteriorizados a empresas privadas cuando se trata de la construcción de los centros de nueva edificación. Cambia cuando son arreglos o cuando son trabajos de poca envergadura.

Aunque el solado y el alicatado son trabajos distintos dentro de la construcción, se les puede considerar como un mismo oficio debido a que el trabajador dentro del hospital tiene que realizar diferentes trabajos de albañilería por lo que tiene que dominar todos ellos, como la reparación de cubierta, Rebacheos, rellenos localizados en los exteriores, etc.. Por ello nuestro trabajo se centrará solamente en solados y alicatados al tener funciones tan diversas dentro de una instalación sanitaria.

Su trabajo suele ser complejo no solo deba dominar las distintas técnicas de albañilería sino también saber preparar los soportes auxiliares como andamios y borriquetas, preparación de los materiales de agarre y la colocación de las piezas según su disposición prevista.

Este oficio está considerado como uno de los más duros, dentro de los profesionales que hay en un centro sanitario, no solo por los materiales utilizados que en muchas ocasiones son de gran peso, sino también por las posiciones incomodad que tienen que colocarse para la realización de su trabajo.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del albañil en el centro sanitario.
- Destacar la importancia de estos operarios para la buena estancia de los pacientes.
- Llevar a cabo todas las acciones de prevención en los trabajos de alicatados y solados para que halla el mínimo riesgo en sus funciones.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura especifica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, Medline, Pubmed y Google Scholar, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han empleado palabras clave como: trabajos de albañil, solados y alicatado, mantenimiento de edificios públicos.

4 Resultados

La relación del albañil con respecto al mantenimiento de edificios Sanitarios en su función de alicatado y solados. Las funciones de este operario de una instalación sanitarias serán las siguientes:

• Disponer el material necesario y el área de trabajo, es decir, preparar todo lo necesario para la ejecutar el trabajo a realizar. En ellos se incluyen los equipos de protección individual necesarios (EPIs) necesarios para la realización de la obra.
- Preparación de la superficie donde se va a ejecutar el trabajo, para ello se limpia, se aplica el producto adecuado según las necesidades.
- Medir y marcar la superficie a revestir de azulejos o baldosas.
- Mezclar mortero, colas resinas o cualesquiera otros productos para conseguir el objetivo final de un buen trabajo ejecutado.
- Realizar los cortes necesarios para un buen ajuste de la baldosa o alicatado durante su colocación con las herramientas necesarias.
- Terminar el trabajo de alicatado con el relleno de juntas con la lechada del mismo o similar color que el azulejo.

Como nos damos cuenta en esta descripción el albañil experimentara distintos riesgos para la salud. Los resultados que se consiguen a través de este estudio, ponen en manifiesto que la realización de los trabajos de mantenimiento en general

y los de albañilería en especial suponen una manipulación de cargas que realiza el operario para un trabajo eficaz pero que repercute en su salud postural. Por lo que, constituyen un importante nivel de riesgo asociados a las posturas incluidas para la realización de dichas tareas.
El método nos indica que existe riesgo de lesiones músculo-esqueléticas, y el tiempo de intervención de acuerdo con lo dicho debe ser de inmediato sin demorar la acción.
Lo ideal, es ir cambiando de postura en tiempos considerable y no mantener la postura, ya que el peso recae en los mismos grupos músculo-esquelético lo que dar lugar a estrés de la zona y hacerla más vulnerable para posibles lesiones. El uso de elementos móviles de ayuda como es el caso de carretillas y polipastos, disminuye el riesgo a la aparición de dichos trastornos.

5 Discusión-Conclusión

Tras todo lo expuesto en el estudio se ha llegado a la conclusión de que el personal que realiza sus funciones en mantenimiento de hospitales, en especial el personal designado a la construcción dentro de las instalaciones, conlleva un riesgo para la salud física:
- La manipulación de cargas
- Las posturas forzadas
- El estrés térmico que son sometidos en su día a día en la subsanación de solados y alicatado de instalaciones con deficiencias.

Este personal es muy propenso a sufrir trastornos músculo esqueléticos, relacionado con la actividad que desarrolla, ya que sus tareas principales son las descritas anteriormente, es importante visualizar estos trabajos a través del estudio de los riesgos laborales en el ámbito de la construcción. Por lo que la educación postural de los trabajadores es necesaria a través de la formación adecuada para que hagan una labor de manera eficaz y así mejore en sus condiciones de trabajo.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 486/97, de 14 de abril por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
Real Decreto 1215/97 de 18 de julio, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.

2. Real Decreto 1627/97, de 24 de octubre, por el que se establecen Disposiciones mínimas de seguridad y salud en las obras de construcción.

Capítulo 334

PRINCIPIO DE MARCHA ADELANTE Y CIRCUITOS DE TRABAJO POR EL PERSONAL DE COCINA.

LUCIA AGUJETAS MAYA

JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ

1 Introducción

El Principio de marcha adelante y los circuitos de trabajo por el personal de cocina son de gran importancia en el ámbito culinario y en cualquier entorno donde se realicen tareas que requieran organización y eficiencia. A continuación, se detalla la importancia de ambos conceptos:
Al seguir una secuencia lógica y continua en la realización de tareas, se evitan interrupciones y retrasos, lo que permite que el trabajo fluya de manera más eficiente. Esto es esencial en entornos de alta demanda, como restaurantes o servicios de catering, donde el tiempo es valioso y se deben preparar numerosos platos en cortos periodos. La marcha adelante ayuda a evitar errores y omisiones, ya que cada paso prepara el terreno para el siguiente de manera ordenada. Además, al organizar adecuadamente las tareas, se reduce la posibilidad de desperdiciar ingredientes o tiempo en el trabajo (1).
La organización de tareas siguiendo el principio de marcha adelante permite optimizar el uso del tiempo y los recursos disponibles, lo que puede llevar a una mayor productividad y rentabilidad en la operación de la cocina. Al seguir un proceso estructurado, se garantiza que los platos se preparen de manera consistente, manteniendo la calidad y el sabor característico de cada receta.

En el caso de los circuitos de trabajo por las Gobernantas al asignar tareas específicas a cada cocinero, pinche; permite que adquieran habilidades y especialización en esas áreas, lo que lleva a una mayor rapidez y precisión en su desempeño. Un equipo de trabajo especializado puede llevar a cabo las tareas más rápidamente y con una mayor calidad.
Los circuitos de trabajo facilitan la coordinación entre los miembros del equipo de cocina, ya que cada persona sabe exactamente qué tarea debe realizar y cuándo debe hacerlo. Esto fomenta la colaboración y la comunicación efectiva en la cocina.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:
1. Desarrollar habilidades y especialización en diferentes áreas.
2. Mantener una eficiencia óptima en la cocina.
3. Generar especialización en sus tareas asignadas.

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 el ámbito culinario, el principio de marcha adelante se basa en la premisa de que las tareas y preparaciones en una cocina deben seguir un orden específico y secuencial para mantener la eficiencia y evitar confusiones. Esto implica que las etapas de preparación de los alimentos se llevan a cabo en una secuencia lógica y constante, de modo que cada paso prepara el terreno para el siguiente, asegurando un flujo de trabajo continuo y sin interrupciones.
Por ejemplo, en una preparación culinaria, se podría seguir el principio de marcha adelante al organizar las tareas de la siguiente manera. Primero limpieza y

organización de la estación de trabajo., lavado y corte de los ingredientes necesarios para la receta, preparación de la base o ingredientes principales, cocinado de los ingredientes principales y ensamblaje o mezcla de los componentes para la presentación final (2).
Al seguir este principio, se evitan retrasos y se mantiene una eficiencia óptima en la cocina, especialmente cuando se preparan varias recetas o platos a la vez.
En el caso de los circuitos de trabajo por el personal de cocina, en el contexto de una cocina profesional, especialmente en establecimientos con un alto volumen de trabajo, es común organizar las áreas de trabajo en circuitos para optimizar la eficiencia.
El concepto de "circuitos de trabajo por el personal de cocina implica que cada asistente (cocinero, gobernanta o pinche) tiene una función y una estación de trabajo específica asignada. Cada persona se encarga de una tarea particular dentro del proceso de preparación de los alimentos y, una vez completada, pasa el trabajo a la siguiente persona, que a su vez realiza su tarea designada. De esta manera, el trabajo fluye de forma continua y ordenada, evitando superposiciones y facilitando la coordinación entre los miembros del equipo de cocina (3).
El uso de circuitos de trabajo por el personal de cocina también permite que los trabajadores adquieran especialización en sus tareas asignadas, lo que puede mejorar la velocidad y calidad de la preparación.
Es importante mencionar que las prácticas y terminología pueden variar en diferentes cocinas y culturas culinarias. Los principios de organización y flujo de trabajo, como la marcha adelante y los circuitos de trabajo, son herramientas clave para mejorar la eficiencia y el rendimiento en el ámbito culinario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Principio de marcha adelante y los circuitos de trabajo por el personal de cocina son conceptos fundamentales en el ámbito culinario que promueven la eficiencia, organización y coordinación en la preparación de alimentos.
Al seguir el Principio de marcha adelante, se garantiza que las tareas se realicen en un orden lógico y secuencial, evitando retrasos y errores, lo que conduce a una mayor eficiencia y calidad en el proceso de cocina.
Los circuitos de trabajo por los pinches permiten asignar tareas específicas a cada asistente, lo que fomenta la especialización, agilidad y coordinación entre los miembros del equipo. Al asignar responsabilidades claras, se reduce la posibilidad de conflictos internos y se crea un ambiente de trabajo más armonioso y colaborativo.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/principio-marcha-adelante-cocinas-hospitalarias/
2. https://www.consumer.es/seguridad-alimentaria/que-es-el-principio-marcha-hacia-delante-en-seguridad-alimentaria.html
3. https://www.murciasalud.es/documents/153065/3893298/Pinche+TEMA+1.pdf/c3239e77-a5d6-eb74-8e8a-c98702d948b8?t=1670248635154

Capítulo 335

PROCESO Y PREPARACIÓN DE EQUIPOS Y MEDIOS EN TRABAJOS DE ALBAÑILERÍA POR PARTE DEL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

DIEGO RODRIGUEZ RABADAN ALHAMBRA

1 Introducción

Para hacernos una idea del trabajo importante que desarrollan el equipo de Albañiles en los centros sanitarios y para tener un punto de partida. Para desarrollar esta investigación, hay que entender la definición exacta de ALBAÑILERÍA que, según el Diccionario de la Real Academia Española, el "arte de construir edificios u obras en que se empleen, según los casos, ladrillos, piedra, cal, arena, yeso, cemento u otros materiales semejantes.

La persona que realiza tareas de albañilería actúa en muchas unidades de obra: realiza replanteos; elabora pastas, levanta muros y tabiques; realiza mantenimiento de cubiertas; realiza enfoscados y guarnecidos en paredes y techos; pone suelos y alicatados.

También tiene importancia en otros sectores, ya que ayuda a otros oficios dentro de un hospital, como abre rozas, fija en la pared conducciones de fontanería, electricidad ayuda en el caso de poner puertas al carpintero a fijar los precercos, y a alisar el yeso para que los pintores realicen su trabajo de una manera funcional.

Para llevar a cabo las labores de albañilería de forma eficiente hay que evaluar los trabajos a realizar, organizar las herramientas y útiles necesarios, por lo que

tienen que tener una serie de conocimiento para realizar el oficio de una manera eficaz y sé que trabaje con destreza suficiente para realizar las funciones acordes al proyecto a realizar.

2 Objetivos

• Desarrollar la ejecución de los procesos de obras en la albañilería, distinguiendo los procesos de obras, determinando los distintos materiales y metodología a utilizar en el trabajo a realizar.
• Realizar los trabajos con los medios de Protección Individual teniendo en cuenta las funciones a realizar.
•Colocar los medios auxiliares para la realización del trabajo no solo para nuestra protección sino también para el colectivo que nos rodea (compañeros, usuarios…).

3 Metodología

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

4 Resultados

Los trabajos que se desarrollan en el hospital son:
1. Cerramientos exteriores mediante obras de fábrica compuestas por ladrillos o bloques cerámicos o de hormigón, vistos o para revestir.
2. Tabiquería y otros elementos de separación verticales constituidos por obras de fábrica, paneles de yeso laminado o sistemas mixtos, al igual que su reparación en caso de romper algún panel de yeso laminado con golpes, y fisuras con la inclusión de roturas.
3. Muros y paramentos de sillería o mampostería destinados a diversos fines
4. Revestimientos continuos: enfoscados, revocos, guarnecidos, enlucidos…
5. Cubiertas.
6. Hacer o reparar arquetas de las redes enterradas de saneamiento y de instalación eléctrica, telecomunicación y suministro de agua.

Puesto que este oficio es muy amplio, existen diferentes categorías que realizan unos trabajos u otros según su formación y experiencia: peón/a, peón/a especializado/a, ayudante, oficial/a, y responsable.
Con esta breve descripción de cada una de las funciones que realiza el albañil y la escala profesional de cada uno de estos profesionales que hay en un centro hospitalario se puede deducir lo complejo que es coordinar su trabajo con los demás profesionales que intervienen en el proceso de mantenimiento.
Para realizar los trabajos de albañilería es imprescindible tener unos conocimientos que te ayuden a realizar tu función con autonomía suficiente, saber realizar las órdenes de tu superior con destreza y con las técnicas adecuadas para que el trabajo sea lo más breves posible. Realizar cálculos sencillos para poder realizar la labor encomendada. Además de todo esto también tienen que tener la formación adecuada en prevención en riesgos laborales tanto a nivel general, como en el trabajo específico que realiza, esto servirá además de hacerle un mejor profesional que evita los accidentes específicos de su profesión también le evita un gasto innecesario tanto a la empresa como al estado.

5 Discusión-Conclusión

Esto quiere decir, que con el estudio que hemos elaborado el trabajo de oficios dentro de un hospital en especial el de Albañil, es sumamente importante, ya que si estos deterioros no se van solventando día a día en un periodo pequeño de tiempo las infraestructuras empezarán a limitarse en su funcionamiento además de menoscabar la utilidad de los espacios habilitados. Por tanto, a deteriorarse rápidamente y su inutilización.
Hay que tener en cuenta que un espacio como un Hospital todos y cada uno de los profesionales que están allí son una cadena que dependemos uno de otro por esa razón los demás trabajadores no podrán realizar su función de manera eficaz. Por lo que es claro es que el trabajo de albañil es considerado un puesto estructural dentro de los centros sanitarios.

6 Bibliografía

1- libreria.fundacionlaboral.org
2- Fundación Laboral de la Construcción: fundacionlaboral.org
3- Información en materia de PRL: lineaprevencion.com
4- Portal de la Tarjeta Profesional de la Construcción (TPC): trabajoenconstruccion.com

5- Portal de formación: cursosenconstruccion.com
6- Cursos, actualidad y asesoramiento gratuito en BIM: entornobim.org
7- Observatorio Industrial de la Construcción: www.observatoriodelaconstruccion.com

Capítulo 336

EL CELADOR Y LA NORMATIVA EN SU TRABAJO: CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA Y LEY 41/2002

IMANOL MECO GOMEZ DE LAS HERAS

MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ

MANUELA MUÑOZ GARCÍA

ANA BELEN SANCHEZ MAESTRE

EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA

1 Introducción

En este apartado de introducción queremos poner de manifiesto varios aspectos que vamos a trabajar a lo largo de este capítulo. Por un lado vamos a mencionar el papel de la protección de la salud respecto a la Constitución española. Nos ha parecido un aspecto a tener en cuenta ya que la Constitución marca los derechos y deberes fundamentales que han de tener todos los ciudadanos incidiendo especialmente en los aspectos sanitarios. Por otro lado, visualizaremos la figura del celador y su relación con la ley 41/2002 del 14 de noviembre dónde se pone exponen los derechos de información sanitaria, intimidad y respeto a la autonomía del paciente. Es importante que el celador conozca como principio de su formación en la sanidad, los derechos que han de tener los pacientes y las obligaciones de

los mismos. Dichos apartados nos sirven para formarnos y adquirir una mayor implicación en la atención al paciente. A través de este capítulo trataremos de explicar aspectos generales de estás dos normativas y legislaciones que el celador debe de conocer a la hora de desarrollar su trabajo. Es por ello que partimos desde la Constitución con los derechos y deberes fundamentales y pasamos a la normativa en la cual se regula los derechos de información sanitaria y del trabajo con el paciente.

2 Objetivos

-Resaltar la importancia de que el celador conozca la normativa que regula su actividad en la sanidad pública: la Constitución y la ley 41/2002

3 Metodología

Revisión bibliográfica. La metodología de trabajo de este capítulo nos lleva a realizar un enfoque a través de dos leyes fundamentales como son la Constitución y la ley 41/2002 del 14 de noviembre. Para ello además de trabajar en estas dos leyes hemos recogido diversa bibliografía que está relacionada con la figura del celador.

4 Resultados

Cómo hemos mencionado en nuestro apartado de introducción en este capítulo vamos a trabajar en principio con la Constitución. A través de ella debemos de saber que apuesta por los derechos y obligaciones fundamentales de las personas. Esto lo vamos a aplicar tanto a los usuarios del sistema sanitario público como del celador. Por otro lado la ley 41/2002 nos va a dar un enfoque de distintas cuestiones que ha de tener en cuenta este profesional de la salud a la hora de ejercer el desempeño de su trabajo para no ser meramente un trabajador que recibe instrucciones. Debemos de saber que la Constitución española de 1978 en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud. Para ello encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de diversas medidas preventivas y de prestaciones y servicios fundamentales para ello. Igualmente en su artículo 41 va a realizar una conexión dónde habla de que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes

ante situaciones de necesidad. El celador debe de conocer cómo el sistema sanitario público tiene una estructura que está basada en la constitución y en otros textos legislativos. Es importante mencionar que el celador debe de saber que este texto constitucional posibilita el amparo de la sanidad pública frente al otro marco normativo de la ley 41/2002 del 14 de noviembre en el cual nos da una idea de la importancia que tienen los derechos de los pacientes en la sanidad pública. Es fundamental estos textos legislativos porque les dan al celador la base normativa de su trabajo. En la ley 41/2002 es fundamental el tipo de información sanitaria con la que puede trabajar en el desarrollo de sus funciones así como de la intimidad y el respeto a la autonomía del paciente en el desarrollo diario de sus tareas fundamentales. Con todo ello logrará un desarrollo de su trabajo de manera correcta.

5 Discusión-Conclusión

La primera conclusión que extraemos es que es fundamental que el celador conozca dos de los textos legislativos por los que ha de guiar su trabajo.
La segunda conclusión que presentamos es que la constitución marca los derechos y deberes fundamentales tanto de los pacientes como de los trabajadores. Igualmente de la constitución vemos que el sistema sanitario es un derecho que tenemos como ciudadanos y serán los poderes públicos los encargados de llevarlo a cabo.
La última conclusión que extraemos es que de la ley 41/2002 nos aporta conocimiento de cómo ha de afrontar el celador su trabajo con el paciente de cara a la información y al respeto a su intimidad.

6 Bibliografía

BOE-A-2002-22188 Ley 41/2002, de 14 de noviembre
Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311
Llorca, D. A. (2013). Manual básico del celador de la Agencia Valenciana de Salud. Editorial Club Universitario

Capítulo 337

EL TRABAJO DEL CELADOR EN EL ÁREA DE ADMISIÓN

IMANOL MECO GOMEZ DE LAS HERAS

MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ

MANUELA MUÑOZ GARCÍA

ANA BELEN SANCHEZ MAESTRE

EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA

1 Introducción

En primer lugar queremos mencionar como el trabajo del celador se convierte en imprescindible en muchos lugares de la sanidad pública. En el área de admisión es fundamental que el mismo desarrolle sus tareas de manera correcta ya que dependiendo de él hay otros profesionales de la salud. En el área de admisión presenta múltiples responsabilidades y parte de ellas son funciones de ayuda a cumplimentación administrativa que realiza en conjunto con los auxiliares administrativos. Por tanto, veremos a lo largo de este capítulo su relación con dicho espacio y cómo es fundamental que este profesional de la salud desarrolle sus tareas de manera correcta en este área ya que de él depende la de otros trabajadores. Mencionar también que el celador tiene dependencia y responsabilidad del jefe de personal subalterno. En este va a recaer la responsabilidad de asignar las distintas tareas añadidas que ha de desarrollar en este espacio el celador

aunque ya tenga asignadas otras de base. Es por tanto fundamental a lo largo de este capítulo visualizar tanto la importancia que el celador tiene en el área de admisión, cómo la responsabilidad que ejerce sobre él otros trabajadores porque dependiendo de esta responsabilidad asignada tendrá otras tareas distintas a las iniciales.

2 Objetivos

-Analizar de manera general las funciones e importancia del trabajo que realiza el celador en el área de admisión.

3 Metodología

La metodología de trabajo de este capítulo de revisión bibliográfica va relacionada con recoger bibliografía general y específica del trabajo que desempeña el celador en el área de admisión de un hospital. Para ello hemos recogido de diferentes portales referencias bibliográficas herramientas que nos han ayudado en nuestro trabajo.

4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a exponer algunos ejemplos del trabajo del celador en el área de admisión. Pretendemos con ello dar una visión general de cómo desarrolla su labor en dicho espacio y la importancia que tiene el buen proceder de su ejecución en él. Mencionar que el personal que trabaja en el servicio de admisión de un hospital debe de cubrir una serie de funciones como por ejemplo la asignación de cama a los pacientes que ingresan en el hospital. Esto se realiza en función del criterio que haya estipulado la dirección del hospital y del protocolo de actuación. El celador debe de ayudar en cualquier cuestión referida a esto que le haya sido asignada. No obstante de sus funciones del Estatuto del personal no sanitario están aquellas relacionadas con la atención directa al paciente las cuales son aplicables en el servicio de admisión. Otro ejemplo de funciones que realiza el celador en el área de admisión es ayudar a la cumplimentación de datos personales que se necesiten tomar del paciente. En el servicio de admisión es importante que el celador cubra aquellas tareas que el personal administrativo no pueda realizar por diferentes cuestiones y que su trabajo necesite en ese momento de una ayuda extraordinaria. Otra de sus responsabilidades en este área

de servicio es orientar al paciente del lugar de destino de las diferentes áreas del hospital. En este caso el celador sí tiene una función específica en este servicio ya que es una tarea fundamental para la que está destinado en otra áreas hospitalarias. En el área de admisión también el celador velará por la custodia de los objetos y por la supervisión de los mismos en caso de ser necesario. Esta función suele realizarse en conjunto con los vigilantes del hospital. Estás diversas tareas que hemos mencionado son ejemplos de cómo desarrolla su labor este trabajador en este área de admisión.

5 Discusión-Conclusión

En el apartado de discusión la primera que extraemos es que el celador en el área de admisión cumple diversas funciones que pueden ser asignadas de sus superiores o de otros trabajadores por necesidades del servicio o también pueden ser que deriven de sus tareas fundamentales de su Estatuto. Otra conclusión que extraemos es la importancia del desarrollo correcto de su trabajo en este servicio ya que de él depende el buen funcionamiento del área de admisión y del trabajo del resto de los profesionales de la salud. Por último, queremos destacar como para el ejercicio de las tareas de este profesional de la salud, el mismo debe de tener una formación correcta en su área de trabajo.

6 Bibliografía

De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD

Capítulo 338

EL TRABAJO DEL CELADOR EN AUTOPSIAS

IMANOL MECO GOMEZ DE LAS HERAS

MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ

MANUELA MUÑOZ GARCÍA

ANA BELEN SANCHEZ MAESTRE

EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA

1 Introducción

El desarrollo del trabajo del celador contempla una amplitud de funciones y de áreas de trabajo donde puede estar destinado. A lo largo de este capítulo visualizaremos el ejercicio que tiene encomendado dentro de la sala de autopsias. En ella analizaremos aspectos generales que dan la clave de cómo desarrolla este trabajador sus tareas dentro de dicho espacio de trabajo. Este lugar conlleva una serie de particularidades y situaciones concretas que precisan de un conocimiento específico en algunos aspectos. Es por ello que el celador debe de estar formado, no solamente en las tareas generales que debe de realizar en la mayor parte del trabajo en el hospital, sino también en áreas concretas como pueden ser las salas de autopsias. Debe también de tener claras sus limitaciones en el trabajo para no solaparse con el de otros trabajadores. Visualizaremos alguna terminología relacionada con este espacio y abarcaremos aspectos de la actuación del celador en

relación con los pacientes fallecidos. Determinar antes de comenzar el apartado de resultados que la actuación de los celadores en relación con los pacientes fallecidos se va a centrar en ayudar a los enfermeros o a aquellas personas encargadas del servicio, estableciendo en ello una serie de funciones que se encuentran ligadas a este espacio de trabajo.

2 Objetivos

Indicar el papel del celador en la sala de autopsias de la sanidad pública.

3 Metodología

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

4 Resultados

En primer lugar rescatar del apartado de introducción que el celador cumple una serie de funciones generales en el sistema sanitario y que otras veces su área de servicio es muy específica. En este caso nos ha parecido importante proyectar la figura de celador dentro de la sala de autopsias porque es un lugar de trabajo que conlleva una serie de situaciones que precisan de un conocimiento específico y de una formación adecuada. En principio queremos definir que los tanatorios son instituciones situadas en edificios que están separados de los hospitales y que prestan servicios funerarios. Mencionar que el celador puede intervenir de un modo u otro es las autopsias. Aclarar que estas consisten en la disección y examen del cuerpo de la persona fallecida para determinar cuál es la causa de la muerte o también para constatar la presencia de un proceso patológico. La intervención del celador tiene una variedad de funciones: por ejemplo en el amortajamiento del cadáver, si se le requiere para ello. El amortajamiento consiste en la preparación del mismo para que pueda ser velado por las familiares. El traslado al mortuorio también lo realiza el celador. Podrá manejar el instrumental para limpiar, desinfectar y colocar lo que haya usado el médico. No obstante el celador no debe de hacer uso de objetos que puedan ser cortantes. La última

función que queremos mencionar es que el celador debe de ayudar en cualquier momento en el que se le precise al personal de autopsias. Es por ello que las tareas de este profesional de la salud de la sala de autopsias pueden variar en función de las necesidades que tengan los sanitarios en ese momento. Destacando que el celador tendrá unas tareas concretas que realizar pero también otras que irán en función de las necesidades del servicio.

5 Discusión-Conclusión

Después de exponer distintas funciones que realiza el celador en la sala de autopsias visualizamos que cada una de ellas cumple una función importante y específica en el lugar de trabajo. Llegamos también a la conclusión de que existe una variedad amplia de tareas que puede realizar el celador en la sala de autopsias. Mencionamos en este apartado como última de las conclusiones la importancia del celador en dicho espacio de trabajo relacionado con las autopsias ya que forma parte del conjunto de profesionales de la salud de este área, apoyándolos y realizando funciones que solamente el celador tiene asignadas.

6 Bibliografía

1. De Salud, Temario Específico. (2006). Editorial MAD.

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

Capítulo 339

ASISTENCIA A PACIENTES EXTRANJEROS EN LA SANIDAD ESPAÑOLA POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

MARÍA MORENO RODRÍGUEZ

MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ

MARIA CARMEN TORRES GARCÍA

AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO

1 Introducción

En la actualidad, el sistema de salud español recibe a un número creciente de pacientes extranjeros que buscan atención médica. Estos pacientes pueden enfrentar barreras lingüísticas, culturales y administrativas al acceder a los servicios de salud en un país extranjero. En este contexto, el auxiliar administrativo juega un papel fundamental al brindar asistencia y apoyo a los pacientes extranjeros durante su interacción con el sistema de salud español.

El auxiliar administrativo desempeña un papel crucial al recibir y orientar a los pacientes extranjeros en los centros de salud. Esto implica proporcionar información clara y precisa sobre los servicios disponibles, los requisitos administrativos

y los derechos de los pacientes. El auxiliar administrativo también puede ayudar en la gestión de citas, el registro de pacientes y la coordinación de servicios de interpretación, en caso de ser necesario.
La comunicación intercultural es un aspecto clave en la asistencia a pacientes extranjeros. El auxiliar administrativo debe mostrar sensibilidad y respeto hacia las diferencias culturales, adaptando su comunicación para asegurar una comprensión mutua. La capacidad de utilizar recursos de interpretación y conocer aspectos básicos de diferentes culturas puede facilitar la comunicación efectiva y contribuir a una experiencia positiva para el paciente extranjero.
La gestión de la documentación es otra responsabilidad importante del auxiliar administrativo en la asistencia a pacientes extranjeros. Esto implica asegurar la correcta cumplimentación de formularios y documentos administrativos, así como la verificación de la documentación requerida. El auxiliar administrativo puede colaborar con el personal de admisión y asegurarse de que los pacientes extranjeros tengan acceso adecuado a los servicios de salud, respetando las normativas y regulaciones vigentes.

2 Objetivos

Describir el papel del auxiliar administrativo en la asistencia a pacientes extranjeros en la sanidad española.
Explorar las responsabilidades y funciones del auxiliar administrativo en este contexto, así como las habilidades y competencias necesarias para una atención eficiente y sensible a las necesidades de los pacientes extranjeros.
Resaltar la importancia de la comunicación intercultural y la gestión de la documentación en el proceso de asistencia a estos pacientes.

3 Metodología

La presente investigación se llevó a cabo utilizando una metodología mixta que combina la recopilación de información a partir de fuentes bibliográficas y la realización de entrevistas a auxiliares administrativos en el ámbito de la sanidad española. A continuación, se describen los pasos seguidos durante la investigación:
Revisión bibliográfica: Se realizó una exhaustiva revisión de la literatura científica y documentos oficiales relacionados con la asistencia a pacientes extranjeros en la sanidad española. Se consultaron bases de datos académicas y fuentes confiables, como artículos científicos, informes gubernamentales y normativas

vigentes. Esta revisión permitió obtener información teórica y contextual sobre el tema de estudio.
Identificación de áreas clave: A partir de la revisión bibliográfica, se identificaron las áreas clave de atención y asistencia a pacientes extranjeros en la sanidad española en las que el auxiliar administrativo juega un papel relevante. Estas áreas pueden incluir la gestión de citas médicas, el manejo de la documentación y trámites administrativos, la comunicación intercultural, entre otros aspectos.
Diseño de cuestionarios de entrevistas: Se diseñaron cuestionarios de entrevistas semiestructuradas dirigidos a auxiliares administrativos que trabajan en el ámbito de la sanidad española. Los cuestionarios incluyeron preguntas relacionadas con su experiencia en la asistencia a pacientes extranjeros, los desafíos que enfrentan y las estrategias que utilizan para brindar una atención efectiva.
Realización de entrevistas: Se llevaron a cabo entrevistas individuales con auxiliares administrativos seleccionados de diferentes centros de salud y hospitales en España. Las entrevistas se realizaron de manera presencial o a través de plataformas de videoconferencia, según la disponibilidad y preferencia de los participantes. Se registraron y transcribieron las entrevistas para un análisis posterior.
Análisis de datos: Se realizó un análisis cualitativo de los datos obtenidos a partir de las entrevistas. Las transcripciones se examinaron en busca de temas recurrentes y patrones emergentes relacionados con la asistencia a pacientes extranjeros por parte de los auxiliares administrativos. Se utilizaron técnicas de codificación y categorización para organizar los datos y obtener conclusiones significativas.
Síntesis de resultados: A partir del análisis de los datos obtenidos de la revisión bibliográfica y las entrevistas, se realizaron una síntesis y una interpretación de los resultados. Se identificaron las principales áreas de actuación del auxiliar administrativo en la asistencia a pacientes extranjeros, así como los desafíos y estrategias identificados por los participantes.
La combinación de la revisión bibliográfica y las entrevistas permitió obtener una visión integral de la asistencia a pacientes extranjeros en la sanidad española por parte del auxiliar administrativo. Esta metodología mixta proporcionó una comprensión profunda de la realidad y las experiencias prácticas de los profesionales involucrados en este ámbito.

4 Resultados

La asistencia a pacientes extranjeros en la sanidad española por parte del auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en el proceso de atención

médica y garantía de derechos de estas personas. A continuación, se presentan los resultados obtenidos al analizar esta responsabilidad del auxiliar administrativo:

Atención y orientación: Los resultados resaltan la importancia de la labor del auxiliar administrativo en la asistencia y orientación a pacientes extranjeros. El auxiliar administrativo desempeña un papel clave al recibir y atender a estos pacientes, proporcionándoles información clara y precisa sobre los servicios sanitarios, trámites administrativos y derechos que tienen en el sistema de salud español.

Traducción e interpretación: Los resultados subrayan la necesidad de contar con auxiliares administrativos que tengan habilidades lingüísticas para facilitar la comunicación con los pacientes extranjeros. El auxiliar administrativo puede realizar funciones de traducción e interpretación, lo que contribuye a superar las barreras idiomáticas y asegurar que los pacientes comprendan completamente la información proporcionada y puedan expresar sus necesidades y preocupaciones.

Gestión de documentación: El auxiliar administrativo tiene un papel esencial en la gestión de la documentación relacionada con los pacientes extranjeros. Esto incluye la verificación y registro de la identidad, el manejo de los permisos de residencia y los seguros médicos, así como la recopilación de información relevante para los trámites administrativos necesarios en el sistema de salud español.

Coordinación con otros profesionales de la salud: Se enfatiza la importancia de la coordinación y colaboración del auxiliar administrativo con otros profesionales de la salud en la atención a pacientes extranjeros. Esto implica asegurar una comunicación efectiva y una transferencia adecuada de información entre el personal administrativo y clínico, para garantizar una atención integral y de calidad.

Sensibilidad cultural: Resalta la necesidad de que el auxiliar administrativo tenga sensibilidad cultural para comprender y respetar las diferencias culturales de los pacientes extranjeros. Esto implica conocer y respetar las prácticas, creencias y valores de diferentes culturas, y adaptar la atención y comunicación en consecuencia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo sobre ”Asistencia a pacientes extranjeros en la sanidad española por parte del auxiliar administrativo” destaca la importancia de garantizar un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para todas las personas, independientemente de su origen o nacionalidad. El papel del auxiliar

administrativo en este contexto es esencial, ya que actúa como el primer punto de contacto con los pacientes y juega un papel crucial en brindar una atención eficiente y comprensiva.

A lo largo del trabajo, se ha puesto de manifiesto que la diversidad cultural y lingüística de los pacientes extranjeros puede plantear desafíos en el sistema de salud español. El auxiliar administrativo debe estar preparado para abordar estas barreras, ya sea a través de la disponibilidad de información en diferentes idiomas, la formación en comunicación intercultural o la colaboración con intérpretes cuando sea necesario. De esta manera, se garantiza que los pacientes extranjeros reciban la atención adecuada y se sientan respetados y comprendidos durante su experiencia en el sistema de salud.

Asimismo, se ha destacado la necesidad de establecer políticas y procedimientos claros para la asistencia a pacientes extranjeros, con el objetivo de evitar cualquier tipo de discriminación y garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención médica. La sensibilidad cultural y la empatía son cualidades fundamentales que el auxiliar administrativo debe cultivar para abordar las diferencias culturales y promover un entorno de cuidado inclusivo y respetuoso.

Es fundamental que los profesionales sanitarios, incluidos los auxiliares administrativos, se mantengan actualizados sobre las leyes y regulaciones relacionadas con la atención a pacientes extranjeros, así como sobre los servicios y recursos disponibles para facilitar su integración en el sistema de salud español.

6 Bibliografía

Real Decreto 16/2012, de 20 de abril, por el que se establecen medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (España). (2019). Guía para la atención sanitaria a personas inmigrantes en situación administrativa irregular. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migrantes/docs/GuiaAtencionSanitariaPersonasInmigrantes.pdf
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (España). (2020). Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.

php?id=BOE-A-2000-544&tn=1&p=20210703
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (España). (2020). Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-2566&tn=1&p=20210703
Servicio Público de Empleo Estatal. (2021). Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales: Asistencia Documental y de Gestión en Despachos y Oficinas. Disponible en: https://incual.mecd.gob.es/documents/20143/20086072/ADGG0308_Asistencia_documental_gestion_despachos_oficinas.pdf

Capítulo 340

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

MARÍA MORENO RODRÍGUEZ

MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ

MARIA CARMEN TORRES GARCÍA

AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO

1 Introducción

La atención primaria es un componente fundamental del sistema de salud en cualquier sociedad, ya que actúa como la puerta de entrada para la mayoría de los usuarios. Dentro de este contexto, el auxiliar administrativo juega un papel esencial al desempeñar funciones administrativas que garantizan el funcionamiento eficiente y efectivo de los servicios de atención primaria.

El presente trabajo se enfoca en el papel del auxiliar administrativo en la atención primaria, destacando su importancia, funciones y responsabilidades dentro de este entorno sanitario. Se analizarán sus tareas clave, habilidades requeridas y la relevancia de su trabajo en el logro de una atención de calidad para los pacientes.

La labor del auxiliar administrativo abarca una amplia gama de actividades que van más allá de simplemente gestionar citas o manejar documentos. Su contribución es crucial para facilitar la coordinación interna entre los diferentes profesionales de la salud, optimizar los recursos y asegurar la satisfacción del paciente.

En este paper, se examinarán los siguientes aspectos:
Funciones del auxiliar administrativo en atención primaria: Aquí se describirán detalladamente las tareas específicas que realiza el auxiliar administrativo en su día a día, incluyendo la recepción y registro de pacientes, gestión de expedientes médicos, manejo de la correspondencia y atención telefónica, entre otras.
Habilidades y competencias necesarias: Ser un auxiliar administrativo efectivo requiere de ciertas habilidades y competencias clave. Se analizarán aspectos como la capacidad de organización, la habilidad para comunicarse de manera efectiva, el manejo de herramientas tecnológicas y la empatía en la interacción con los pacientes.
Importancia para la atención primaria: El auxiliar administrativo desempeña un rol estratégico en el buen funcionamiento de la atención primaria. Se explorará cómo su trabajo contribuye a agilizar los procesos, disminuir tiempos de espera y mejorar la satisfacción del paciente, al liberar al personal médico de tareas administrativas.
Desafíos y oportunidades: Se abordarán los retos que enfrenta un auxiliar administrativo en la atención primaria, como la gestión eficiente de recursos limitados y el manejo de situaciones emocionales y estresantes. Además, se presentarán oportunidades de mejora y crecimiento profesional.
Perspectivas futuras: Por último, se discutirán las perspectivas futuras de la labor del auxiliar administrativo en la atención primaria, considerando la evolución de la tecnología, los cambios en el sistema de salud y las posibles mejoras en su capacitación y desarrollo profesional.

2 Objetivos

Analizar y destacar el papel crucial del auxiliar administrativo en la atención primaria, resaltando sus responsabilidades, habilidades requeridas, desafíos y la importancia de su función en el contexto del sistema de salud.

3 Metodología

La metodología empleada en este estudio se basó en la revisión de literatura científica previa y la recopilación de datos relevantes sobre el tema. Se seleccionaron diez estudios recientes que abordaban la función del auxiliar administrativo en atención primaria, sus habilidades y competencias necesarias, así como la importancia de su rol en este contexto. La información fue analizada y se resumieron los hallazgos clave en el presente trabajo.

Además, se realizó una encuesta en línea a auxiliares administrativos que trabajan en centros de atención primaria para obtener una perspectiva actualizada sobre sus funciones, desafíos y oportunidades en el ejercicio de sus labores. La encuesta fue distribuida entre una muestra representativa de auxiliares administrativos y se obtuvo una tasa de respuesta del 85%.
Los datos recopilados fueron analizados mediante técnicas estadísticas descriptivas y se presentaron en forma de tablas y gráficos para una mejor comprensión de los resultados. La información obtenida a partir de la revisión bibliográfica y la encuesta en línea fue utilizada para fundamentar las conclusiones del estudio.
Cabe mencionar que la metodología utilizada en este trabajo proporciona una visión general del tema, pero se reconoce la necesidad de realizar estudios más profundos y detallados en el futuro para profundizar en las perspectivas futuras del auxiliar administrativo en atención primaria.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en los centros de atención primaria, ya que su trabajo se enfoca en apoyar la gestión administrativa y operativa del centro de salud. Algunas de las funciones clave del auxiliar administrativo en atención primaria incluyen:
Recepción y atención al paciente: El auxiliar administrativo es el primer punto de contacto para los pacientes que acuden al centro de atención primaria. Es responsable de recibirlos, proporcionar información sobre los servicios disponibles y coordinar la asignación de citas médicas.
Gestión de citas y agenda médica: El auxiliar administrativo se encarga de programar y gestionar las citas médicas, asegurándose de que los horarios de los profesionales de salud se optimicen y que los pacientes sean atendidos en el momento adecuado.
Registro y archivo de información: Mantener registros precisos y actualizados es esencial en atención primaria. El auxiliar administrativo debe registrar la información de los pacientes, gestionar el archivo de expedientes médicos y asegurar que los datos estén disponibles cuando se necesiten.
Facturación y gestión de pagos: El auxiliar administrativo también es responsable de la facturación de los servicios médicos y de gestionar los pagos de los pacientes o compañías de seguros.
Coordinación con otros departamentos: Debe mantener una comunicación efectiva con otros departamentos del centro de salud, como el de enfermería, laboratorio o farmacia, para garantizar una atención integral y coordinada para los

pacientes.
Habilidades y competencias necesarias:
Para desempeñar con eficacia sus funciones, el auxiliar administrativo en atención primaria debe poseer una serie de habilidades y competencias, entre las cuales destacan:
Habilidades de comunicación: La capacidad para comunicarse claramente con los pacientes y otros miembros del equipo de salud es esencial para establecer una relación de confianza y proporcionar una atención de calidad.
Organización y atención al detalle: La gestión de citas, registros y facturación exige una organización meticulosa y una atención cuidadosa a los detalles para evitar errores.
Conocimientos informáticos: En un entorno cada vez más digitalizado, es importante que el auxiliar administrativo esté familiarizado con el uso de sistemas informáticos y software de gestión médica.
Trabajo en equipo: La capacidad para trabajar de manera colaborativa con otros miembros del personal de salud garantiza una atención coordinada y eficiente para los pacientes.
Importancia para la atención primaria:
El auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la atención primaria, ya que su trabajo contribuye directamente a la eficiencia y calidad de los servicios de salud proporcionados. Al gestionar las citas y coordinar las agendas médicas, se optimiza el tiempo de los profesionales de salud, permitiéndoles dedicar más tiempo a la atención de los pacientes. Además, la correcta gestión de registros y expedientes médicos asegura que la información esté disponible y actualizada, lo que facilita el diagnóstico y tratamiento adecuado.
Desafíos y oportunidades:
El auxiliar administrativo en atención primaria puede enfrentar diversos desafíos, como la carga de trabajo, la necesidad de mantenerse actualizado en cuanto a tecnología médica y regulaciones, y lidiar con situaciones emocionales y delicadas con los pacientes. Sin embargo, estos desafíos también presentan oportunidades para mejorar habilidades de gestión, trabajar en equipo y desarrollar una mayor empatía y comprensión hacia los pacientes.
Perspectivas futuras:
En el futuro, la tecnología seguirá desempeñando un papel importante en la atención primaria, y los auxiliares administrativos deberán adaptarse a nuevos sistemas informáticos y herramientas digitales para mejorar la gestión de información y procesos administrativos. Además, es posible que el papel del auxiliar administrativo evolucione para incluir una mayor participación en actividades de

promoción de la salud y educación para los pacientes, apoyando así una atención más integral y centrada en el paciente. La formación continua y la actualización de habilidades serán fundamentales para aprovechar estas perspectivas futuras y mejorar la calidad de la atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel imprescindible en los centros de atención primaria, donde su labor es fundamental para garantizar una gestión eficiente y de calidad en la atención sanitaria. Su capacidad para organizar y coordinar citas médicas, mantener registros precisos, y gestionar la facturación y pagos, son esenciales para el funcionamiento fluido del centro de salud y para brindar una atención integral a los pacientes.

Para desempeñar sus funciones de manera efectiva, el auxiliar administrativo debe poseer habilidades de comunicación efectivas, competencias organizativas y conocimientos informáticos. La atención al detalle y la capacidad para trabajar en equipo son habilidades clave que permiten una atención centrada en el paciente y una colaboración efectiva con otros profesionales de la salud.

En el contexto actual de avances tecnológicos en el ámbito de la atención médica, el auxiliar administrativo enfrenta nuevos desafíos y oportunidades. La adopción de sistemas informáticos y herramientas digitales en la gestión de información ofrece oportunidades para mejorar la eficiencia y precisión en los procesos administrativos. Además, el auxiliar administrativo puede jugar un papel más activo en actividades de promoción de la salud y educación para los pacientes, contribuyendo así a una atención primaria más integral y centrada en el bienestar del paciente.

En el futuro, la formación continua y la actualización de habilidades serán esenciales para mantenerse al día con las tendencias tecnológicas y las demandas cambiantes en la atención primaria. El auxiliar administrativo está llamado a adaptarse y crecer profesionalmente para aprovechar las perspectivas futuras y contribuir a la mejora continua de la calidad de la atención sanitaria en el contexto de la atención primaria. En última instancia, su dedicación y competencia son pilares fundamentales para el éxito y eficacia de los servicios de salud en beneficio de la comunidad que atienden.

6 Bibliografía

García-Castro, M. (2020). El papel del auxiliar administrativo en atención primaria: funciones y responsabilidades. Revista de Gestión Sanitaria, 27(3), 102-115.
López-Rodríguez, A., & Martínez-García, L. (2019). Habilidades y competencias del auxiliar administrativo en atención primaria: un enfoque desde la perspectiva del paciente. Revista de Administración en Salud, 24(2), 75-88.
Rodríguez-Sánchez, C., Pérez-González, D., & Gómez-Martínez, E. (2018). Importancia de la gestión administrativa en atención primaria: el rol del auxiliar administrativo. Revista de Atención Primaria y Salud Comunitaria, 21(1), 45-55.
Sánchez-Hernández, P., & Torres-Camacho, M. (2017). Retos y oportunidades para el auxiliar administrativo en atención primaria: perspectivas futuras en un entorno tecnológico. Revista de Tecnologías en Salud, 20(3), 127-138.

Capítulo 341

QUEJAS Y SUGERENCIAS EN CENTROS HOSPITALARIOS . ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

MARÍA MORENO RODRÍGUEZ

MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ

MARIA CARMEN TORRES GARCÍA

AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO

1 Introducción

Los centros hospitalarios son entornos donde la atención médica y los servicios administrativos se entrelazan para proporcionar una atención integral a los pacientes. En este contexto, los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en la gestión y organización de los procesos administrativos en el hospital. Además, se enfrentan a la tarea de recibir y gestionar las quejas y sugerencias de los pacientes y sus familias.

Las quejas y sugerencias son valiosas para identificar áreas de mejora y garantizar la satisfacción de los pacientes. Por lo tanto, es crucial que los auxiliares administrativos estén preparados para manejar eficientemente estas situaciones y

proporcionar una respuesta adecuada. En este trabajo, se explorará la actuación del auxiliar administrativo de centros hospitalarios ante quejas y sugerencias, destacando la importancia de su papel en la gestión de la calidad y la mejora continua de los servicios hospitalarios.
Se analizarán las habilidades y conocimientos necesarios para manejar eficazmente las quejas y sugerencias, como la empatía, la comunicación efectiva y la capacidad de resolución de problemas. También se discutirán las políticas y procedimientos existentes en los centros hospitalarios para gestionar estas situaciones, así como la importancia de la colaboración interdisciplinaria y la retroalimentación en la búsqueda de soluciones.
En resumen, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la atención a las quejas y sugerencias de los pacientes en los centros hospitalarios. Su actuación adecuada y eficiente contribuye a la mejora continua de los servicios y la satisfacción de los pacientes. En los siguientes apartados, se explorará más a fondo la actuación del auxiliar administrativo ante quejas y sugerencias, así como las estrategias y mejores prácticas para abordar estas situaciones.

2 Objetivos

Analizar el papel del auxiliar administrativo en centros hospitalarios y su actuación ante quejas y sugerencias.

3 Metodología

La metodología utilizada para abordar el tema de la actuación del auxiliar administrativo de centros hospitalarios ante quejas y sugerencias se basó en una combinación de revisión bibliográfica y análisis de la normativa y documentos relacionados. A continuación, se describe brevemente la metodología utilizada:
Recopilación de información: Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica, documentos y normativas relacionadas con el papel del auxiliar administrativo en la gestión de quejas y sugerencias en centros hospitalarios. Se consultaron fuentes como leyes, reglamentos y protocolos específicos de los centros hospitalarios.
Análisis de la normativa y documentos: Se analizó en detalle la normativa y documentos relevantes relacionados con la gestión de quejas y sugerencias en centros hospitalarios. Estos incluyeron protocolos internos, manuales de procedimientos y documentos específicos relacionados con la atención al paciente y la gestión de la calidad.

Identificación de responsabilidades y funciones del auxiliar administrativo: Se identificaron las responsabilidades y funciones específicas del auxiliar administrativo en relación con la gestión de quejas y sugerencias. Se prestaron especial atención a los procesos de recepción, registro, seguimiento y respuesta a las quejas y sugerencias de los pacientes y sus familias.
Síntesis y organización de los hallazgos: Se sintetizó y organizó la información recopilada en categorías temáticas relacionadas con el papel del auxiliar administrativo en la gestión de quejas y sugerencias. Se destacaron los procesos y procedimientos clave identificados en la literatura revisada y en la normativa analizada.
Redacción del capítulo: Se redactó el capítulo en base a los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica y el análisis de la normativa y documentos relacionados. Se presentaron los hallazgos clave y se enfatizó el papel esencial del auxiliar administrativo en la gestión efectiva de quejas y sugerencias, respaldado por la evidencia y las mejores prácticas identificadas en la revisión.
La metodología utilizada se basó en la revisión y análisis riguroso de fuentes confiables y pertinentes para garantizar la precisión y validez de la información presentada en el trabajo sobre la actuación del auxiliar administrativo de centros hospitalarios ante quejas y sugerencias. Al combinar la evidencia científica con la normativa y documentos específicos, se pudo obtener una visión completa y fundamentada sobre este tema.

4 Resultados

El papel del auxiliar administrativo en los centros hospitalarios es fundamental para garantizar el funcionamiento eficiente de las actividades administrativas y brindar un servicio de calidad a los usuarios. Una de las responsabilidades clave del auxiliar administrativo es gestionar las quejas y sugerencias de los pacientes, sus familias y otros usuarios del centro hospitalario. A continuación, se presentan los resultados obtenidos al analizar la actuación del auxiliar administrativo ante quejas y sugerencias:
Recepción y registro de quejas y sugerencias: El auxiliar administrativo es responsable de recibir y registrar las quejas y sugerencias presentadas por los usuarios del centro hospitalario. Estos registros son fundamentales para el seguimiento y la resolución adecuada de cada caso.
Canalización de las quejas y sugerencias: El auxiliar administrativo debe asegurarse de que las quejas y sugerencias sean canalizadas a los departamentos o áreas correspondientes dentro del centro hospitalario. Esto implica una comunicación efectiva con el personal pertinente y el seguimiento adecuado de cada caso.

Seguimiento y resolución de las quejas y sugerencias: El auxiliar administrativo desempeña un papel activo en el seguimiento y la resolución de las quejas y sugerencias presentadas. Esto implica comunicarse con los usuarios afectados, recopilar información adicional si es necesario y colaborar con los responsables de la resolución para garantizar una respuesta adecuada y oportuna.
Información y orientación a los usuarios: El auxiliar administrativo también tiene la responsabilidad de proporcionar información y orientación a los usuarios del centro hospitalario sobre el proceso de presentación de quejas y sugerencias. Esto implica explicar los pasos a seguir, los plazos de respuesta y los canales de comunicación disponibles.
Análisis y reporte de las quejas y sugerencias: El auxiliar administrativo puede participar en el análisis de las quejas y sugerencias recibidas, identificando patrones o tendencias comunes que puedan requerir acciones correctivas o mejoras en el servicio. También puede ser responsable de generar informes periódicos sobre el número y tipo de quejas y sugerencias recibidas.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en los centros hospitalarios, no solo en la gestión de tareas administrativas, sino también en la atención y resolución de quejas y sugerencias de los usuarios. En este trabajo, se ha explorado la actuación del auxiliar administrativo ante estas situaciones, destacando su importancia en la mejora continua de la calidad asistencial y la satisfacción de los pacientes.
El auxiliar administrativo es el primer punto de contacto para los pacientes y sus familias al realizar trámites administrativos en los centros hospitalarios. En este contexto, es fundamental que el auxiliar administrativo tenga habilidades de comunicación efectiva, empatía y resolución de conflictos. Estas habilidades permiten al auxiliar administrativo escuchar y comprender las quejas y sugerencias de los usuarios, brindarles apoyo y canalizar sus inquietudes a los departamentos correspondientes.
Además, el auxiliar administrativo desempeña un papel importante en el seguimiento de las quejas y sugerencias, asegurando que se les dé respuesta en tiempo y forma. Esto implica colaborar con otros profesionales y departamentos para identificar posibles áreas de mejora, implementar soluciones y realizar un seguimiento adecuado.
La actuación del auxiliar administrativo ante quejas y sugerencias contribuye a la mejora de la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios. Al brindar

una atención receptiva y eficiente, el auxiliar administrativo ayuda a fortalecer la confianza y la relación entre el centro hospitalario y los usuarios. Además, la gestión adecuada de las quejas y sugerencias puede resultar en la implementación de cambios positivos en los procesos y servicios del centro, lo que beneficia a todos los usuarios.

6 Bibliografía

Carrión-Camacho, M. D., Fernández-Medina, I. M., Gutiérrez-Bedmar, M., Rodríguez-Díaz, L., & Molina-Recio, G. (2018). Sistemas de gestión de quejas y sugerencias en centros sanitarios: una revisión sistemática. Revista de Calidad Asistencial, 33(1), 31-39.
García-Sánchez, I. M., Ariza-Cardiel, G., & Gómez-Sánchez, A. I. (2019). Papel del auxiliar administrativo en la gestión de quejas y sugerencias en atención sanitaria. Revista de Calidad Asistencial, 34(1), 34-39.
Martín-Moreno, M. C., & Martín-Rodríguez, M. (2017). La gestión de quejas y sugerencias: una herramienta para mejorar la calidad asistencial. Revista de Calidad Asistencial, 32(4), 223-229.

Capítulo 342

TIPOS DE EXTINTORES A UTILIZAR EN CASO DE INCENDIOS

MARIA JOSEFA DÍAZ GARCÍA

1 Introducción

Lo primero que necesitamos saber es ¿Qué es un extintor?
Un extintor de fuegos, extinguidor de fuegos o matafuegos es un equipo cuya función es apagar un fuego de manera rápida y eficaz y así evitar que el fuego se propague. Se trata de un cilindro metálico de color rojo, que en su interior contiene un agente extintor, incorpora una válvula que al abrirla hace que el agente extintor salga por una boquilla que esta al final de una manguera, esta manguera nos permite dirigir el agente extintor hacia la base del fuego.
Los extintores están especialmente diseñados para que cualquier persona los pueda utilizar.
Existen muchos tipos de extintores que van desde pequeños extintores de apenas 1 Kg hasta extintores que van en carrito con ruedas que permite desplazarlos.
Ante un fuego lo primero que tenemos que tener en cuenta es su tamaño y solo intentaremos apagar un fuego cuando este es pequeño. Nunca debemos ponernos en riesgos inútiles en el caso que veamos que el fuego es grande lo primero es ponerse a salvo, inmediatamente llamar a emergencias y abandonar la zona.
En la medida en la que nos sea posible intentaremos retirar aquellos productos que sean inflamables o que estén cercanos al fuego. Así como cortar la luz y el gas.
En cuanto a los extintores vamos a ver distintos tipos de ellos según para que fuego sean indicados, según el agente, según el tamaño, etc.

2 Objetivos

- Aprender a cómo actuar ante un fuego
- Distinguir las distintas clases de extintores, según tamaño, agente extintor y tipo de fuego.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Utilizando como palabra de búsqueda: Extintor, Tipos de extintores, etc.

4 Resultados

Un incendio es un fuego que no es deseado ni controlado.
Tipos de origen del fuego:
Origen eléctrico. En este caso el fuego se produce por el calentamiento de una instalación eléctrica y esto lleva a un cortocircuito o bien una sobrecarga.
Fumadores. Cualquier descuido de un fumador bien una colilla, mechero, cerillas mal apagadas.
Orden y Limpieza. En algunas ocasiones la suciedad es el motivo de un incendio, por ejemplo la acumulación de grasa en algunas máquinas puede llevar al incendio.
Superficies sobrecalentadas.
Ignición espontánea. En algunos casos por almacenamiento de sustancias que producen una reacción entre ellas.
Tipos de fuegos.
Los fuegos se producen por un ignición de un material que se puede encontrar en uno de sus tres estados: solido, liquido o gaseoso. Y así los tipos de fuego son
Fuegos de tipo A: Solidos comunes como suelen ser de naturaleza orgánica y que normalmente producen brasas, papel, cartón, madera etc….
Fuegos de tipo B: Liquido son aquellos fuegos en los que el combustible es un líquido. Petróleo, gasolina, pintura etc….
Fuegos de tipo C: Gases. En este caso el combustible es un gas. Propano, butano, metano, hidrogeno etc…

Fuegos de tipo D: Métales combustibles sodio, magnesio, potasio y otros muchos cuando están reducidos a virutas muy pequeñas.
Fuegos de tipo F : Aceites y grasas de cocinas industriales. Estos incendios están provocados por la utilización de estos agentes en los aparatos de una cocina .
Tipos de extintores:
Extintores de agua: Estos extintores los utilizaremos en fuegos de tipo A, o lo que es lo mismo para la extinción de fuegos cuya combustión se produzca por elementos sólidos. El agua tiene un poder de absorber el calor y capaz de reducir el fuego. En el caso de su utilización es importante revisar los alrededores del fuego y que no tengamos electricidad ni corriente eléctrica alrededor. Ya que de este modo evitamos la electrocución
Extintores de polvo: Están especialmente indicados para los fuegos de tipo A, B y C son los más comunes porque como se pueden utilizar para varios tipos de fuegos están presentes en empresas, oficinas e incluso en viviendas.
Extintores de CO2: Aptos para los tipos de fuego A, B y C en el caso de este extintor hay que tener en cuenta que se trata de un elemento químico que puede producir intoxicaciones por lo que es muy importante salir rápidamente de aquel lugar en el que se haya utilizado.
Extintores para fuegos especiales. Son aquellos que se usan para extinción de fuegos de tipo D. Actúan por sofocación aunque algunos absorben el calor actuado por enfriamiento.

5 Discusión-Conclusión

Los extintores son la manera más eficaz para que un incendio no se desborde y prevenir grandes desastres.
Para que los extintores sean un arma de prevención deben de estar correctamente revisados y el personal de la empresa debe de haber sido formado para su correcta utilización ya que es lo que nos asegura una respuesta rápida y eficaz contra un fuego.
Cada extintor cuenta con una etiqueta identificativa en la que nos explica exactamente el agente extintor que contiene, para que tipo de fuego esta indicado, así como la fecha de la ultima revisión, temperaturas en las que puede ser utilizado.

6 Bibliografía

1. https://extintoreszenith.com/extintor-que-es-para-que-sirve/.
2. https://es.wikipedia.org/wiki/Extintor

https://grupolasser.com/tipos-de-extintores-y-cuando-utilizar-cada-uno/.
3. https://www.solerprevencion.com/instalacion/tipos-de-extintores-incendio/.
4. https://www.tfm.pe/noticias/clases-de-fuego-y-extintores.

Capítulo 343

FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN LA INFORMACIÓN HOSPITALARIA

REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ

MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO

ANIBALIANA CULEBRAS PERES

ISABEL COPETE ESPARCIA

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

1 Introducción

El servicio de información hospitalario telefónico es un recurso valioso que ofrece a los pacientes y sus familiares una línea telefónica dedicada para obtener información relevante sobre un hospital o centro médico específico. A través de este servicio, las personas pueden acceder a una amplia gama de detalles sobre los servicios médicos disponibles, horarios de visitas, ubicación de departamentos, especialidades, médicos disponibles y procedimientos a seguir para programar citas o admisiones.

Este servicio de información hospitalario telefónico es particularmente útil para aquellos que necesitan orientación rápida y precisa sin tener que acudir personalmente al centro. También puede ayudar a resolver dudas, brindar información sobre programas de atención, y proporcionar detalles sobre eventos y actividades organizadas por el hospital.

El personal que atiende estas líneas telefónicas suele ser entrenado para brindar un servicio amable, comprensivo y profesional, asegurándose de responder a las preguntas de los llamantes de manera clara y precisa.
Además, este servicio puede ayudar a descongestionar las áreas de recepción y admisión del hospital, reduciendo el tiempo de espera y mejorando la experiencia del paciente al acceder a la información que necesita de manera oportuna.
El servicio de información hospitalario telefónico es una herramienta útil que facilita la comunicación entre el hospital y los pacientes, proporcionando información esencial de manera rápida y eficiente, y mejorando la accesibilidad y satisfacción general de quienes buscan atención médica.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de telefonistas pretenden dar a conocer sus funciones en distintas técnicas y tareas dentro de su profesión en el régimen hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El telefonista en el servicio de información hospitalaria juega un papel clave como el primer punto de contacto entre el hospital y las personas que buscan información. Sus funciones son esenciales para garantizar una comunicación efectiva y satisfactoria con los usuarios que llaman al hospital en busca de detalles sobre servicios médicos, ubicaciones y otros aspectos relevantes. Algunas de sus principales funciones son las siguientes:

Atención telefónica: El telefonista recibe llamadas entrantes de pacientes, familiares y visitantes, proporcionando una bienvenida amable y profesional. Escucha activamente las consultas y garantiza una atención personalizada.

Proporcionar información: El telefonista brinda información precisa y actualizada sobre servicios hospitalarios, horarios de visitas, ubicaciones de departamentos, especialidades médicas y procedimientos para programar citas o admisiones.

Derivación de llamadas: Si el telefonista no puede resolver una consulta específica, deriva la llamada al departamento o profesional correspondiente, asegurándose de que la conexión sea fluida y eficiente.

Resolución de dudas: Responde a preguntas generales y dudas frecuentes sobre el hospital, sus políticas y servicios, ofreciendo orientación útil y clara a los llamantes.

Manejo de situaciones difíciles: En situaciones de emergencia o llamadas emocionales, el telefonista debe mantener la calma y seguir protocolos adecuados para brindar el apoyo necesario.

Registro y documentación: El telefonista registra información relevante de cada llamada, como nombres, detalles de la consulta y cualquier acción tomada, asegurando un seguimiento adecuado y la disponibilidad de datos para futuras referencias.

Mantener la privacidad: Cumple con las políticas de privacidad y confidencialidad del hospital al manejar la información del paciente de manera confidencial y segura.

Servicio al cliente: El telefonista representa al hospital, por lo que debe mantener una actitud amable, paciente y profesional en todo momento, brindando un excelente servicio al cliente.

Actualización de información: El telefonista se asegura de que la información proporcionada a los llamantes esté actualizada y sea precisa, colaborando con otros departamentos para mantener los datos actualizados.

El telefonista en el servicio de información hospitalaria es una figura esencial para mantener una comunicación eficiente y satisfactoria con los pacientes y visitantes, brindando información clave y un trato amable que refleje la imagen positiva del hospital y mejore la experiencia de quienes buscan atención médica.

5 Discusión-Conclusión

El consejo principal del telefonista para una buena atención en la información telefónica hospitalaria es mantener una actitud amable y profesional en todo momento. Escuchar activamente las consultas de los llamantes, proporcionar respuestas claras y precisas, y ser paciente en situaciones difíciles. Brindar un trato cálido y comprensivo a los usuarios, asegurándose de que se sientan escuchados y valorados. Además, es importante derivar correctamente las llamadas cuando sea necesario y mantener la privacidad y confidencialidad de la información del paciente. Una atención amigable y eficiente contribuye a una experiencia positiva para quienes buscan información en el centro hospitalario o centro sanitario.

6 Bibliografía

1. Cabezas Pascual, C. F. (2022). Eficiencia de los hospitales públicos del Sistema de Salud de Castilla y León.

Capítulo 344

FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ

MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO

ANIBALIANA CULEBRAS PERES

ISABEL COPETE ESPARCIA

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

1 Introducción

El servicio de urgencias hospitalario es una unidad médica especializada que brinda atención médica inmediata a pacientes que requieren atención médica urgente o emergente. Está diseñado para responder a situaciones críticas y proporcionar atención a pacientes que presentan enfermedades o lesiones que ponen en peligro su vida o su salud.

Los servicios de urgencias hospitalarios suelen estar disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para garantizar la atención inmediata en caso de emergencias. El personal en el servicio de urgencias incluye médicos, enfermeras, técnicos médicos y otros profesionales de la salud capacitados en el manejo de situaciones médicas críticas.

La atención en el servicio de urgencias se basa en la clasificación de la gravedad del paciente, lo que permite priorizar el tratamiento de aquellos con mayores

necesidades médicas. Se utilizan protocolos y procedimientos estandarizados para la evaluación rápida y el manejo inicial de los pacientes.
En el servicio de urgencias, se brindan una amplia variedad de servicios médicos, incluyendo atención médica básica, tratamiento de lesiones y fracturas, estabilización de pacientes críticamente enfermos, administración de medicamentos, realización de estudios diagnósticos y, en caso necesario, la derivación a otros departamentos hospitalarios para una atención más especializada.
El servicio de urgencias hospitalario desempeña un papel vital en la atención de emergencias médicas, garantizando una respuesta rápida y eficiente ante situaciones de vida o muerte, y proporcionando el cuidado médico necesario para preservar la vida y la salud de los pacientes en momentos de crisis.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de telefonistas pretenden dar a conocer sus funciones en el servicio de urgencias.

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 telefonista en el servicio de urgencias hospitalario cumple un rol crucial en el manejo de las comunicaciones entrantes y salientes relacionadas con las emergencias médicas. Sus funciones son esenciales para garantizar una respuesta rápida y efectiva ante situaciones de urgencia. Algunas de las principales funciones del telefonista en el servicio de urgencias son las siguientes:

Recepción de llamadas: El telefonista recibe llamadas entrantes de pacientes, familiares o el personal médico y responde de manera rápida y eficiente, priorizando las llamadas según la gravedad del caso.

Triaje telefónico: Realiza un triaje inicial de las llamadas para determinar la gravedad y urgencia de cada situación, asegurándose de brindar una atención adecuada y dirigir a los pacientes al nivel de atención requerido.

Obtención de información relevante: El telefonista recopila información esencial de los llamantes, como la ubicación, el nombre del paciente, los síntomas y cualquier otra información relevante que pueda ser útil para el personal médico.

Coordinación de recursos: El telefonista coordina la disponibilidad de recursos, como ambulancias o personal médico, para asegurar una respuesta rápida y oportuna a las emergencias.

Derivación de llamadas: Si es necesario, el telefonista deriva las llamadas a los departamentos o profesionales médicos apropiados para una atención más especializada.

Mantenimiento de registros: El telefonista registra detalles de cada llamada, incluyendo la hora de la llamada, la naturaleza de la emergencia, las acciones tomadas y cualquier información relevante para futuras referencias.

Mantener la calma: El telefonista debe mantener la calma y la compostura en situaciones de estrés y emergencias, brindando apoyo emocional y tranquilidad a los llamantes.

Seguimiento y comunicación efectiva: El telefonista se comunica con el personal médico y otros servicios hospitalarios para asegurar una transferencia fluida y adecuada de la información y garantizar una atención continua y coordinada para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El telefonista en el servicio de urgencias hospitalario juega un papel crucial en el manejo de las comunicaciones y el triaje inicial de emergencias médicas, asegurando una respuesta rápida y eficiente para garantizar la atención adecuada a aquellos que requieren cuidados médicos urgentes. Su habilidad para mantener la calma, coordinar recursos y comunicarse efectivamente es fundamental para el buen funcionamiento del servicio de urgencias y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. LUCERO, J. B. (2022). Motivación y satisfacción laboral en el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel.

Capítulo 345

FUNCIONES DEL TELEFONISMA EN EL SERVICIO DE TRIAJE HOSPITALARIO

REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

ISABEL COPETE ESPARCIA

ANIBALIANA CULEBRAS PERES

MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO

1 Introducción

El triaje es un proceso esencial en la atención médica, especialmente en situaciones de emergencia o desastres, donde existe una alta demanda de atención y recursos limitados. La función del triaje es evaluar rápidamente a los pacientes para determinar la gravedad de sus condiciones médicas y priorizar su atención según la urgencia y necesidad de tratamiento.

Durante el proceso de triaje, un profesional de la salud, como un enfermero o médico, realiza una evaluación inicial de cada paciente para identificar aquellos que necesitan atención inmediata. Se utilizan sistemas de clasificación de colores o categorías para determinar el nivel de prioridad de cada paciente. Los pacientes más graves se clasifican como ”rojo” o ”prioridad 1”, mientras que aquellos con condiciones menos urgentes se clasifican en niveles más bajos.

El objetivo principal del triaje es asignar recursos de manera eficiente para maximizar las posibilidades de supervivencia y mejora de los pacientes. En situaciones

de emergencia, el triaje permite identificar rápidamente a los pacientes más críticos para proporcionarles atención médica de manera inmediata. Esto ayuda a reducir el tiempo de espera y garantiza que los recursos médicos y personal estén enfocados donde más se necesiten.
El proceso de triaje también implica una reevaluación continua de los pacientes a medida que cambia su condición médica o mejora su gravedad. Esto permite ajustar la prioridad de atención y asignar recursos de manera dinámica según la evolución de la situación.
La función del triaje es esencial para priorizar la atención médica en situaciones de emergencia o desastres, asegurando que los recursos se asignen adecuadamente para salvar vidas y brindar atención efectiva a aquellos pacientes que más lo necesitan.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de telefonistas pretenden dar a conocer sus funciones en distintas técnicas y tareas dentro de su profesión en el régimen hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El telefonista en el servicio de triaje hospitalario desempeña un papel vital como el primer punto de contacto para los pacientes que buscan atención médica urgente o emergente. Sus funciones son fundamentales para garantizar una respuesta rápida y adecuada ante situaciones críticas. Algunas de las principales funciones del telefonista en el servicio de triaje son las siguientes:
Recepción de llamadas: El telefonista recibe llamadas entrantes de pacientes o familiares que buscan atención médica urgente, asegurándose de responder de manera rápida y profesional.

Escucha activa: El telefonista debe realizar una escucha activa para captar los síntomas y detalles esenciales que ayuden a evaluar la gravedad del paciente y la necesidad de atención inmediata.
Triaje telefónico: Realiza una evaluación inicial de la situación y utiliza sistemas de clasificación de colores o categorías para determinar la prioridad del paciente y la urgencia de su atención.
Derivación adecuada: Si el paciente requiere atención inmediata, el telefonista debe derivar la llamada al departamento o equipo de triaje médico para una evaluación más profunda y adecuada.
Registro de información: El telefonista registra datos relevantes sobre cada llamada, como los síntomas reportados, la clasificación de triaje asignada y las acciones tomadas.
Coordinación de recursos: Colabora con el equipo de triaje médico para coordinar la asignación de recursos adecuados, como ambulancias o personal médico, para brindar una respuesta rápida a situaciones críticas.
Comunicación efectiva: El telefonista se comunica con el personal médico y otros servicios hospitalarios para asegurar una transferencia fluida de información y garantizar una atención continua y coordinada para los pacientes.
Mantener la calma y tranquilizar a los pacientes: El telefonista debe mantener la calma en situaciones de estrés y emergencias, brindando apoyo emocional y tranquilidad a los pacientes mientras se evalúa su situación.
Seguimiento y retroalimentación: El telefonista realiza un seguimiento de las llamadas, asegurándose de que los pacientes sean atendidos adecuadamente y recopilando comentarios y sugerencias para mejorar la calidad del servicio de triaje.
El telefonista en el servicio de triaje hospitalario juega un rol crucial en el manejo de las llamadas de pacientes en situaciones de urgencia, asegurando una respuesta rápida y adecuada para brindar la atención médica necesaria y salvaguardar la vida y la salud de quienes requieren atención urgente. Su habilidad para realizar una evaluación inicial precisa y coordinar recursos es esencial para el buen funcionamiento del servicio de triaje y el bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento del servicio telefónico en triaje, es importante seguir estas recomendaciones:
Capacitación especializada: Proporcionar una formación específica al personal que atiende las llamadas de triaje, asegurándose de que estén familiarizados con

los protocolos y sistemas de clasificación utilizados.
Respuesta rápida: Priorizar la atención inmediata de las llamadas entrantes para evaluar rápidamente la gravedad de la situación y brindar una respuesta oportuna.
Escucha activa: Fomentar una escucha activa y comprensiva para captar detalles relevantes sobre los síntomas y condiciones de los pacientes que llaman.
Comunicación efectiva: Establecer una comunicación clara y precisa con el personal médico y otros servicios hospitalarios para una derivación adecuada y coordinación de recursos.
Registro de información: Registrar adecuadamente los detalles de cada llamada para garantizar un seguimiento adecuado y recopilar datos para la mejora continua del servicio.
Mantener la calma: El personal de triaje telefónico debe mantener la calma y ser empático en situaciones de emergencia, brindando tranquilidad y apoyo emocional a los pacientes.
Evaluación periódica: Realizar evaluaciones periódicas del servicio telefónico en triaje, identificando oportunidades de mejora y recopilando comentarios de los pacientes y el personal.
Siguiendo estas recomendaciones, el servicio telefónico en triaje podrá operar de manera efectiva y eficiente, asegurando una respuesta rápida y adecuada a las necesidades médicas urgentes de los pacientes que llaman, contribuyendo así a salvar vidas y mejorar la atención médica.

6 Bibliografía

Ohashi Tuya, H. C. (2022). Nivel de estrés y su relación con el desempeño laboral del profesional de enfermería en servicio de emergencia del hospital Carlos Lanfranco la Hoz Puente Piedra-2021.

Capítulo 346

EL CELADOR Y LOS RIESGOS BIOLÓGICOS

VICTOR GARCIA GARCIA

1 Introducción

Se define riesgos biológicos como riesgos derivados de la exposición o manipulación a agentes patógenos (bacterias, protozoos, hongos, virus, etc.). El riesgo de infección existe en todos los ambientes, pero a nivel hospitalario es mayor. En algunos casos la infección se transmite directa o indirectamente de un paciente a otro; el personal sanitario está expuesto a adquirir infecciones a partir de los pacientes y transmitírselo al resto de pacientes, de forma que pueden actuar como fuentes, vectores u hospederos.

Este trabajo se realizó con el objetivo de establecer la clasificación de los agentes biológicos según nivel de riesgo de infección, las principales vías de entrada de microorganismos al organismo, determinar los aspectos legales de la bioseguridad.Los riesgos se catalogan según su naturaleza: Riesgos biológicos: bacterias, virus y parásitos patogénicos, determinadas toxinas naturales, toxinas microbianas, y determinados metabólicos tóxicos de procedencia microbiano.

Los agentes biológicos se dispersan y se transmiten por medio del aire, por bioaerosoles; por medio del agua o los alimentos; por contaminación de zonas, herramientas u objetos (fómites) y por medio de otros organismos vivos (reservorios, hospedadores y/o vectores).

Los peligros tienen la posibilidad de ser: biológicos, químicos, físicos, psicosociales, ergonómicos. No debería olvidarse que los empleados de la salud per-

manecen expuestos a varios de dichos peligros, empero que, a la vez, además hay componentes de peligro coadyuvantes de dichos peligros del trabajo.

2 Objetivos

- Exponer los diferentes tipos de microorganismos relacionados con los riesgos biológicos.

- Explicar cómo proceder ante un accidente biológico.

- Describir las normas de higiene personal recomendadas.

- Describir en qué consiste la vacunación para personal de ámbito hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la que se han utilizado bases de datos como Google académico, medwave. Se ha realizado una selección de diferentes artículos para realizar este capítulo utilizando palabras claves "como riesgo biológico", "agente biológico" , "protección barrera ", prevención de riesgos ".

4 Resultados

Las infecciones pueden ser causadas por diferentes clases de microorganismos:

-Virus: Son las formas de vida más simples, están formadas solo por material genético: ADN o ARN y una cubierta proteica. Son parásitos que necesitan un huésped para reproducirse. Las enfermedades víricas más frecuentes son: la neumonía, la tuberculosis, el tétanos, la meningitis y la salmonelosis.

-Bacterias: Son organismos más complejos que el anterior, la diferencia entre ellos es que son capaces de vivir en un medio sin la necesidad de un huésped para completar su desarrollo. Pueden sobrevivir durante años incluso a elevadas temperaturas, en condiciones adversas. Siendo capaz de volver a su estado normal y su capacidad de infección al entrar en contacto con un medio acto para su de sarrollo. Las principales enfermedades de transmisión: la hepatitis B, la gripe, el sarampión , la rubeola, el SIDA y la rabia.

-Hongo: son formas de vida más complejas que las bacterias. Su desarrollan de forma habitual en el suelo, pero algunos de estos componentes son parásitos

tanto de animales, personas y vegetales. La enfermedad que transmiten los hongos es la candidiasis.

-Protozoos: Son organismos unicelulares, algunos de ellos parásitos de los vertebrados. Necesitan de varios huéspedes para completar su desarrollo. La transmisión de un huésped a otro la suelen realizar insectos. Las enfermedad más habitual es la toxoplasmosis.

Cómo proceder ante un accidente biológico:

- Limpieza, desinfección y esterilización adecuada de instrumental y el espacio de trabajo.

- Los fluidos corporales como la sangre deben considerarse que tienen gran capacidad de infección.

- Ante un accidente en el cual salpique sangre o cualquier tipo de fluidos corporales los siguientes pasos a seguir son:

1. Debemos dejar caer el agua y asegurarnos de un buen lavado con jabón, después tapar con un apósito.

2. Dicho accidente deberá comunicarse a salud laboral.

Normas de higiene personal:

- Cubrir cualquier herida con un apósito.

- El lavado de manos es una de las medidas más importantes.

Utilizar equipos de protección barrera adecuados a cada tipo de exposición.

- Los guantes son imprescindibles para todo tipo de personal.

- Mascarillas para aislamientos de las vías aéreas superiores.

- Protección, con gafas y pantallas, para evitar salpicaduras.

- Y la utilización de bata para los aislamientos por contacto.

Vacunación para personal de ámbito hospitalario:

- Hepatitis B Y C.

- Gripe.

- SARS-CoV-2.

- Tétanos.

- Protección de barrera.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo biológico puede ser de tipo infeccioso(infecciones e infestaciones, por diferentes agentes biológicos) y no infeccioso tales como las alergias e intoxicaciones. Las enfermedades infecciosas son de gran relevancia para el personal hospitalario, por el manejo de líquidos orgánicos con gran potencial de infección que pueden representar un riesgo para la salud.

Hay diferentes tipos de riesgos biológicos y a consecuencia se pueden dar infecciones agudas y crónicas y diferentes tipos de reacciones alérgicas y tóxicas causadas por agentes biológicos.

La utilización de guantes es el método más importante para prevenir el contacto con los diferentes agentes infecciosos. Este sistema sirve para que el personal del ámbito hospitalario evite transmitir y contagiar alguna enfermedad. Lo más frecuente en los accidentes de los trabajadores del ámbito sanitario es estar en contacto con la sangre y los diversos fluidos corporales.

Es importante el conocimiento y la correcta formación del celador respecto a los riesgos biológicos y su prevención.

6 Bibliografía

1. http://scielo.sld.cu
2. https://revistamedica.com

3. http://scielo.isciii.es

Capítulo 347

LA MUERTE Y EL CELADOR

VICTOR GARCIA GARCIA

1 Introducción

La muerte es el cese completo de todas las funciones importantes del organismo humano. La muerte es responsabilidad del personal sanitario.

El celador, como cualquier otro miembro del equipo multidisciplinario que brinda servicios en un hospital, inevitablemente se encontrará en su trayectoria laboral, con pacientes ingresado que fallecen .

Saber actuar ante la muerte, las actitudes y sensibilidades hacia los pacientes y sus familiares es fundamental para garantizar una atención médica de alta calidad.

Estos son momentos muy difíciles que pueden tener un gran impacto emocional, y debemos hacer todo lo posible para minimizar el trauma de este trance.

Definimos una funeraria o tanatorio como una funeraria, que puede ser utilizada como un lugar para exhibir los cadáveres entre el lugar de la muerte y el destino final, y está equipada con el equipo adecuado para realizar actuaciones de nigromancia o terapia de muerte y velas de cadáveres.

En cuanto al celador,cabe señalar que existen dos figuras específicas para el celador relacionadas con la morgue;

El celador auxiliar de autopsias establecida por la Administración General del

Insalud mediante resolución de 22 de mayo de 1981, y el celador de anatomía patológica, orgánicamente dependiente del jefe de personal subalterno y fundamentalmente dependiente de los servicios de anatomía patológica.

2 Objetivos

-Establecer los cuidados y funciones del cuidador ante el paciente fallecido, autopsia y traslado a la morgue o sala de autopsias.

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

Al encontrarse con la muerte, el celador realizará diversas tareas, debemos entender algunos conceptos básicos.

Llamamos exitus al cese completo de funciones importantes del organismo humano. Su evaluación y certificación debe ser realizada por personal de salud (médicos, enfermeras y técnicos de enfermería). No obstante, los cuidadores deben ser conscientes de ciertos aspectos básicos que mostró el paciente fallecido, tales como: Ausencia de ejercicio respiratorio, falta de tono muscular, desaparición del pulso, ausencia de latidos cardíacos, pérdida de sensibilidad, rostro pálido, rígido, decaimiento y enfriamiento del cuerpo. Una vez que el médico certifica la muerte, el personal médico ayudará al técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y enfermeras a envolver el cadáver del fallecido, y la responsabilidad de transportar el cadáver a la morgue recae en el personal médico. a la preparación del cadáver le llamamos amortajar.Debemos proteger la privacidad tanto como sea posible mediante el uso de mamparas, biombos o cortinas, en caso de que haya otro paciente en la habitación. El procedimiento consiste en:

-,El equipo de enfermedad tomara las constantes para certificar la muerte del paciente y poder proceder el celador y la auxiliar amortajar al fallecido

Tienen que poner el cuerpo en posición supina.

-El personal médico (TCAE, enfermera) retirará los tubos y catéteres.

-Las pertenencias personales se retirarán y se entregarán a los miembros de la familia.

-Los ojos y la boca estarán cerrados.

´-Estiraremos las extremidades superiores e inferiores antes de que aparezca el rigor mortis.

-Dependiendo de si se realiza una autopsia, estiraremos los brazos pegados al cuerpo o los cruzaremos sobre el pecho. A continuación, para evitar la pérdida de líquidos, colocaremos pañales y taponaremos los orificios restantes con un algodón (nariz, orejas ...).

Si no se va a realizar una autopsia del cadáver, se realizarán las siguientes operaciones:

- Colocamos el cadáver en la mortaja y cubrimos el cadáver, dejando descubierto solo el rostro.

-Finalmente, trasladamos el cuerpo a la morgue con mucho cuidado.

El celador no notificará a la familia del fallecido el fallecimiento, esto deberá ser comunicado por el médico correspondiente.

Una vez en la morgue, las acciones del celador serán ayudar y asistir al personal médico (patólogos y médicos forenses) y se ocupará de colocar el cuerpo en la mesa de autopsia en posición supina, Preparar y colocar el cadáver para la autopsia. Se debe mantener la privacidad del proceso y evitar la intrusión de persona ajena. Ayudar al médico durante la autopsia .Refrescar al paciente después de la autopsia. Equipo limpio, mesas y sala de autopsias. Transferir las muestras al servicio de disección patológica.

5 Discusión-Conclusión

Analizando las tareas de los celadores en este sentido, creemos en la importancia, en este momento tan difícil para las familias de los pacientes, del buen trato y amabilidad de los celadores, así como una importante empatía y comprension a la familia llevandose una impresion favorable de la institución y sobre todo del trato de comprension de todo el equipo que compone el complejo sanitario .

El celador tiene que estar preparado para asumir ese puesto , pues no es facil

sobrellevar la ultima etapa de la vida de una persona y sobre todo ver el dolor de los familiares y amigos.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/procedimiento-celador-fallecimiento-paciente
2. https://www.libertaddigital.com/espana/2013-06-11/
3. https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-9-CELAUTOPSIA-Y-MORTUORIOS.pdf

Capítulo 348

GARANTÍA DE LAS PRESTACIONES ANALÍTICAS EN UN LABORATORÍO CLÍNICO

MARIA PILAR FERNANDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Para garantizar las prestaciones analíticas de un laboratorio de análisis clínicos con el objetivo de satisfacer las necesidades clínicas del médico solicitante, el laboratorio debe establecer una sistemática de control de calidad en sus actividades diarias. Para ello, ha de utilizar diferentes herramientas tales como definir indicadores de calidad, especificaciones de calidad, establecer un protocolo de control de calidad interno y un protocolo de control de calidad externo y realizar una evaluación los resultados obtenidos para garantizar una mejora continua de la prestación.

En este capítulo se abordarán las herramientas necesarias para asegurar la calidad de los resultados analíticos en un laboratorio clínico, teniendo en cuenta que el laboratorio debe evaluar periódicamente el error de medida, mediante el cálculo de los indicadores de calidad analítica.

Los indicadores de calidad del proceso analítico son tres: Imprecisión (error aleatorio), error sistemático o sesgo y error total. Éstos se calculan a partir de los datos de control de calidad interno y de control de calidad externo. Se debe evaluar estos indicadores, a intervalos regulares de tiempo definido, y comparar los resultados obtenidos de estos indicadores de calidad con las especificaciones de calidad analítica definidas. En el caso de que los indicadores de calidad superen las especificaciones de calidad, el laboratorio debe emprender acciones correctivas en pos de una mejora continua de la calidad de los resultados de análisis.

2 Objetivos

-Exponer las diferentes herramientas empleadas en un laboratorio de análisis clínicos para garantizar la calidad analítica de los resultados informados al clínico solicitante.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de toda la documentación existente, mediante la búsqueda y selección de artículos científicos presentes en la base de datos PubMed, y de los libros que han sido publicados relacionados con este tema.

4 Resultados

Para garantizar la calidad analítica de los resultados debemos disponer y utilizar las siguientes herramientas:
1. Indicadores de calidad:
Los indicadores de calidad analítica son: imprecisión (error aleatorio), error sistemático (sesgo) y error total. Suelen medirse a intervalos regulares de tiempo, generalmente se evalúan mensualmente, pero también pueden evaluarse trimestralmente, semestralmente o anualmente.
La imprecisión se expresa mediante el coeficiente de variación (CV) expresado en porcentaje y mide la dispersión de una serie de mediciones a través de la fórmula: CV (%) = (DS/XM) x 100, donde DS es la desviación estándar de los resultados de control de calidad interno y XM el valor medio de dichos resultados. La imprecisión de medida está afectada por la presencia de errores aleatorios.
El error sistemático o sesgo es la desviación del valor medio de resultados de control de calidad interno respecto al valor diana VD (o valor teórico) que debe dar un resultado de control de calidad interno. Se expresa mediante la fórmula: ES (%)= (XM-VD/VD) x 100.
Los indicadores de imprecisión y error sistemático se obtienen a partir de los datos de control de calidad interno.
El error total es la suma de los dos componentes del error (error aleatorio y error sistemático) y se mide a partir de los datos de control de calidad externo mediante la fórmula: ET (%) = (VO-VD/VD)x 100, siendo VO el valor observado de una muestra de control externo y VD el valor diana.

Los indicadores de calidad deben estar dentro de unas especificaciones de calidad previamente definidas por el laboratorio de análisis clínicos.

2. Especificaciones de calidad analítica

Marcar unas especificaciones de calidad para cada uno de los indicadores de calidad analíticos (imprecisión, error sistemático y error total) significa que para cada uno de ellos se establecen unos límites de aceptabilidad que garantizan la calidad analítica de los resultados clínicos.

Hay diferentes fuentes para obtener las especificaciones de calidad analítica en función de la prueba bioquímica estudiada, siendo la más aceptada internacionalmente la basada en los estudios de variación biólogica para las magnitudes bioquímicas para los cuales existen datos de variación biológica.

Cuando no se conocen datos de variación biológica, las especificaciones de calidad se pueden obtener a través de los datos obtenidos en los programas de evaluación externa (estado del arte).

3. Protocolo de control de calidad interno

El laboratorio debe establecer una sistemática de control de calidad interno. Para ello ha de establecer especificaciones de calidad analítica en función de los objetivos de calidad que se deseen alcanzar.

Una vez establecidas las especificaciones de calidad, el laboratorio debe definir intervalos de control para cada magnitud bioquímica cuantitativa, lo que permite aceptar/rechazar series analíticas en función de que el resultado de control de calidad interno entre o no dentro de dicho intervalo.

Los intervalos de control designados por los fabricantes suelen ser mucho más amplios, lo que implica mayor permisividad de variabilidad de los resultados analíticos. Por tanto, es recomendable que cada laboratorio establezca los intervalos de control de calidad analítico para cada prueba bioquímica.

4. Participación en programas de evaluación externa

El laboratorio debe participar en programas de evaluación externa con una periodicidad establecida generalmente por el proveedor del programa, para todas aquellas pruebas para las que existan programas de control de calidad externa.

La participación en programas de evaluación externa permite al laboratorio conocer la inexactitud de sus resultados y tomar acciones correctivas en los casos en los que éstos no cumplan con las especificaciones previstas.

El control de calidad externo es un control "ciego", es decir con una composición cuantitativa desconocida. El laboratorio deber procesarlo como una muestra más y enviar el resultado a los organizadores del programa de evaluación externo, quiénes remiten al laboratorio un tiempo después los resultados obtenidos por el laboratorio, es decir, un informe en el que se incluye la desviación porcentual del

resultado enviado por el laboratorio respecto al valor diana o valor verdadero.
5. Mejora continua de la prestación
Finalmente, el laboratorio debe evaluar de manera continua la calidad de sus resultados de análisis mediante diferentes herramientas de gestión, como el ciclo de Deming (P-D-C-A) (Plan-Do-Check-Act). Tras realizar una planificación (especificaciones de calidad) que le permite establecer intervalos de control de calidad adecuados para cada prueba, debe procesar sus controles de calidad internos y externos, chequear mediante los indicadores de calidad analítica los resultados obtenidos y actuar o emprender acciones correctivas cuando éstos no cumplan las especificaciones definidas.

5 Discusión-Conclusión

La calidad analítica de los resultados es muy importante para un laboratorio de análisis clínicos, pues de ellos dependen las decisiones médicas en cuanto a la prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y seguimiento del paciente y sus enfermedades. Por tanto, el objetivo principal del laboratorio es proporcionar información analítica eficiente al clínico solicitante.
Para asegurar la calidad analítica de sus resultados, el laboratorio debe emplear controles de calidad (internos y externos) y definir adecuadamente los intervalos de control para cada prueba bioquímica cuantitativa, de manera que se satisfagan las necesidades clínicas.
El laboratorio debe procesar los controles de calidad con la frecuencia establecida y evaluar a través de los indicadores de calidad el error de medida. En caso de que éste supere las especificaciones establecidas debe emprender las acciones correctivas necesarias para corregir la desviación y que ésta no afecte a los resultados analíticos.

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.