VIII LECCIONES EN INVESTIGACIÓN BÁSICA Y CLÍNICA

Ciencia Sanitaria.es

SOCIFOSA
Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria
Socifosa.es

VIII Lecciones en Investigación Básica y Clínica

Ciencia Sanitaria.es

SOCIFOSA
Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria

VIII Lecciones en Investigación Básica y Clínica

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: 978-84-19560-83-4

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1 **REVISIÓN BILIOGRÁFICA SOBRE LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN DURANTE LA EDAD PEDIÁTRICA**
VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO, INMACULADA RODRIGO CAMACHO, NOELIA RIVERA TEJERO Y FADWA EL BALGHITY MOUATADIR 3

2 **MANEJO DE HERIDAS CRÓNICAS Y ÚLCERAS**
LAURA JIMENEZ RELIMPIO 13

3 **DISFAGIA OROFARÍNGEA POSTICTUS: FACTORES ASOCIADOS**
AIDA NAVAS SIERRA, MªJESÚS FERNÁNDEZ CONDE, MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO, CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ Y PAULA CUETO CANTERO 23

4 **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO**
VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO, NOELIA RIVERA TEJERO, FADWA EL BALGHITY MOUATADIR Y INMACULADA RODRIGO CAMACHO 27

5 **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR: UNA EPIDEMIA EN EL SIGLO XXI**
PAULA FERNÁNDEZ TOLOSA 37

6 **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA CARDIOVERSIÓN Y DESFIBRILACIÓN ELÉCTRICA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO, INMACULADA RODRIGO CAMACHO, FADWA EL BALGHITY MOUATADIR Y NOELIA RIVERA TEJERO 41

7 **EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN**
CARMEN CALIXTO PEREZ, NATALIA SERNA VILLAMAYOR, AITANA SERRANO BUITRAGO, PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS Y CARMEN BARBA SANCHEZ **49**

8 **EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE HERIDAS QUIRÚRGICAS**
PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS, CARMEN BARBA SANCHEZ, CARMEN CALIXTO PEREZ, NATALIA SERNA VILLAMAYOR Y AITANA SERRANO BUITRAGO **53**

9 **CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA**
NATALIA SERNA VILLAMAYOR, AITANA SERRANO BUITRAGO, PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS, CARMEN BARBA SANCHEZ Y CARMEN CALIXTO PEREZ **57**

10 **CASO CLÍNICO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA**
ALICIA VALENZUELA GÓMEZ Y PAULA PÉREZ SOLER **61**

11 **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: UN ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO**
MARTA GARCÍA QUINTANILLA, ROSA MARIA APARICIO SANCHEZ Y ELENA FERRER ALVADO **67**

12 **PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON PUERPERIO QUIRÚRGICO**
MARTA GARCÍA QUINTANILLA, ELENA FERRER ALVADO Y ROSA MARIA APARICIO SANCHEZ **71**

13 **PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERA AL PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA**
MARTA GARCÍA QUINTANILLA, ROSA MARIA APARICIO SANCHEZ Y ELENA FERRER ALVADO **77**

14 **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DOLOR**
PAULA GARCÍA TUÑÓN **83**

15 ESTUDIO BIBLIOGRÁFICO SOBRE LA INCOMPATIBILIDAD DEL FETO Y LA GESTANTE CON RH NEGATIVO: TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DE INMUNOGLOBULINA ANTI-D
SARA MELLADO GARCIA, LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE Y ALEJANDRO BÓGALO GALLEGO 89

16 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LAS PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR: UN PROYECTO OBSERVACIONAL
MARTA ALONSO GONZÁLEZ 93

17 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA: PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS
NATALIYA TYUKALOVA, MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ, MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ, CRISTINA LÓPEZ GARCÍA Y CLARA COMPANY GARCÍA 99

18 LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL INVESTIGACIÓN POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
NATALIYA TYUKALOVA, CLARA COMPANY GARCÍA, CRISTINA LÓPEZ GARCÍA, MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ Y MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ 103

19 UIDADOS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL EN MUJERES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
NATALIYA TYUKALOVA, MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ, CRISTINA LÓPEZ GARCÍA, CLARA COMPANY GARCÍA Y MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ 107

20 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DRENAJES MEDIASTÍNICOS Y ESTERNOTOMÍA
LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE, ALEJANDRO BÓGALO GALLEGO Y SARA MELLADO GARCIA 111

21 GASOMETRÍA ARTERIAL: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA
MIREN MIRARI GOYOGANA ALCIBAR 117

22 LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM
ALEJANDRO BÓGALO GALLEGO, SARA MELLADO GARCIA Y LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE 121

23 CUIDADOS DE QUEMADURAS DE PRIMER Y SEGUNDO GRADO EN ATENCIÓN PRIMARIA
PAULA PÉREZ SOLER Y ALICIA VALENZUELA GÓMEZ 125

24 CUIDADOS DE LOS CATÉTERES VENOSOS CENTRALES (CVC)
ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE, MIRIAM MORENO MANRIQUE, ANDREA BRAVO CARRILERO, RAQUEL MUELA RODRIGUEZ Y ANA ROBLES CAMPILLO 129

25 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU INTERVENCIÓN EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO
MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, LAURA RAMIREZ MUÑOZ, IVAN POVEDA CANTERO, MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ Y NATALIA CAVA RUIZ 133

26 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL SONDAJE VESICAL
MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, LAURA RAMIREZ MUÑOZ, IVAN POVEDA CANTERO, MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ Y NATALIA CAVA RUIZ 137

27 LOS CUIDADOS PALIATIVOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR
MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, LAURA RAMIREZ MUÑOZ, IVAN POVEDA CANTERO, MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ Y NATALIA CAVA RUIZ 141

28 CANALIZACIÓN DE PICC EN UCI
CARMEN RAMIREZ ROSILLO, ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO, JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN, ALBA GOMEZ DIAZ Y MARINA GUILLEM SÁNCHEZ 145

29 EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA PARA MEJORAR LAS ACTITUDES Y CONFIANZA DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA FRENTE AL SOPORTE VITAL INMEDIATO
ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE, ANA ROBLES CAMPILLO, RAQUEL MUELA RODRIGUEZ, ANDREA BRAVO CARRILERO Y MIRIAM MORENO MANRIQUE **149**

30 ENFERMERÍA Y LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL (PIA) DE LOS PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)
JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA, MARÍA INÉS GIL GARCÍA, LORENA CERRILLO PÉREZ, ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ Y LORENA PATERNA SERRANO **163**

31 ENFERMERÍA Y EL PROCESO DE SEDAR ADECUADAMENTE AL PACIENTE ANTES DE LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA (CVE)
MARÍA GALLEGO ALONSO, ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO, FRANCISCA AROCA DESCALZO, JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ Y SARA TIRADO CALONGE **167**

32 LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA OPERACIÓN DE JUANETES DE LOS PACIENTES
MARÍA INÉS GIL GARCÍA, LORENA CERRILLO PÉREZ, ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ, LORENA PATERNA SERRANO Y JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA **171**

33 LA ORGANIZACIÓN DE PACIENTES POR PARTE DE ENFERMERÍA SEGÚN GRAVEDAD EN LA UNIDAD DE URGENCIAS
MARÍA INÉS GIL GARCÍA, LORENA CERRILLO PÉREZ, ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ, LORENA PATERNA SERRANO Y JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA **175**

34 ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON SÍNDROME NEFRÓTICO PEDIÁTRICO
ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO, FRANCISCA AROCA DESCALZO, JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ, SARA TIRADO CALONGE Y MARÍA GALLEGO ALONSO **179**

35 **ENFERMERÍA Y LA POSICIÓN DE PRONO CON LOS PACIENTES EN CUIDADOS INTENSIVOS**
ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO, FRANCISCA AROCA DESCALZO, JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ, SARA TIRADO CALONGE Y MARÍA GALLEGO ALONSO 185

36 **PRINCIPALES FUNCIONES DEL DIPLOMADO DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO**
JOSE LUIS TOLMOS RIVERA 189

37 **PATOLOGIAS Y CARACTERISTICAS DE TRASTORNOS DIGESTIVOS**
CARMEN RAMIREZ ROSILLO, ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO, JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN, ALBA GOMEZ DIAZ Y MARINA GUILLEM SÁNCHEZ 193

38 **LAS EHEALTH Y MHEALTH EN LA PREVENCIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN LOS SERVICIOS QUE ATIENDEN EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS**
ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE, ANDREA BRAVO CARRILERO, MIRIAM MORENO MANRIQUE, ANA ROBLES CAMPILLO Y RAQUEL MUELA RODRIGUEZ 199

39 **FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA OTITIS MEDIA SECRETORA**
FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ, ROSARIO LEÓN EXPÓSITO, BLANCA JODAR ROMERO, ALVARO MORENO GÓMEZ Y LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS 207

40 **FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA OTOSCLEROSIS**
FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ, BLANCA JODAR ROMERO, ALVARO MORENO GÓMEZ, LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS Y ROSARIO LEÓN EXPÓSITO 211

41 **FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON HIPOACUSIA SEVERA**
FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ, ROSARIO LEÓN EXPÓSITO, BLANCA JODAR ROMERO, ALVARO MORENO GÓMEZ Y LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS 215

42 **FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON PÉRDIDA AUDITIVA BILATERAL**
RAQUEL GARRIDO LOPEZ, CARMEN SILLER ZAMORA, ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ, MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA Y MARÍA MORANTE IZQUIERDO 219

43 **FUNCIONES DEL ENFERMERO ANTE EL PACIENTE CON LA ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE**
RAQUEL GARRIDO LOPEZ, CARMEN SILLER ZAMORA, ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ, MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA Y MARÍA MORANTE IZQUIERDO 223

44 **FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON BAROTRAUMA**
RAQUEL GARRIDO LOPEZ, CARMEN SILLER ZAMORA, ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ, MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA Y MARÍA MORANTE IZQUIERDO 227

45 **ENFERMERÍA ANTE LA CATETERIZACIÓN DE ARTERIA RADIAL PARA MONITORIZACIÓN CONTINUA DEL PACIENTE**
ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO, ALICIA LÓPEZ GÓMEZ, LORENA LÓPEZ MOLINA, MARTINA NARDONI MARRAU Y DANIEL CARMONA RUIZ 231

46 **ENFERMERIA ANTE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES CRONICAS**
LORENA LÓPEZ MOLINA, ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO, MARTINA NARDONI MARRAU, DANIEL CARMONA RUIZ Y ALICIA LÓPEZ GÓMEZ 237

47 **ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE EL LA CIRUGÍA PARA ABRIR LA PARED TORÁCICA**
LORENA LÓPEZ MOLINA, ALICIA LÓPEZ GÓMEZ, MARTINA NARDONI MARRAU, DANIEL CARMONA RUIZ Y ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO 241

48 EL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PEDIATRIA Y LOS PACIENTES CON BRONQUIOLITIS
SARA EXPÓSITO CAUTADO, DAVID CUESTA PÉREZ, MILAGROS HONRUBIA PÉREZ, ALMUDENA TORRES ATIENZAR Y MARIA ELENA MORA MARTINEZ **245**

49 ENFERMERIA Y EL PROCESO DEL CORDÓN UMBILICAL DE LOS BEBÉS RECIÉN NACIDOS
ALMUDENA TORRES ATIENZAR, DAVID CUESTA PÉREZ, SARA EXPÓSITO CAUTADO, MILAGROS HONRUBIA PÉREZ Y MARIA ELENA MORA MARTINEZ **249**

50 LA MEDICACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA E INFUSORES POR ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL PACIENTE TERMINAL
ALMUDENA TORRES ATIENZAR, SARA EXPÓSITO CAUTADO, MILAGROS HONRUBIA PÉREZ, DAVID CUESTA PÉREZ Y MARIA ELENA MORA MARTINEZ **253**

51 VOLUNTADES ANTICIPADAS. CARACTERÍSTICAS EN CASTILLA LA MANCHA
CARMEN RAMIREZ ROSILLO, ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO, JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN, ALBA GOMEZ DIAZ Y MARINA GUILLEM SÁNCHEZ **259**

52 OBESIDAD EN ADOLESCENTES
AIDA NAVAS SIERRA, MªJESÚS FERNÁNDEZ CONDE, MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO, CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ Y PAULA CUETO CANTERO **263**

53 INFLUENCIA DE LA TURNICIDAD NOCTURNA EN LA SALUD DEL PERSONAL DEL HOSPITAL.
AIDA NAVAS SIERRA, MªJESÚS FERNÁNDEZ CONDE, MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO, CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ Y PAULA CUETO CANTERO **267**

54 **EL TRABAJO Y LOS CUIDADOS DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN LOS EXANTEMAS EN LA INFANCIA**
DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN, JOANA LENDRINO LENDRINO, YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI, CRISTIAN LENDRINO LENDRINO Y LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE 271

55 **EVALUACIÓN DE LA DOSIFICACIÓN FARMACOLÓGICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PARTE DE LA ENFERMERA**
DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN, LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE, CRISTIAN LENDRINO LENDRINO, YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI Y JOANA LENDRINO LENDRINO 275

56 **LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y EL DELICADO PROCESO DE LA INTERVENCIÓN DEL TRASPLANTE SEGÚN LA ENFERMERA DE QUIRÓFANO**
DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN, YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI, JOANA LENDRINO LENDRINO, LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE Y CRISTIAN LENDRINO LENDRINO 279

57 **ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE LAS INTOXICACIONES**
ADELA JIMENEZ TENDERO, ESMERALDA TEBAR MARTINEZ, MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER, MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ Y LAURA BALLESTEROS VILLEGAS 283

58 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA**
SUSANA AVILA UBEDA, BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA, LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA, ANA CRISTINA MAROTO BARATO Y CRISTINA GARCIA REYES 289

59 **ERITEMA DEL PAÑAL ANALIZADO POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, CRISTINA GARCIA REYES, SUSANA AVILA UBEDA Y BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA 293

60 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MANTIENE LA ASEPSIA QUIRÚRGICA**
LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, CRISTINA GARCIA REYES, SUSANA AVILA UBEDA Y BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA **299**

61 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA DE UN CENTRO SANITARIO**
SHEILA CASTILLO APARICIO, RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ, RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ, ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ Y VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA **303**

62 **CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES QUE HAN SIDO TRATADOS CON OXIGENOTERAPIA**
SHEILA CASTILLO APARICIO, RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ, RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ, ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ Y VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA **307**

63 **EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**
CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA, LORENA PIERNAS CARCELÉN Y MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ **311**

64 **EL ESTREÑIMIENTO**
CARMEN MARÍA CUENDIAS LÓPEZ **315**

65 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACIÓN ANTE UN RECIÉN NACIDO PREMATURO**
SHEILA CASTILLO APARICIO, RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ, RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ, ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ Y VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA **319**

66 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN DECESO**
MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ, ESMERALDA TEBAR MARTINEZ, ADELA JIMENEZ TENDERO, LAURA BALLESTEROS VILLEGAS Y MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER **323**

67 **LOS PACIENTES QUE LLEVAN LAS TÉCNICOS DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON ALIMENTACIÓN POR SONDA**
ANTONIA GÓMEZ BARCO, MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA, INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ, NOELIA MENA GARCIA Y MARÍA ARENAS MOTILLA 327

68 **EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA BASURA GENERADA POR LA ATENCIÓN AL ENFERMO**
MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA, INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ, NOELIA MENA GARCIA, MARÍA ARENAS MOTILLA Y ANTONIA GÓMEZ BARCO 333

69 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ENCARGADO DE LOS SERVICIOS EN LAS ZONAS DE QUIRÓFANO**
MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA, INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ, NOELIA MENA GARCIA, MARÍA ARENAS MOTILLA Y ANTONIA GÓMEZ BARCO 339

70 **LA ERGONOMÍA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y RECOMENDACIONES PARA EVITAR LESIONES**
LORENA PIERNAS CARCELÉN, MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ Y CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA 343

71 **PLANES DE CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER**
CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN, ELENA RODRÍGUEZ MELIA, MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN, MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS Y MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO 347

72 **EFICACIA DE LAS ESCALAS PARA VALORAR EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE)**
ANA BELEN ARAQUE ROMERO DE ÁVILA Y GUILLERMO ROPERO FUERTES 353

73 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. LOS CUIDADOS EN LA NUTRICIÓN Y LOS TIPOS DE SONDAS**
ANA MARIA MAÑAS ORTEGA, SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ, ESTHER MANDRION BUSTAMANTE, MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN Y BERNARDO BAEZA CALDERON **361**

74 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION EN LA REALIZACIÓN DE UNA RESONANCIA MAGNÉTICA**
ANA MARIA MAÑAS ORTEGA, SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ, MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN, BERNARDO BAEZA CALDERON Y ESTHER MANDRION BUSTAMANTE **365**

75 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCION ANTE UN PACIENTE ONCOLÓGICO EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN**
ANA MARIA MAÑAS ORTEGA, SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ, ESTHER MANDRION BUSTAMANTE, MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN Y BERNARDO BAEZA CALDERON **369**

76 **PLAN DE CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO Y LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN, MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS, MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO, CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN Y ELENA RODRÍGUEZ MELIA **373**

77 **EL PROTOCOLO Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS**
MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO, MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS, CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN, ELENA RODRÍGUEZ MELIA Y MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN **377**

78 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL ELECTROCARDIOGRAMA**
MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ, ANGELA OCAÑA CAMINERO, INMACULADA RUBIO CARRETERO, MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ Y MILA LÓPEZ GONZÁLEZ **381**

79 **EL IMPACTO DE LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS A CARGO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ, LORENA PIERNAS CARCELÉN Y CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA **385**

80 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA INCISIÓN DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO**
MILAGROS MORENO CLEMENTE, JUAN TOMAS GALÁN PINA, ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO, ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA Y VANESSA SÁNCHEZ SORIA **389**

81 **FUNCIONES DEL TEĆNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SUSTITUCIÓN DE DERIVACIÓN VENTRICULAR**
MILAGROS MORENO CLEMENTE, JUAN TOMAS GALÁN PINA, ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO, ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA Y VANESSA SÁNCHEZ SORIA **393**

82 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA EXTIRPACIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO**
MILAGROS MORENO CLEMENTE, JUAN TOMAS GALÁN PINA, ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO, ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA Y VANESSA SÁNCHEZ SORIA **397**

83 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PARITORIO**
MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ, BEATRIZ PÉREZ CAMPO, JOSEFA SANCHEZ PARDO, ISABEL GONZALEZ LOPEZ Y MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO **401**

84 **EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA**
MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ, BEATRIZ PÉREZ CAMPO, JOSEFA SANCHEZ PARDO, ISABEL GONZALEZ LOPEZ Y MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO **405**

85 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL INGRESO HOSPITALARIO DEL PACIENTE
MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ, BEATRIZ PÉREZ CAMPO, JOSEFA SANCHEZ PARDO, ISABEL GONZALEZ LOPEZ Y MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO **409**

86 LOS RIESGOS Y MEDIOS DE PREVENCIÓN PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COMO PERSONAL SANITARIO
MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ, ANGELA OCAÑA CAMINERO, INMACULADA RUBIO CARRETERO, MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ Y MILA LÓPEZ GONZÁLEZ **413**

87 EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y EL PACIENTE TRASPLANTADO
MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ, ANGELA OCAÑA CAMINERO, INMACULADA RUBIO CARRETERO, MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ Y MILA LÓPEZ GONZÁLEZ **419**

88 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE QUE TOMA ALCOHOL Y DROGAS
MARÍA ALARCÓN CORTÉS, IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE, JENNIFER SABOGAL, SANDRA MAS ROMERO Y MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO **423**

89 LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MARÍA ALARCÓN CORTÉS, SANDRA MAS ROMERO, IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE, MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO Y JENNIFER SABOGAL **427**

90 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL SONDAJE VESICAL: PRINCIPALES CUIDADOS
MARÍA ALARCÓN CORTÉS, MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO, IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE, JENNIFER SABOGAL Y SANDRA MAS ROMERO **431**

91 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DENTRO DE UN SERVICIO DE ESTERILIZACION DE UN CENTRO HOSPITALARIO
ROCIO DE LA CRUZ LOZANO, FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ, ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ, MARÍA JESÚS BAOS DE TORO Y ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO 435

92 ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DENTRO DEL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO
ROCIO DE LA CRUZ LOZANO, FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ, ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ, MARÍA JESÚS BAOS DE TORO Y ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO 439

93 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO
ROCIO DE LA CRUZ LOZANO, FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ, ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ, MARÍA JESÚS BAOS DE TORO Y ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO 443

94 BAJO EL ALA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: CUIDADOS ESENCIALES DEL PACIENTE Y EL PAPEL CRUCIAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ADRIÁN MARTÍN GAVÍN 447

95 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE SALUD MENTAL DE ADULTOS
ANA VANESA CIUDAD RUIZ, ELENA BARRIO HERRERO, CLOTILDE MARTINEZ MAGAN, FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ Y ROCÍO CAMACHO TORRES 455

96 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS UNIDADES MATERNO-INFANTILES: ATENCIÓN AL PARTO
ANA VANESA CIUDAD RUIZ, ELENA BARRIO HERRERO, CLOTILDE MARTINEZ MAGAN, FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ Y ROCÍO CAMACHO TORRES 459

97 TÉCNICO EN CUIDADO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CONSULTAS EXTERNAS .
ANA VANESA CIUDAD RUIZ, ELENA BARRIO HERRERO, CLOTILDE MARTINEZ MAGAN, FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ Y ROCÍO CAMACHO TORRES 463

98 PILARES PARA GOZAR DE UNA BUENA ERGONOMÍA EN EL TRABAJO
BEATRIZ GONZÁLEZ CHICHARRO, ROSALIA GOMEZ MURCIEGO, JOSÉ MARÍA MEDINA BERNARDO, MONTSERRAT GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y ANGELES IBÁÑEZ ALONSO 467

99 TÉCNICO AXULIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES TERMINALES. CUIDADOS PALIATIVOS Y EUTANASIA
MARIA DEL MAR REGUEIRO MOYANO 471

100 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE EN SITUCACIÓN TERMINAL. CUIDADOS PALIATIVOS
ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA, JOAQUÍN MORAL CHICA, DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ Y MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO 475

101 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA , CUIDADOS A LOS NEONATOS Y DE RECIÉN NACIDOS
ADELA JIMENEZ TENDERO, ESMERALDA TEBAR MARTINEZ, LAURA BALLESTEROS VILLEGAS, MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER Y MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ 479

102 CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO
MARIA DEL MAR REGUEIRO MOYANO 485

103 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, ÚLCERAS POR PRESIÓN
JOAQUÍN MORAL CHICA, ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA, DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ Y MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO 489

104 LA MEJOR AYUDA EN EL TRABAJO: LA COMUNICACIÓN
MARI CARMEN SAL GARCIA 495

105 EL RIESGO BIOLÓGICO EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO/SANITARIO
MARI CARMEN SAL GARCIA 499

106 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS CONOCIMIENTOS Y CUIDADOS CON LA PACIENTE CON EL SÍNDROME DE HELLP
DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ, JOAQUÍN MORAL CHICA, MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO Y ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA 503

107 EL TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD Y ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ANDREA LÁZARO VIÑA 511

108 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
MAIRENA LÓPEZ CABALLERO, MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA, JOSE CHACON AGUILAR, RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS Y CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE 515

109 EL CUIDADO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE CON ANESTESIA GENERAL
MAIRENA LÓPEZ CABALLERO, CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE, RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS, MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA Y JOSE CHACON AGUILAR 519

110 EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA
MAIRENA LÓPEZ CABALLERO, CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE, JOSE CHACON AGUILAR, MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA Y RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS 523

111 EL PAPEL DE LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PROCEDIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL
SUSANA INSA SERRANO 527

112 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MANEJO DE CATÉTER ARTERIAL RADIAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
SONIA FAJARDO MELLINAS, ANA TERCERO ALFARO, ESMERALDA SEVILLA MORENO, EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO Y SANDRA MELLINAS GARCIA 531

113 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA MÁQUINA PARA INYECTAR MEDICACIÓN A LOS PACIENTES
BELEN SIMARRO CARRETERO, MARÍA DOLORES BUENO LAYA, ANGELES SANCHEZ SANCHEZ, CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO Y MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO 535

114 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA VALORACIÓN ANESTÉSICA PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES
MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO, BELEN SIMARRO CARRETERO, MARÍA DOLORES BUENO LAYA, ANGELES SANCHEZ SANCHEZ Y CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO 541

115 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PROCESO PARA SONDAR A UN PACIENTE PARA DRENAR Y RECOLECTAR ORINA DE LA VEJIGA
MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO, BELEN SIMARRO CARRETERO, MARÍA DOLORES BUENO LAYA, ANGELES SANCHEZ SANCHEZ Y CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO 545

116 INTRODUCCIÓN AL CUIDADO DE LA SALUD Y ROL DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA
MARIA DEL OLMO CASTILLO, MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ, CRISTINA CANO PÉREZ, MADAY SIMÓN RISOTO Y ANA MARIA TENDERO PICAZO 549

117 CUIDADOS BÁSICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): HIGIENE Y MONITORIZACIÓN DE PACIENTES
MARIA DEL OLMO CASTILLO, MADAY SIMÓN RISOTO, MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ, CRISTINA CANO PÉREZ Y ANA MARIA TENDERO PICAZO 555

118 ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES PARA TÉCNICOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MARIA DEL OLMO CASTILLO, CRISTINA CANO PÉREZ, MADAY SIMÓN RISOTO, ANA MARIA TENDERO PICAZO Y MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ 561

119 EL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DENOMINADO ANOREXIA NERVIOSA Y LA ASISTENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
JADWIGA MARÍA SAK 567

120 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU TRABAJO SANITARIO EN EL ÁREA ONCOLÓGICA HOSPITALARIA
ÁFRICA ARCOS ESPEJO, MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA, MARIA ROSA FAURA ROMERO, NOELIA TERUEL MONTAÑEZ Y BÁRBARA CARRASCO ROJO 571

121 LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
ÁFRICA ARCOS ESPEJO, BÁRBARA CARRASCO ROJO, NOELIA TERUEL MONTAÑEZ, MARIA ROSA FAURA ROMERO Y MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA 575

122 LOS CUIDADOS CON PACIENTES QUE SUFREN DE DEMENCIA O DÉFICIT COGNITIVO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
ÁFRICA ARCOS ESPEJO, MARIA ROSA FAURA ROMERO, MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA, BÁRBARA CARRASCO ROJO Y NOELIA TERUEL MONTAÑEZ 579

123 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO ESTERILIZACIÓN
EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO, ANA TERCERO ALFARO, SANDRA MELLINAS GARCIA, SONIA FAJARDO MELLINAS Y ESMERALDA SEVILLA MORENO 583

124 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES ANTE EL INFARTO CEREBRAL**
Mª ANGELES ORTIZ LÓPEZ, SILVIA SESMA MOLINA, MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ, BEATRIZ GONZALEZ PEREZ Y SANDRA MARTÍN ANTONA **587**

125 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA**
SILVIA SESMA MOLINA, MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ, BEATRIZ GONZALEZ PEREZ, SANDRA MARTÍN ANTONA Y Mª ANGELES ORTIZ LÓPEZ **591**

126 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS PRUEBAS CRUZADAS**
SILVIA SESMA MOLINA, BEATRIZ GONZALEZ PEREZ, SANDRA MARTÍN ANTONA, Mª ANGELES ORTIZ LÓPEZ Y MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ **595**

127 **VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON IRC (INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA): ACTUALIZACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN LOS CUIDADOS BÁSICOS DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE)**
ANA BELEN ARAQUE ROMERO DE ÁVILA Y GUILLERMO ROPERO FUERTES **599**

128 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**
ANA BELEN BARRERO DIAZ **609**

129 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA VÍA CENTRAL**
SANDRA MELLINAS GARCIA, EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO, ANA TERCERO ALFARO, ESMERALDA SEVILLA MORENO Y SONIA FAJARDO MELLINAS **613**

130 BENEFICIOS DEL ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO CON PUNCIÓN SECA EN EL DOLOR TEMPOROMANDIBULAR
LAURA BONIL CHACÓN, CRISTINA HERRERO MARTÍN, LAURA ROMO DE LA LLAVE, SONIA GARCÍA GARCÍA Y RAFAEL BAEZA MONSALVE **617**

131 EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE EN LA FASCITIS PLANTAR
LAURA BONIL CHACÓN, LAURA ROMO DE LA LLAVE, CRISTINA HERRERO MARTÍN, SONIA GARCÍA GARCÍA Y RAFAEL BAEZA MONSALVE **621**

132 EFICACIA DE LA REALIDAD VIRUTUAL EN REHABILITACIÓN DE ICTUS EN FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA
LAURA BONIL CHACÓN, RAFAEL BAEZA MONSALVE, LAURA ROMO DE LA LLAVE, CRISTINA HERRERO MARTÍN Y SONIA GARCÍA GARCÍA **625**

133 TERAPIA DE RESTRICCIÓN INDUCIDA DEL LADO SANO (CONSTRAINT-INDUCED MOVEMENT THERAPY, CIMT) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PARÁLISIS CEREBRAL
SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR, CELIA VELASCO CORTÉS, DAVID GARCÍA RONCERO, MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO Y SAMUEL VILLORA GARCÍA **629**

134 REHABILITACIÓN EN PACIENTES QUEMADOS. UN PAPEL FUNDAMENTAL
SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR, CELIA VELASCO CORTÉS, DAVID GARCÍA RONCERO, MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO Y SAMUEL VILLORA GARCÍA **637**

135 REHABILITACIÓN MEDIANTE TERAPIA EN ESPEJO DEL DOLOR DEL MIEMBRO FANTASMA EN PACIENTES AMPUTADOS
SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR, CELIA VELASCO CORTÉS, DAVID GARCÍA RONCERO, MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO Y SAMUEL VILLORA GARCÍA **645**

136 EFICACIA DEL MASAJE TRANSVERSO PROFUNDO EN LA EPICONDILITIS
JOAQUÍN CASAS CARRASCO Y RAFAEL GUZMÁN ASOLAS 653

137 ¿SON BENEFICIOSOS LOS EJERCICIOS RESISTIDOS PARA EL TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA SECUNDARIO AL CÁNCER DE MAMA?
JOAQUÍN CASAS CARRASCO Y RAFAEL GUZMÁN ASOLAS 657

138 ACTUALIZACIÓN EN EL USO DE ALINEADORES CON INVISALIGN
OSCAR SUÁREZ CASADO 661

139 TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO
OSCAR SUÁREZ CASADO 675

140 EL PROBLEMA TRANSVERSAL EN ORTODONCIA
OSCAR SUÁREZ CASADO 681

141 ADENOVIRUS HUMANO: EPIDEMIOLOGÍA, PATOGENIA Y DIAGNÓSTICO
CONSTANZA GÓMEZ DE OÑA 687

142 DETERMINACIÓN SEROLÓGICA DE LA HEPATITIS B, ESTUDIO DE MARCADORES EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA
MOISÉS GAMO PASTOR 695

143 CITOLOGÍA GINECOLÓGICA
ALBA ALVAREZ DIAZ 701

144 CITOLOGÍA GINECOLÓGICA NORMAL
ALBA ALVAREZ DIAZ 705

145 EL SISTEMA BETHESDA
ALBA ALVAREZ DIAZ 709

146 PATOLOGÍAS BENIGNAS EN CITOLOGÍAS GINECOLÓGICAS
ALBA ALVAREZ DIAZ 713

147 PATOLOGÍAS MALIGNAS EN CITOLOGÍAS GINECOLÓGICAS
ALBA ALVAREZ DIAZ 717

148 BIOPSIA DE MAMA GUIADA POR TÉCNICAS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
ANGELA FERNANDEZ ILLAN 721

149 EL TÉCNICO DE RAYOS Y LAS PLACAS EN PACIENTES QUE VIENEN DE URGENCIAS
SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA, NOELIA SÁNCHEZ RUIZ, SARA CARPIO VALBUENA, LAURA REDONDO MEDRANO Y DANIEL DE LUCA NEGRETE 727

150 EL TÉCNICO DE RAYOS Y SUS FUNCIONES CON PACIENTES CON MUCHOS TRAUMATISMOS
NOELIA SÁNCHEZ RUIZ, SARA CARPIO VALBUENA, LAURA REDONDO MEDRANO, DANIEL DE LUCA NEGRETE Y SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA 731

151 TÉCNICO DE RAYOS EL DECAIMIENTO RADIACTIVO
NOELIA SÁNCHEZ RUIZ, SARA CARPIO VALBUENA, LAURA REDONDO MEDRANO, DANIEL DE LUCA NEGRETE Y SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA 735

152 ECOCARDIOGRAFÍA POR EL TÉCNICO IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ, MARTA GONZALEZ VITURTIA, MONTSERRAT GARCIA CASADO Y SOLEDAD MORÓN AGUADO 739

153 ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE IMAGEN Y LOS ARTEFACTOS ENCONTRADOS EN LOS ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA POR EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
MONTSERRAT GARCIA CASADO, SOLEDAD MORÓN AGUADO, MARTA GONZALEZ VITURTIA Y ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ 745

154 TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA DE ABDOMEN, EL PAPEL DEL TSID EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ENFERMEDADES INTESTINALES
MARTA GONZALEZ VITURTIA, SOLEDAD MORÓN AGUADO, MONTSERRAT GARCIA CASADO Y ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ 749

155 EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO (TSID) EN LA INVESTIGACIÓN HOSPITALARIA
SOLEDAD MORÓN AGUADO, MARTA GONZALEZ VITURTIA, MONTSERRAT GARCIA CASADO Y ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ **755**

156 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA ANGIOGRAFÍA
DAVID FERNANDEZ PEREZ, LUIS ROJAS SÁNCHEZ, MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA Y LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ **759**

157 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍAS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL INFERIOR
LUIS ROJAS SÁNCHEZ, MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA, DAVID FERNANDEZ PEREZ Y LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ **763**

158 REALIZACIÓN DE PIELOGRAMA INTRAVENOSO POR EL TÉCNICO DE RAYOS
LUIS ROJAS SÁNCHEZ, MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA, DAVID FERNANDEZ PEREZ Y LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ **767**

159 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR Y EL EXAMEN DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS EN RADIOLOGÍA
MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ, INÉS RUIZ MERCHÁN, AURORA ARIAS CARRERO, LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ Y MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA **771**

160 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR Y LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA DE MANO A UN PACIENTE HOSPITALIZADO
MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ, INÉS RUIZ MERCHÁN, AURORA ARIAS CARRERO, LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ Y MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA **775**

161 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR Y LA ARTRORESONANCIA DE HOMBRO EN UN PACIENTE HOSPITALIZADO
MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ, INÉS RUIZ MERCHÁN, AURORA ARIAS CARRERO, LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ Y MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA **779**

162 EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL AISLAMIENTO Y PURIFICACIÓN DE MOLÉCULAS DE ADN
LAURA GARRIDO CATALÁ, MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, CONCEPCIÓN MORALES SUÁREZ, ANA CRISTINA MAROTO BARATO Y SUSANA MONTES GARCIA **783**

163 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ANÁLISIS DEL NÚMERO BAJO DE PLAQUETAS (TROMBOCITOS) EN LA SANGRE
MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, CONCEPCIÓN MORALES SUÁREZ, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, SUSANA MONTES GARCIA Y LAURA GARRIDO CATALÁ **791**

164 EL TÉCNICO LABORATORIO Y EL ANÁLISIS DE SANGRE QUE PUEDE REVELAR ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN EL ORGANISMO
MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, CONCEPCIÓN MORALES SUÁREZ, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, SUSANA MONTES GARCIA Y LAURA GARRIDO CATALÁ **797**

165 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LOS EFECTOS ADVERSOS PRODUCIDOS POR EL CONTRASTE YODADO
MARTA PEDREGAL ÁLVAREZ **801**

166 FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN EL RELLENO Y VACIADO DE LOS MOLDES DENTALES
CRISTINA GONZÁLEZ, MIRIAM ABAD LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS, MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA Y VALENTINA ELENA MANEA **805**

167 FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN EL BLANQUEAMIENTO DENTAL
CRISTINA GONZÁLEZ, MIRIAM ABAD LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS, MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA Y VALENTINA ELENA MANEA **809**

168 FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN LOS RETENEDORES DENTALES
CRISTINA GONZÁLEZ, MIRIAM ABAD LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS, MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA Y VALENTINA ELENA MANEA **813**

169 CONSECUENCIAS DE LOS CRONOGRAMAS ROTATIVOS EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL
VERONICA GOMEZ NAVES, PATRICIA ALONSO ANTUÑA, LORENA SUSTACHA DUARTE, MARIA DEL CARMEN MARTÍNEZ BAYÓN Y MARÍA MANUELA NAVES DÍAZ **817**

170 EL ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA LA DETECCIÓN DEL ALZHEIMER SEGÚN EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO
MARA GREGORIO HONRUBIA, CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ Y BELÉN GARRIDO ORTIZ **821**

171 EL TRABAJO CLÍNICO EN LA DETECCIÓN DE LA PROTEÍNA GP120 EN EL DESARROLLO DE LA TÉCNICA WESTERN BLOT SEGÚN EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO
BELÉN GARRIDO ORTIZ, MARA GREGORIO HONRUBIA Y CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ **825**

172 LOS SISTEMAS DE SISTEMAS DE PRESIÓN Y VACÍO EN EL LABORATORIO POR PARTE DEL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO
CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ, MARA GREGORIO HONRUBIA Y BELÉN GARRIDO ORTIZ **829**

173 LOS EDIFICIOS SIN ACONDICIONAR Y EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
CARLOS MORENO SÁNCHEZ, RAQUEL HINESTROSA ROSAL, MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA, MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ Y MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA 833

174 EL CUIDADO DE LA VOZ EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SANIDAD
CARLOS MORENO SÁNCHEZ, RAQUEL HINESTROSA ROSAL, MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA, MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ Y MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA 837

175 AFECCIONES DE LAS CUERDAS VOCALES EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
CARLOS MORENO SÁNCHEZ, MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA, MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ, MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA Y RAQUEL HINESTROSA ROSAL 841

176 EL CELADOR Y EL TRASLADO DEL PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS, CAMA O CAMILLA
CELIA SÁNCHEZ MARTÍN, MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS, JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA Y ALMUDENA PANTOJA HERRERA 845

177 EL CELADOR: LABOR EN HOSPITALIZACIÓN EN PLANTA DE PSIQUATRÍA
CELIA SÁNCHEZ MARTÍN, MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS, ALMUDENA PANTOJA HERRERA Y JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA 849

178 EL CELADOR Y EL PACIENTE TERMINAL
JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA, ALMUDENA PANTOJA HERRERA, MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS Y CELIA SÁNCHEZ MARTÍN 853

179 LOS PINCHES: CARGA, TRASLADO Y DISTRIBUCIÓN DE LAS BANDEJAS DURANTE EL SERVICIO DE COMIDA EN EL HOSPITAL
ALICIA CORROCHANO MARTÍN Y MARÍA INMACULADA GARCÍA SANCHEZ MAYORAL 857

180 LOS PINCHES Y LA LIMPIEZA DEL TÚNEL DE LAVADO EN EL HOSPITAL
MARÍA INMACULADA GARCÍA SANCHEZ MAYORAL Y ALICIA CORROCHANO MARTÍN **861**

181 EL SERVICIO DEL PINCHE EN PEDIATRIA
MARÍA INMACULADA GARCÍA SANCHEZ MAYORAL Y ALICIA CORROCHANO MARTÍN **865**

182 EL PINCHE DE COCINA EN LA CALIDAD DE LA COCINA HOSPITALARIA
MARIA ALEJANDRA BLANCO ACUÑA, JAVIER SANCHEZ GOMEZ, IRENE GALÁN CORDERO, LORENA GALÁN FUERTES Y MARCOS LÓPEZ PEINADO **869**

183 PINCHE DE COCINA Y LAS IMPORTANTES NORMAS HIGIÉNICO-SANITARIAS QUE HAY QUE SEGUIR EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS
MARIA ALEJANDRA BLANCO ACUÑA, JAVIER SANCHEZ GOMEZ, IRENE GALÁN CORDERO, LORENA GALÁN FUERTES Y MARCOS LÓPEZ PEINADO **873**

184 LOS PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA Y LOS RIESGOS DE LAS HERIDAS Y CORTES
MARIA ALEJANDRA BLANCO ACUÑA, JAVIER SANCHEZ GOMEZ, IRENE GALÁN CORDERO, LORENA GALÁN FUERTES Y MARCOS LÓPEZ PEINADO **877**

185 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO, PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ, JUAN MARTINEZ ORTEGA, SARA TORNER HUERVA Y VICENTE ROSADO SOTO **881**

186 **EL CELADOR EL MANEJO Y EL CONOCIMIENTO DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS A LOS PACIENTES QUE LO REQUIEREN**
SERGIO YUNCAL VIVAS, EVA NAVARRO TERCERO, CRISTINA MOROTE TERCERO, YOLANDA MOROTE BONIFACIO Y MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO **885**

187 **LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LA PARTE DE LOS LABORATORIOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
CRISTINA MOROTE TERCERO, YOLANDA MOROTE BONIFACIO, MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO, SERGIO YUNCAL VIVAS Y EVA NAVARRO TERCERO **889**

188 **TIPO DE URGENCIAS Y EL CELADOR DE PUERTAS ANTE ELLAS**
CRISTINA MOROTE TERCERO, YOLANDA MOROTE BONIFACIO, MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO, SERGIO YUNCAL VIVAS Y EVA NAVARRO TERCERO **893**

189 **EL CELADOR Y SUS FUNCIONES DENTRO DEL SERVICIO DE LENCERÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO, PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ, SARA TORNER HUERVA, JUAN MARTINEZ ORTEGA Y VICENTE ROSADO SOTO **897**

190 **EL ELECTRICISTA HOSPITALARIO: TIPOS DE MANTENIMIENTO ELÉCTRICO Y REVISIONES A REALIZAR**
JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA **901**

191 **EL CELADOR EN EL ANIMALARIO: FUNCIONES Y COMPETENCIAS**
GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO, VICENTE ROSADO SOTO, SARA TORNER HUERVA, JUAN MARTINEZ ORTEGA Y PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ **905**

192 **EL CUIDADO DE POSTURA Y DE SALUD DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
ÁNGEL GARRIDO GARCÍA, ELENA MALDONADO GALERA, BÁRBARA MUÑOZ PALOMO, Mª INMACULADA LÓPEZ GALLEGO Y SANDRA RODRIGO MARTINEZ **909**

193 **PRINCIPALES FUNCIONES Y TAREAS DESARROLLADAS POR EL CELADOR DENTRO DEL ALMACÉN HOSPITALARIO**
ANTONIO CANO PEÑA, ROSARIO PEREZ LOPEZ, VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA, MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO Y YOLANDA LEON DE LA TORRE **913**

194 **FUNCIONES DESARROLLADAS POR EL CELADOR DENTRO DE LA UNIDADES DE PSIQUIATRÍA DE UN HOSPITAL**
VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA, YOLANDA LEON DE LA TORRE, ANTONIO CANO PEÑA, ROSARIO PEREZ LOPEZ Y MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO **917**

195 **CONOCIMIENTO DEL CELADOR DE LAS DIFERENTES POSICIONES ANATÓMICAS NO QUIRÚRGICAS**
ROSARIO PEREZ LOPEZ, YOLANDA LEON DE LA TORRE, ANTONIO CANO PEÑA, MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO Y VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA **921**

196 **LA FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN RELACIÓN CON UNA BASE DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARTA SANCHEZ ADEVA, MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ, SONIA RAMOS MARTÍNEZ, JOSUE GOMEZ MANZANERO Y INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA **925**

197 **FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS**
JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ, CLAUDIA MORENO RAMOS, LAURA SEPÚLVEDA ANGULO, FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO Y MANUEL ANGULO ESCRIBANO **931**

198 **LOS CELADORES EN GINECOLOGÍA ANTE EL PARTO DE LAS PACIENTES**
ÓLIVER RAYOS MARTÍN, LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA, MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU, ANA MOYANO SOLERA Y GREGORIO REYES CIFUENTES **935**

199 **EL CELADOR ADSCRITO AL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU, ANA MOYANO SOLERA, GREGORIO REYES CIFUENTES, ÓLIVER RAYOS MARTÍN Y LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA **939**

200 **FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ, LAURA SEPÚLVEDA ANGULO, CLAUDIA MORENO RAMOS, MANUEL ANGULO ESCRIBANO Y FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO **943**

201 **EL CELADOR Y EL PROCESO CON LOS EXITUS QUE NECESITAN DIAGNÓSTICO POR PARTE DEL EQUIPO FORENSE**
MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU, ANA MOYANO SOLERA, GREGORIO REYES CIFUENTES, ÓLIVER RAYOS MARTÍN Y LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA **947**

202 **FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO: UCSI**
JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ, MANUEL ANGULO ESCRIBANO, LAURA SEPÚLVEDA ANGULO, CLAUDIA MORENO RAMOS Y FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO **951**

203 **DESARROLLO DE LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO CALEFACTOR Y FONTANERO PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS EQUIPO DE MANTENIMIENTO DENTRO DEL LABORATORIO CLÍNICO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
IVAN ESPARTERO MUÑOZ, JOSÉ LUIS CASADO APARICIO, JAVIER BUITRAGO MEDINA, HONORATO LOZANO MOYA Y VICENTE PICAZO SANCHEZ **955**

204 **PERSONAL GESTIÓN Y SERVICIOS EN EL EQUIPO DE MANTENIMIENTO COMO CALEFACTOR Y FONTANERO; FUNCIONES EN CUIDADOS INTENSIVOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
JAVIER BUITRAGO MEDINA, VICENTE PICAZO SANCHEZ, JOSÉ LUIS CASADO APARICIO, IVAN ESPARTERO MUÑOZ Y HONORATO LOZANO MOYA **961**

205 PERSONAL GESTIÓN Y SERVICIOS EN EL EQUIPO DE MANTENIMIENTO COMO CALEFACTOR Y FONTANERO: CLORACIÓN DEL AGUA SANITARIA
VICENTE PICAZO SANCHEZ, JAVIER BUITRAGO MEDINA, JOSÉ LUIS CASADO APARICIO, IVAN ESPARTERO MUÑOZ Y HONORATO LOZANO MOYA 965

206 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO VÍCTIMA DE LA VIOLENCIA POR PARTE DEL PACIENTE DEL AMBITO SANITARIO
ELENA MALDONADO GALERA, BÁRBARA MUÑOZ PALOMO, ÁNGEL GARRIDO GARCÍA, Mª INMACULADA LÓPEZ GALLEGO Y SANDRA RODRIGO MARTINEZ 969

207 LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN DIFERENTES PAÍSES
CARMEN JIMENEZ MARTINEZ, TERESA LORENTE PEREZ, JORGE ROBLES CLAVEL, MARIA DEL PILAR LILLO IRALA Y JESUS CLEMENTE GARCIA 973

208 LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECRETARÍA DE PLANTA DE UN HOSPITAL
MARTA SANCHEZ ADEVA, JOSUE GOMEZ MANZANERO, MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ, INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA Y SONIA RAMOS MARTÍNEZ 977

209 EL TRASLADO Y MOVIMIENTO DEL CELADOR A LOS PACIENTES OPERADOS DE CADERA
MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ, CRISTINA GARCIA REYES, MARÍA ARENAS MOTILLA, MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ Y FABIÁN CANTÓN SERRANO 981

210 LOS CELADORES QUE ESTAN AYUDANDO A LOS PACIENTES QUE VAN A CONSULTAS EXTERNAS
FABIÁN CANTÓN SERRANO, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ, CRISTINA GARCIA REYES, MARÍA ARENAS MOTILLA Y MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ 985

211 **LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA EXPERIMENTAL**
FABIÁN CANTÓN SERRANO, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ, CRISTINA GARCIA REYES, MARÍA ARENAS MOTILLA Y MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ **989**

212 **EL CELADOR EN LOS DIFERENTES TIPOS DE AISLAMIENTO**
ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS, FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO Y CARLOS BENITA COTILLAS **993**

213 **EL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE RADIOLOGÍA Y SUS FUNCIONES**
ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS, FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO Y CARLOS BENITA COTILLAS **997**

214 **EL CELADOR Y LAS FUNCIONES A REALIZAR EN UN ALMACÉN HOSPITALARIO**
ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS, FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO Y CARLOS BENITA COTILLAS **1001**

215 **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN COMUNICACIÓN Y HABILIDADES EN URGENCIAS HOSPITALARIAS**
MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR, ANA MARIA CANO ESPINOSA Y PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ **1005**

216 **LA FIGURA DEL CELADOR CON LA RECEPCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA**
MARÍA DE LAS NIEVES CORTINAS VALLADOLID, PEDRO JULIÁN ROMERO ARRIBAS Y MARIA ELENA BELMAR GARCIA **1009**

217 **LA LABOR DEL CELADOR EN EL HOSPITAL DE DÍA. PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE ESTOS CENTROS**
MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA, RAUL MARTINEZ MOROTE, SERGIO FUENTES MARÍN, EMILIA SANTANA TENDERO Y CAROLINA MORENO FELIPE **1013**

218 **EL CELADOR DEL ÁMBITO SANITARIO ANTE LOS RIESGOS DE SUFRIR LESIONES MUSCOESQUÉLETICAS**
MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA, RAUL MARTINEZ MOROTE, SERGIO FUENTES MARÍN, EMILIA SANTANA TENDERO Y CAROLINA MORENO FELIPE **1017**

219 **EL CELADOR EN LA PREVENCIÓN DE LAS CAIDAS DEL ANCIANO**
MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA, RAUL MARTINEZ MOROTE, EMILIA SANTANA TENDERO, SERGIO FUENTES MARÍN Y CAROLINA MORENO FELIPE **1021**

220 **EL BIENESTAR DEL PINCHE DE COCINA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**
MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ **1025**

221 **HABILIDADES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN AL PÚBLICO EN ÁMBITO HOSPITALARIO**
PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ, MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR Y ANA MARIA CANO ESPINOSA **1033**

222 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ORGANIZACIÓN DE EXPEDIENTES Y SU TRAMITACIÓN EN UN HOSPITAL**
PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ, ANA MARIA CANO ESPINOSA Y MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR **1037**

223 **EL COMETIDO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**
Mª INMACULADA LÓPEZ GALLEGO, ELENA MALDONADO GALERA, BÁRBARA MUÑOZ PALOMO, ÁNGEL GARRIDO GARCÍA Y SANDRA RODRIGO MARTINEZ **1041**

224 **EL PAPEL DEL CELADOR EN EL PARITORIO**
ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA, LLANOS SANTOS CUENCA, JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ, RAQUEL MARÍN PEÑA Y MARTA ALEXANDRE GARCÍA **1045**

225 **EL PAPEL DEL CELADOR EN EL TRANSPORTE DE CITOSTÁTICOS**
ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA, LLANOS SANTOS CUENCA, JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ, RAQUEL MARÍN PEÑA Y MARTA ALEXANDRE GARCÍA **1049**

226 **EL CELADOR EN CIRUGÍA DURANTE EL COVID-19**
ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA, LLANOS SANTOS CUENCA, JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ, RAQUEL MARÍN PEÑA Y MARTA ALEXANDRE GARCÍA **1053**

227 **LA RELACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON PACIENTES Y FAMILIARES EN LOS COMPLEJOS HOSPITALARIOS**
ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY, MERCEDES VILLALÓN BARBA, DANIEL DE LUCA NEGRETE, MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA Y JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ **1057**

228 **LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE SALUD MENTAL Y SU PROCESO**
MERCEDES VILLALÓN BARBA, DANIEL DE LUCA NEGRETE, MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA, JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ Y ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY **1061**

229 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS EN LOS CENTROS SANITARIOS**
MERCEDES VILLALÓN BARBA, DANIEL DE LUCA NEGRETE, MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA, JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ Y ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY **1065**

230 **EL PAPEL DEL CELADOR EN LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA**
MARIA DEL PILAR LILLO IRALA, JORGE ROBLES CLAVEL, CARMEN JIMENEZ MARTINEZ, JESUS CLEMENTE GARCIA Y TERESA LORENTE PEREZ **1069**

231 **ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PSIQUIATRÍA**
MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL, VANESSA QUIROGA MINAYA, BEATRIZ GARCÍA TEJERA, MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO Y MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO **1073**

232 **LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE RADIODIAGNÓSTICO**
MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL, VANESSA QUIROGA MINAYA, BEATRIZ GARCÍA TEJERA, MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO Y MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO **1079**

233 **ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO**
MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL, VANESSA QUIROGA MINAYA, BEATRIZ GARCÍA TEJERA, MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO Y MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO **1085**

234 **EL PERSONAL SUBALTERNO EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO. FUNCIONES DEL CELADOR EN EL CONOCIMIENTO DEL MATERIAL UTILIZADO EN LA SALA DE INTERVENCIONES**
ENCARNI MONTES IGLESIAS, SELENIA NOVAS SALMERON, ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN, GUILLERMO GONZALEZ BENITO Y OLGA SANCHEZ CLEMENTE **1091**

235 **EL PERSONAL SUBALTERNO EN EL QUIRÓFANO. FUNCIONES DEL CELADOR EN EL INTERIOR DEL BLOQUE QUIRÚRGICO**
ENCARNI MONTES IGLESIAS, SELENIA NOVAS SALMERON, ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN, GUILLERMO GONZALEZ BENITO Y OLGA SANCHEZ CLEMENTE **1095**

236 **ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LAS INTERACCIONES CON EL CELADOR**
JESUS CLEMENTE GARCIA, CARMEN JIMENEZ MARTINEZ, JORGE ROBLES CLAVEL, MARIA DEL PILAR LILLO IRALA Y TERESA LORENTE PEREZ **1099**

237 **ANÁLISIS Y DESARROLLO DE PROFESIONALES IMPLICADOS DEL PLAN DE CONTROL DE PUNTOS CRÍTICOS POR EL PINCHE DE COCINA**
GUADALUPE MAESTRE PEREZ, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ, ANA GOMEZ GIL, ELIO CRESPO ZAFRA Y LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO **1103**

238 **COMO ELABORAR UN DIAGRAMA DE FLUJO DE UN ALIMENTO POR PARTE DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA**
GUADALUPE MAESTRE PEREZ, LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO, ELIO CRESPO ZAFRA, ANA GOMEZ GIL Y MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ **1107**

239 EXPOSICIÓN DE LA COCCIÓN AL VACÍO POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA
GUADALUPE MAESTRE PEREZ, ANA GOMEZ GIL, ELIO CRESPO ZAFRA, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ Y LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO 1111

240 EL PERSONAL DE CALEFACTOR DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO CUANDO PASO EL PROCESO DEL COVID
ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ, FABIÁN CANTÓN SERRANO, CARLOS POZO GONZÁLEZ, JORGE FERRE CAÑIZARES Y ALVARO FERRE NAVARRO 1115

241 EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO DE PISCINAS PARA USO SANITARIO
CARLOS POZO GONZÁLEZ, JORGE FERRE CAÑIZARES, ALVARO FERRE NAVARRO, ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ Y FABIÁN CANTÓN SERRANO 1119

242 EL PERSONAL DE CALEFACTOR DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMEINTO ANTE EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS
CARLOS POZO GONZÁLEZ, JORGE FERRE CAÑIZARES, ALVARO FERRE NAVARRO, ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ Y FABIÁN CANTÓN SERRANO 1123

243 AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS
JOSE ANTONIO SAAVEDRA PANDO 1129

244 EVACUACIÓN DE HOSPITALES EN CASO DE INCENDIO
JOSE ANTONIO SAAVEDRA PANDO 1133

245 DIFERENCIAS Y SIMILITUDES DEL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA
MARTA SANCHEZ ADEVA, MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ, JOSUE GOMEZ MANZANERO, SONIA RAMOS MARTÍNEZ Y INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA 1137

246 EXTINTORES EN HOSPITALES
JOSE ANTONIO SAAVEDRA PANDO 1143

247 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA HOSPITALARIA
MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL, VANESSA QUIROGA MINAYA, BEATRIZ GARCÍA TEJERA, MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO Y MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO 1147

248 EL PERSONAL SUBALTERNO EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA. FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE
SELENIA NOVAS SALMERON, ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN, GUILLERMO GONZALEZ BENITO, OLGA SANCHEZ CLEMENTE Y ENCARNI MONTES IGLESIAS 1151

249 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA POR EL PERSONAL NO SANITARIO
JOSE ANTONIO SAAVEDRA PANDO 1155

250 LAS VÍAS DE ENTRADA AL ORGANISMO DE LOS AGENTES QUÍMICOS EN EL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS
JOSE ANTONIO SAAVEDRA PANDO 1159

251 CÓMO AFRONTA EL CELADOR LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS
RUBEN FERNANDEZ DEL MAZO 1163

252 EL CELADOR EN URGENCIAS. LA INMOVILIZACIÓN
MANUEL ARANDA PEÑA, PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS, CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ, MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA Y ÁNGEL BUENO BUENO 1167

253 CELADOR Y EXITUS DE PACIENTE
RAUL MARTIN SANCHEZ, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA, CARLOS MURO MONTERO, DIEGO MARTIN MAROTO Y MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO 1171

254 QUEJAS, SUGERENCIAS Y AGRADECIMIENTOS EN SANIDAD
SHEILA GARCÍA HEVIA 1175

255 ¿CÓMO ACTÚA EL CELADOR ANTE UN EXITUS EN LA PLANTA HOSPITALARIA?
MANUEL ARANDA PEÑA, PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS, MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA, CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ Y ÁNGEL BUENO BUENO 1179

256 EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICO DE ARCHIVOS
JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ, BARBARO GONZALEZ MARTINEZ, MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS, VANESSA GARCIA RAMOS Y MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA 1183

257 EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA HOSPITALARIA
JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ, BARBARO GONZALEZ MARTINEZ, MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS, VANESSA GARCIA RAMOS Y MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA 1187

258 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS HOSPITALARIOS
JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ, BARBARO GONZALEZ MARTINEZ, MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS, VANESSA GARCIA RAMOS Y MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA 1191

259 EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN CON PACIENTES DROGODEPENDIENTES
MANUEL ARANDA PEÑA, ÁNGEL BUENO BUENO, MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA, CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ Y PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS 1195

260 ATENCIÓN Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE PALIATIVO POR EL CELADOR
MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS, YOLANDA SILGADO ARANDA, JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ, VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS Y MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ 1199

261 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE AGRESIVO EN HOSPITALIZACIÓN COMÚN
MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS, VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS, MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ, JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ Y YOLANDA SILGADO ARANDA 1203

262 TRASLADO DEL PACIENTE CONTAGIOSO POR EL CELADOR
MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS, YOLANDA SILGADO ARANDA, JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ, MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ Y VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS 1207

263 LA LABOR DEL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN
MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO, MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE, LORENA DELGADO GONZALEZ, NOELIA GARCIA MUÑOZ Y ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA 1211

264 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA
MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO, MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE, LORENA DELGADO GONZALEZ, NOELIA GARCIA MUÑOZ Y ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA 1215

265 TÉCNICAS REALIZADAS POR EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES
MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO, MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE, LORENA DELGADO GONZALEZ, NOELIA GARCIA MUÑOZ Y ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA 1219

266 CELADOR: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA PONER A OTROS PROFESIONALES SANITARIOS GUANTES ESTERILES.
RAUL MARTIN SANCHEZ, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA, CARLOS MURO MONTERO, DIEGO MARTIN MAROTO Y MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO 1223

267 RECONOCIMIENTO AL CELADOR POR SU ACTUACIÓN PARA HACER FRENTE AL CORONAVIRUS (COVID-19)
RAUL MARTIN SANCHEZ, MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO, DIEGO MARTIN MAROTO, CARLOS MURO MONTERO Y MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA 1227

268 FUNDAMENTOS DE INFORMÁTICA PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS, VERONICA MARTINEZ LOPEZ, LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ Y VERÓNICA PASTRANA RUIZ 1231

269 EL BURNOUT EN LOS PROFESIONALES AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
VERONICA MARTINEZ LOPEZ, LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ, VERÓNICA PASTRANA RUIZ Y MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS 1235

270 EL PAPEL DEL TÉCNICO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA
VERONICA MARTINEZ LOPEZ, MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS, LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ Y VERÓNICA PASTRANA RUIZ 1239

271 PERSONAL NO SANITARIO: MECANICO. EL OXICORTE
JOAQUIN GUIJA MATÍAS 1243

272 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES
MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ VELASCO, GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO, NURIA SÁNCHEZ TORREJON, MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ Y JOSEFINA SANTOS ALONSO 1247

273 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE ARCHIVO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ VELASCO, JOSEFINA SANTOS ALONSO, NURIA SÁNCHEZ TORREJON, MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ Y GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO 1251

274 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CÓMO ES LA GESTIÓN DE LAS TARJETAS SANITARIAS DE LOS PACIENTES
MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ VELASCO, MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ, GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO, JOSEFINA SANTOS ALONSO Y NURIA SÁNCHEZ TORREJON 1255

275 LO QUE EL PINCHE DE COCINA DEBE SABER DEL ENVASADO DE LOS ALIMENTOS
ANTONIO SARRION TOLOSA, JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ, PILAR SANCHEZ MONTERO, MARIA HERAS JIMENEZ Y PABLO CAMPOS PLIEGO 1259

276 LO QUE EL PINCHE DEBE DE SABER SOBRE LA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA COCINA HOSPITALARIA
ANTONIO SARRION TOLOSA, JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ, PILAR SANCHEZ MONTERO, MARIA HERAS JIMENEZ Y PABLO CAMPOS PLIEGO 1263

277 LA ORGANIZACIÓN DE LAS DIETAS QUE DEBE DE SABER EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA
ANTONIO SARRION TOLOSA, JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ, PILAR SANCHEZ MONTERO, MARIA HERAS JIMENEZ Y PABLO CAMPOS PLIEGO 1269

278 EL CELADOR Y SU COLABORACIÓN EN EL CAMBIO DE SONDA VESICAL PERMANENTE
MARÍA SESAR RÚA 1273

279 CALIDAD EN ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA. PINCHES
JULIO VELASCO VALERA Y JESÚS ENRIQUE VELASCO FERNÁNDEZ 1279

280 CONSERVACIÓN Y TÉCNICAS DE ELABORACIÓN DE ALIMENTOS EN COCINAS HOSPITALARIAS. PINCHES
JULIO VELASCO VALERA Y JESÚS ENRIQUE VELASCO FERNÁNDEZ 1283

281 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DEL EQUIPO DE INFORMÁTICA EN EL CENTRO HOSPITALARIO
MARÍA VANESA MARTÍN PUIG, ANA Mª GARCÍA HERNANDO, CAROLINA LÓPEZ SALVADOR, SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ Y ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA PATOS 1287

282 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL APOYO ADMINISTRATIVO A LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE ÁREA
MARÍA VANESA MARTÍN PUIG, ANA Mª GARCÍA HERNANDO, CAROLINA LÓPEZ SALVADOR, SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ Y ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA PATOS 1291

283 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA REALIZACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS
MARÍA VANESA MARTÍN PUIG, ANA Mª GARCÍA HERNANDO, CAROLINA LÓPEZ SALVADOR, SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ Y ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA PATOS 1295

284 LA FIGURA DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR: ¿QUIÉN ES?, ¿CUÁLES SON SUS PRINCIPALES FUNCIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO?
MARÍA AMOR DÍAZ AFONSO 1299

285 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ARCHIVO, FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS
VANESA REY GARCÍA, ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA, ALVARO MORA GARCIA, MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA Y PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS 1303

286 EL CELADOR EN FARMACIA: FUNCIONES E IMPORTANCIA
VANESA REY GARCÍA, ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA, PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS, ALVARO MORA GARCIA Y MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA 1307

287 LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL
VANESA REY GARCÍA, ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA, ALVARO MORA GARCIA, MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA Y PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS 1311

288 LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES Y LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y NORMAS BÁSICAS DE HIGIENE
JUAN ESTEBAN MORAL, SANDRA GONZALEZ AMORAGA, ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA, MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ Y IRENE TENES MUÑOZ 1315

289 LA RESPONSABILIDAD DE EVITAR LA CONTAMINACIÓN Y LA CADUCIDAD DE ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS
JUAN ESTEBAN MORAL, SANDRA GONZALEZ AMORAGA, ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA, MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ Y IRENE TENES MUÑOZ 1321

290 **LA ORGANIZACIÓN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS DEL GÉNERO DENTRO DE LOS ALMACENES**
JUAN ESTEBAN MORAL, SANDRA GONZALEZ AMORAGA, ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA, MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ Y IRENE TENES MUÑOZ 1327

291 **CONTROL DE MATERIAS PRIMAS POR EL PINCHE DE COCINA**
ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO, CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ, JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ, LUCIA AGUJETAS MAYA Y CONCEPCIÓN NIETO QUILON 1331

292 **EL IMPACTO DE LA ROTACIÓN DE PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA EN LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS**
LUCIA AGUJETAS MAYA, CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ, JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ, ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO Y CONCEPCIÓN NIETO QUILON 1335

293 **MAQUINARIA A UTILIZAR POR LOS PINCHES EN COCINA HOSPITALARIA**
JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ, LUCIA AGUJETAS MAYA, ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO, CONCEPCIÓN NIETO QUILON Y CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ 1339

294 **LA RELACIÓN DEL CELADOR CON LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL**
ANA BELEN SANCHEZ MAESTRE, EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA, IMANOL MECO GOMEZ DE LAS HERAS, MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ Y MANUELA MUÑOZ GARCÍA 1343

295 **EL CELADOR DESTINADO EN LA PLANTA DEL HOSPITAL**
ANA BELEN SANCHEZ MAESTRE, IMANOL MECO GOMEZ DE LAS HERAS, MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ, MANUELA MUÑOZ GARCÍA Y EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA 1347

296 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LA CAMA QUIRÚRGICA
ANA BELEN SANCHEZ MAESTRE, EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA, MANUELA MUÑOZ GARCÍA, MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ Y IMANOL MECO GOMEZ DE LAS HERAS 1351

297 ANÁLISIS DEL SESGO DE GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA
ALBA ANDREO CANDEL, ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR, CRISTINA GIJÓN RUIZ, VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE Y MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ 1355

298 EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES CON COVID-19: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA
ALBA ANDREO CANDEL, ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR, CRISTINA GIJÓN RUIZ, VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE Y MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ 1359

299 LA LEGIONELOSIS Y LOS SISTEMAS DE REFRIGERACIÓN: PAPEL DE LA ENFERMERÍA
ALBA ANDREO CANDEL, ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR, CRISTINA GIJÓN RUIZ, VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE Y MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ 1365

300 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA TRAMITACIÓN DE REINTEGRO DE GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA EN EL SISTEMA DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA (SESCAM)
AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO, GLORIA MARÍA MORENO GALAN, MARÍA MORENO RODRÍGUEZ, MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ Y MARIA CARMEN TORRES GARCÍA 1369

301 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA EN EL HOSPITAL
MARIA CARMEN TORRES GARCÍA, AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO, GLORIA MARÍA MORENO GALAN, MARÍA MORENO RODRÍGUEZ Y MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ 1377

302 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARIA CARMEN TORRES GARCÍA, AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO, GLORIA MARÍA MORENO GALAN, MARÍA MORENO RODRÍGUEZ Y MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ **1385**

303 **FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN LA RECEPCIÓN DE PACIENTES HOSPITALARIOS**
ISABEL COPETE ESPARCIA, MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA, REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ, MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO Y ANIBALIANA CULEBRAS PERES **1393**

304 **FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN LA ATENCIÓN DELPACIENTE EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO**
ISABEL COPETE ESPARCIA, ANIBALIANA CULEBRAS PERES, MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO, REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ Y MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA **1397**

305 **FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN EL ÁREA DE ENDOSCOPIAS AMBULANTES**
ISABEL COPETE ESPARCIA, MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA, ANIBALIANA CULEBRAS PERES, MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO Y REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ **1401**

Capítulo 1

REVISIÓN BILIOGRÁFICA SOBRE LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN DURANTE LA EDAD PEDIÁTRICA

VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO

INMACULADA RODRIGO CAMACHO

NOELIA RIVERA TEJERO

FADWA EL BALGHITY MOUATADIR

1 Introducción

Desde muchos años atrás, enfermería ha constituido un colectivo muy importante en la salud del recién nacido en todo su desarrollo madurativo hasta alcanzar la etapa de niño/a y adolescente, esto ha sido así gracias a la educación para la salud sobre la alimentación, entre otros temas, que han llevado a cabo las enfermeras/os desde el momento del nacimiento.

Una alimentación adecuada en la infancia es fundamental para un crecimiento, salud y desarrollo óptimo, evitando así diversas enfermedades, desde enfermería para comprobar el correcto desarrollo del lactante o niño/a, tras realizar la educación para la salud a las personas adultas titulares del lactante o niño/a, lleva a

cabo una exhaustiva valoración y evaluación del estado del bebé a través de la entrevista a los padres y valoración antropométrica del lactante o niño/a.

La lactancia materna, desde años muy remotos, se consideró y se continúa eligiendo como el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida, cubriendo todas sus necesidades nutricionales. Como segunda elección y en caso de que no sea posible la lactancia materna, la leche artificial de fórmula, constituye el único alimento hasta los 6 meses de edad y a partir de ahí, la alimentación complementaria comienza a combinarse con la lactancia.

2 Objetivos

• Describir las actuaciones de enfermería sobre la lactancia y alimentación para una adecuada salud y crecimiento durante la edad pediátrica.

• Conocer las características y pautas de una adecuada lactancia y alimentación complementaria en pediatría.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente capítulo, se ha elegido la revisión bibliográfica como método de estudio de investigación de la información publicada en diversas fuentes científicas. Se han consultado documentos de diversas bases de datos como: Scielo, Dialnet y google académico. También se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, guías publicadas en distintas áreas de salud por enfermeras/os y revistas publicadas en los últimos años.

4 Resultados

El enfermero/a pediátrico, se encarga del seguimiento de las revisiones de niño sano desde el momento del nacimiento hasta la adolescencia, realizando en dichas revisiones promoción de la salud y prevención de la enfermedad, llevando a cabo un seguimiento holístico hacia el paciente y unidad familiar. También se encargan de la realización de técnicas terapéuticas prescritas por el médico/a como administración de vacunas, medicación, curas, medidas antropométricas, constantes vitales…

Una labor muy importante de las enfermeras/os, es la educación para la salud en

todas las etapas del ciclo vital, desde los cuidados del recién nacido, desarrollo psicomotor, nutrición, higiene, prevención de accidentes, sexualidad, ejercicio físico y lactancia materna o alimentación complementaria, que es el tema que trataremos en este capítulo dado a los relevantes problemas y patologías nutricionales que afectan hoy en día en la infancia y que como enfermeras/os contamos con la suficiente preparación para abordarlo cómo se ha demostrado en numerosos estudios científicos.

La evidencia actual recomienda la lactancia materna o de fórmula adaptada exclusiva hasta los 6 meses de edad y a partir de ahí el inicio de la alimentación complementaria, no obstante, en un pasado no muy lejano, se recomendaba el inicio de la alimentación complementaria a los 4 meses de edad o incluso antes, además, aún hay guías y profesionales sanitarios que recomiendan a los 4 meses de edad o incluso antes.
Tras un estudio reciente en Europa, se observó que la mayoría de padres introducen los alimentos complementarios al bebé antes de los 6 meses y un pequeño porcentaje, lo hace de manera tardía después de los 6 meses.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la lactancia materna como "forma óptima de alimentar a los bebés, ofreciéndoles los nutrientes que necesitan en el equilibrio adecuado, así como ofreciendo protección contra las enfermedades"

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la alimentación complementaria como "Periodo durante el cual se administran otros alimentos junto con la leche materna".

¿Qué, como y cuando introducir determinados alimentos? Pregunta muy consultada por los padres del bebé a sus enfermeras/os de referencia, cuya cercanía y accesibilidad hace que acudan a nosotras como primera opción para dar respuestas a sus dudas.

Una guía creada por distintas enfermeras del área de salud SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha), es la siguiente:

*De 0 a 6 meses:

- La alimentación del bebé en sus primeros seis meses de vida, debe de ser únicamente leche, preferiblemente leche materna y en su defecto leche de fórmula de inicio o tipo I para lactantes.

- La lactancia materna durante al menos el primer mes, será a demanda, no hay que forzar el horario de las mismas, las tomas se irán espaciando a medida que el bebé crezca, ya que este se autorregulará.

- No siempre que el bebé llora significa que tiene hambre.

- El número de biberones al día, como la cantidad de leche que el bebé tomará en cada toma será diferente en cada lactante según la demanda, ya que no hay normas fijas, aunque puede ajustarse a las siguientes recomendaciones:
*1ª semana: 30-60 ml por toma y a demanda.
*2ª semana: 90 ml por toma y 7-8 tomas.
*3ª y 4ª semana: 90-120 ml por toma y 6-7 tomas.
*2º mes: 120-150 ml por toma y 7 tomas.
*3º mes: 180 ml por toma y 6-7 tomas.
*4º-5º mes: 180-210 ml por toma y 5-6 tomas.
*6º mes: 240 ml por toma y 4 tomas.

- Se debe agregar la cantidad exacta de la leche en polvo al agua contenida en el biberón (cacito raso de leche en polvo por cada 30cc de agua). El aumento de cantidad siempre será de 30cc en 30cc (30cc de agua, 1 cazo de leche, 60cc de agua, 2 cazos de leche, 90cc 3 cazos de leche, etc.).

- Es importante seguir una correcta esterilización y limpieza del biberón.

*De 6 a 12 meses:
El momento idóneo de introducir nuevos alimentos, es a partir del 6º mes de vida, no se realiza antes por las siguientes razones:

- La leche materna sería desplazada por otros alimentos de inferior calidad menos nutritivos para el correcto desarrollo del bebé.

- El inicio antes de los 4 meses aumenta el riesgo de alergias y obesidad.

- Debido al desarrollo madurativo de los bebés, son incapaces de digerir ciertos alimentos.

- Se pueden producir enfermedades diarreicas y de malnutrición por el contacto con patógenos microbianos.

- Los nuevos alimentos se introducirán de manera progresiva y en pequeñas cantidades.

A pesar de introducir nuevos alimentos, durante el primer año, la leche seguirá siendo el alimento más importante y se debe de ofrecer con preferencia antes del alimento nuevo. Los bebés que tomen leche de fórmula, se debe de cambiar por la adaptada de continuación más rica en hierro y una vez que se haya introducido el gluten a los 6-7 meses.

En estos rangos de meses, se deben de introducir los siguientes alimentos:

- Cereales sin gluten: Añadir al principio 1 o 2 cacitos a la leche materna o de fórmula o agua y en días sucesivos añadir más cacitos hasta que se lo pueda tomar en forma de papilla con cuchara. Dar dos tomas de cereales en el día, por la mañana y noche.

- Frutas: Posteriormente, se introducirá la fruta sin miel ni azúcar ni edulcorantes, únicamente dar plátano, naranja y manzana, se dará en papilla o en trozos adaptados al bebé.

- Verduras: comenzar con puré de patata y zanahoria y añadir una cucharada de aceite de oliva virgen crudo, de manera progresiva añadir puerro, verde, calabacín, cebolla, calabaza. Las espinacas, acelgas, coles, remolacha y nabos introducir a partir de los 12 meses por un exceso de nitritos.

- Carne: pollo, pavo, conejo y ternera retirando la piel y grasa (20-30 g/día al principio, luego 30-40 g/día). A partir del 9º mes se puede introducir el cordero y cerdo en el puré de verduras, nunca la carne de caza.

- Huevo: introducirlo cocido comenzando con 1/2 yema y una vez tolerada la yema, comenzar con la clara cocida en pequeñas cantidades.

- Pescado: debe ser blanco y ultracongelado o congelarlo 5 días si es fresco (20-30 g/día al principio, luego 30-40 g/día).

- Legumbres: deberán de estar bien trituradas, ya que la piel no se digiere hasta los 2 años.

- A partir del 9º mes se puede introducir yogur natural sin azúcar y queso tierno sin sal.

- El agua es indispensable y, si está bien controlada, se puede consumir del grifo.

La introducción de alimentos se hará de manera progresiva, no administrar más de un alimento al día, y se esperará de 3 a 5 días para introducir otro nuevo

alimento para poder así detectar posibles reacciones adversas y para que se vaya familiarizando con sabores y texturas. Nunca dar a probar un nuevo alimento por la noche. La sal y azúcares que contienen los alimentos, es suficiente y no se añadirá más.

Entre el 7º y 9º mes, aunque no posean dientes, comenzarán con movimientos de masticación, por lo que se pueden añadir alimentos que requieran una masticación suave como alimentos blandos enteros. Hay más riesgo de atragantamiento si introducimos el alimento en la boca al bebé y menos si es él el que lo hace por sí mismo, irá aprendiendo a usar la cuchara y sustituirá el biberón por el vaso, aunque al principio usará las manos para comer, perderá el interés por los alimentos si no se le deja mancharse ni experimentar.

Orientación de las comidas a lo largo del día:

- Desayuno: Leche materna o fórmula adaptada y cereales (200-250 ml/toma).
- Comida: Puré de verduras y carne.
- Merienda: Puré de frutas y leche materna o fórmula adaptada.
- Cena: Leche materna o fórmula adaptada y cereales. Algunos días de la semana se le puede ofrecer un puré ligero de verdura y carne.
- 5ª toma: Sobre las 23 horas se puede dar leche materna o fórmula adaptada.

*De 12 a 36 meses:

- La leche de vaca se puede introducir a partir de los 12 meses de edad, aunque se puede mantener la leche materna o de continuación hasta los 2 años.

- Pescado azul pequeño sin espinas en la misma cantidad que la carne (30-40 g/día), evitar el consumo de pez espada, emperador, salmón, cazón y atún hasta los 3 años.

- A los 2 años, debe de comer casi lo mismo que los adultos.

- En esta etapa es fundamental la educación, ya que a partir de los 2 años hay una disminución fisiológica del apetito porque la velocidad de crecimiento disminuye y se vuelven selectivos y caprichosos con ciertos alimentos.

- Alimentos a evitar: frutos secos enteros, uva enteras, aceitunas enteras, ya que aumentan el riesgo de atragantamiento, también se deberá de evitar alimentos con sal como gusanitos, salchichas, embutidos, conservas, miel y azúcar añadida en galletas, chocolates, bollería, natillas, flanes, chucherías, mariscos y pescados

de gran tamaño, té, zumos industriales y refrescos.

Orientación de las comidas a lo largo del día:

- Desayuno: Papilla o leche con cereales.
- Comida: Se irá acostumbrando de forma progresiva a la comida familiar como purés de verduras o carne, legumbres, pasta, los arroces, los guisos. Carne o pescado en trozos pequeños, tortillas.

- Postre: leche/yogur o fruta.
- Merienda: Fruta, jamón o queso en trozos pequeños, yogur, bocadillos.
- Cena: Se debe dar preferencia a las verduras, los cereales y las frutas. Leche con/sin cereal.

5 Discusión-Conclusión

- Las múltiples e importantes recomendaciones basadas en la investigación para una alimentación sana, correcta y equilibrada durante la edad pediátrica, son dadas por las enfermeras/os a los padres de los bebés o niños/as, convirtiéndoles así en profesionales altamente capacitados y preparados para detectar problemas, prevenir enfermedades y promocionar una adecuada salud con un crecimiento y desarrollo óptimo del recién nacido.

- Es muy importante seguir las recomendaciones del colectivo de enfermería y no guiarnos por experiencias propias… Todavía hay abuelas que nos recuerdan… "Ahora la moda es a los 6 meses, pero su padre… a los 3 meses ya comía papillas de fruta y mira como está…"; debemos de respetar el estado madurativo del bebé e introducirlo de forma segura para evitar accidentes.

- Tanto es la implicación y el conocimiento del colectivo de enfermería sobre el tema de alimentación en la edad pediátrica, que ha creado y ofrece guías actualizadas y ofertadas de manera clara y detallada de gran utilidad a los padres de los lactantes y niños desde el mes 0 al 6º mes donde la lactancia, la materna como primera elección y si no es posible, la adaptada de inicio, debe de ser la alimentación exclusiva, también desde el 6º mes al 12º mes donde indican alimentos a incorporar manteniendo la leche materna o ya de continuación como alimento primordial y desde el mes 12 hasta los 36 meses donde se debe de conseguir una alimentación similar a la del adulto evitando ciertos alimentos.

- A pesar del gran trabajo de enfermería, aún queda camino por conseguir, ya

que a pesar de que la evidencia científica actual, demostrada por numerosos estudios, recomienda la lactancia materna o de fórmula adaptada exclusiva hasta los 6 meses de edad y a partir de ahí el inicio de la alimentación complementaria, algunos profesionales y población en general, no siguen estas pautas actuales y se guían de información desactualizada de la antigüedad y por el "boca-boca" de experiencias personales aumentando así el número de enfermedades y riesgo de atragantamientos al no respetar la edad y desarrollo madurativo y neurológico del niño.

6 Bibliografía

1. Jiménez Ortega AI, Martínez García RM, Velasco Rodríguez-Belvis M, Ruiz Herrero J. De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas. Nutrición Hospitalaria. [revista en Internet] 2017 [Acceso 4 de Julio de 2023]; 34(4):[1699-5198]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112017001000002&script=sci_arttext&tlng=en

.

2. Learte Álvarez MA, García Nieto V, de Antonio Ferrer L, Dalmau Serra J, Ferrer Lorente B, de Miguel Durán F et al. Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. Pediatría Integral. [revista en Internet] 2015 [Acceso 4 de Julio de 2023]; XIX(4):[233-293]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/07/Pediatria-Integral-XIX-4_WEB.pdf#page=36

.

3. Borja Herrero C, Iglesias Benito M, Ortega Quillis A, Galdón Tornero S, Garrigós Ferrando A. Actualizando la evidencia sobre las recomendaciones de enfermería en la "alimentación complementaria". Enfermería Integral. [revista en Internet] 2016 [Acceso 5 de Julio de 2023]; (114):[57-62]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126219

.

4. Consejería de Sanidad, Área Sanitaria de Toledo. Recién Nacido. [acceso 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/protege-tu-salud/mujer-y-recien-nacido/alimentacion/lactancia-materna

.

5. Cuadros Mendoza CA, Vichido Luna MA, Montijo Barrios E, Zárate

Mondragón F, Cadena León JF, Cervantes Bustamante R, Toro Monjáraz E, Ramírez Mayans JA. Actualidades en alimentación complementaria. Acta pediátrica de México. [revista en Internet] 2017 [Acceso 7 de Julio de 2023]; 38(3). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-23912017000300182&script=sci_arttext
.

Capítulo 2

MANEJO DE HERIDAS CRÓNICAS Y ÚLCERAS

LAURA JIMENEZ RELIMPIO

1 Introducción

Las heridas crónicas se refieren a la pérdida de integridad de algún tejido. Según el tipo de herida, el daño producido, la zona afectada, la edad del paciente, sus antecedentes, etc. las heridas pueden tardar más o menos tiempo en repararse. Además, existen algunas que no cicatrizan según lo previsto, convirtiéndose así en heridas crónicas o úlceras.

El abordaje de este tipo de heridas es complejo, puesto que ya no solo hablamos de la curación de la herida sino que también llega a afectar al entorno del paciente y debemos abordar la situación emocional. Esta lesión puede conllevar a precisar aislamiento, ingresos hospitalarios, etc.

La población diana que sufre este tipo de heridas o úlceras son las personas mayores, ya que la fragilidad de su piel aumenta y por ello poseen más probabilidades de padecer problemas asociados a ello, como el retraso en la cicatrización, infecciones, incluso puede producir la muerte del paciente.

Es esencial el abordaje de este tipo de heridas con un equipo multidisciplinar, en el que entre los diversos profesionales sanitarios y los cuidadores de estos pacientes tengan una buena comunicación y, de esta manera, la lesión presente una buena evolución hasta conseguir la curación de ésta si es posible.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de cura que existen.

- Conocer el esquema TIME.
- Aprender las diferentes características del apósito ideal.
- Conocer las diferentes clases de úlceras y el tratamiento más adecuado para cada una de ellas.
- Diferenciar en qué casos usaríamos otros productos, tales como antisépticos o antibióticos tópicos.

3 Metodología

Este capítulo se ha realizado mediante la obtención de información actual, a través de la búsqueda de páginas web oficiales o referencias publicadas sobre un tema a través de diferentes bases de datos.
Para considerar adecuado el contenido de la información obtenida tras la búsqueda bibliográfica me he basado en diferentes criterios de inclusión y de exclusión. Los criterios de inclusión son los siguientes:
- Periodo de publicación de artículos o documentos empleados desde el año 2012 hasta la actualidad, 2023, intentado siempre utilizar los más actuales.
- El idioma del documento sea español o inglés, pues el inglés está presente en muchas de las publicaciones científicas y el español por ser la lengua materna.
- La información obtenida sea verídica y constatada.
Los criterios de exclusión por los que he descartado información irrelevante o de poca utilidad son:
- Artículos o información anterior al año 2011.
- Documentos o artículos en idiomas diferentes al castellano o inglés, debido a la falta de conocimientos necesarios.

4 Resultados

Para realizar un buen manejo de las heridas crónicas y úlceras, primero debemos conocer qué tipo de curas existen, una más tradicional y otra más avanzada.
1. Cura seca:
- No preserva la humedad en al herida, retrasa la cicatrización
- Disminuye la Ta en el lecho de la herida, las células sanas se mueren.
- La costra formada y el material utilizado se adhieren al lecho de la herida.
- No aísla de contaminantes externos.
2. Cura húmeda:
- Favorece la migración celular en la cicatrización.
- Facilita el intercambio gaseoso.

- Permite manejar el exudado.
- No daña las células formadas al retirar el apósito.
- Acorta el tiempo de curación.

Por lo tanto, la cura húmeda es mucho más recomendable que la cura seca, aunque sea la más tradicional.

Para continuar, debemos tener un buen conocimiento acerca del esquema TIME, que nos dará mucha información para valorar de manera adecuada el lecho de la herida.

1. T: Control del tejido no viable:

La presencia de tejido no viable o desvitalizado constituye una barrera física para la curación y es un tejido óptimo para la infección. Este tejido puede ser:

- Necrótico seco (escara).
- Necrótico húmedo (fibrina o esfacelos).

Los tipos de desbridamiento más utilizados para su eliminación son:

A) Quirúrgico: resecciones amplias que implican la retirada de tejido neurótico y parte del sano, pudiendo provocar sangrado. Requiere qx y anestesia o sedación. Está indicado en:

- Escaras gruesas, muy adherentes
- Tejido desvitalizado de lesiones extensas, profundas y muy exudativas.

B) Cortante: retirada de tejido desvitalizado por enfermería, en diferentes sesiones, hasta llegar a tejido viable. Instrumental estéril y asepsia. Se comienza por la zona más débil, liberando uno de los bordes por donde continuar la retirada de tejido no viable hasta llegar a una zona sana. Tiene riesgo de sangrado y es doloroso. Está indicado en:

- Tejido necrótico, hiperqueratósico, con exudado o no, y con signos de infección o no.

*Contraindicado en úlceras no cicatrizantes y en tejido esfacelado.

C) Enzimático: es el más común. Actuación de las enzimas como la colagenasa, estreptoquinasa, que destruyen el tejido necrótico rompiendo los puentes de colágeno. Más rápido y selectivo que el autolítico.

D) Autolítico: se produce por la conjunción de la hidratación del lecho de la úlcera, la fibrinolisis y la acción de las enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados. Es el más selectivo, atraumático y no doloroso, aunque es lento. Con Hidrogel.

E) Mecánico: abrasión mecánica mediante apósitos, irrigación continua a presión, baño de remolino y frotamiento del lecho ulceral. Método traumático y no selectivo.

F) Osmótico: intercambio de fluidos de distinta densidad, mediante la aplicación de soluciones hiperosmolares.

G) Biológico o larval: mediante larvas envueltas (biofram, 72h); larvas directamente (48h); larvas estériles Lucilia Sericata. Indicado este último en:
- Úlceras cavitadas de difícil acceso para otros procedimientos, con mucho tejido neurótico y exudado profuso. En heridas infectadas.
- Solo se comen el tejido muerto
- Se suele usar en úlceras vasculares que no evolucionan bien.

Se pueden combinar para aumentar el efecto desbridante:
• Autolítico + enzimático
• Cortante + autolítico
• Cortante + enzimático
–> En el caso de presentar tejido necrótico seco:
- Con signos de infección: desbridamiento cortante o qx.
- Sin signos de infección: desbridamiento autolítico/enzimático + apósitos oclusivos o semioclusivos de cara en ambiente húmedo para favorecer la humectación + desbridamiento cortante parcial.

–> Si presenta tejido necrótico húmedo: desbridamiento autolítico/enzimático + apósitos de cura en ambiente húmedo.

*Al aumentar la cantidad de humedad en el lecho de la herida, se debe proteger la piel perilesional para evitar la maceración y escoriación de la misma.

2. I: Control de la infección/inflamación:

Se pueden dar cuatro fases en este proceso: a) Contaminación: bacterias no causan problemas. b) Colonización: las bacterias se multiplican, pero no dañan los tejidos de la herida. Sólo se requiere vigilancia de la herida. c) Colonización crítica: suele formarse un biofilm (población de bacterias, y a veces hongos unidos por una matriz de polisacáridos protectora). Las bacterias causan retraso o detención de la cicatrización incluso en ausencia de signos de inflamación claros. Cursa con signos locales: ligero aumento del exudado, retraso en la cicatrización y ligero dolor. Se podría aplicar antiséptico (en solución, crema, apósito, pomada…) considerando la eficacia antimicrobiana, grado de citotoxicidad, posibilidad de resistencias y alergias. d) Infección: las bacterias se multiplican, la cicatrización se interrumpe y los tejidos se dañan. Cursa con los signos clásicos de dolor, olor, fiebre, enrojecimiento, celulitis y exudado purulento. Utilizaremos las medidas tomadas anteriormente + tto antibiótico adecuado tras realizar un cultivo.

Ante una úlcera de signos de infección se pueden utilizar apósitos que contienen plata, en distintas formas (plata elemental, compuesto inorgánico, complejo orgánico) y en distintos soportes (gasa, hidrocoloide, hidrofibra, alginato…). Utilizar el apósito antimicrobiano con plata durante dos semanas y después hacer una nueva evaluación. Si tras las dos semanas:

- Hay mejoría, desapareciendo los signos de infección —> Se retira el apósito siguiendo con otros apósitos de cura en ambiente húmedo.
- Hay ligera mejoría, sin desaparición de signos de infección —> Seguir con apósito de plata y revisiones periódicas (por ej, cada dos semanas).
- No hay mejoría —> Retirar apósito de plata y considerar uso de otro antimicrobiano + tto antibiótico sistémico.

Se debe evitar el uso prolongado de apósitos con plata (al igual que cualquier antimicrobiano) de forma innecesaria. Una vez que se controla la carga microbiana y mejora la herida se debe considerar la aplicación de un apósito no antimicrobiano.

• ¿Cuándo NO utilizar apósitos de plata?:
- En ausencia de signos de infección
- Heridas qx limpias con bajo riesgo de infección.
- Heridas crónicas que cicatrizan de la forma prevista.
- Heridas agudas pequeñas de bajo riesgo de infección.
- Paciente sensibles a la plata.
- Embarazo y lactancia.
- Cuando esté contraindicado por el fabricante.

3. M: Control del exudado:

Para mantener una cura en ambiente húmedo, hay que mantener siempre húmedo el lecho, pero evitando la maceración de los bordes.

• Si la herida presenta EXUDADO NULO O BAJO —> Apósitos de hidrogel, apósitos impregnados (tules grasos) y malla de silicona. Finalidad, aportar humedad a la herida.

• Si el EXUDADO ES MEDIO —> Apósitos de hidrocoloide, hidrofibra de hidrocoloide y espumas de poliuretano.

• Si el EXUDADO ES ABUNDANTE —> Apósitos de espuma de poliuretano y alginato, de mayor capacidad de absorción.

A veces se requiere la combinación de varios de ellos, ya que uno se utiliza de apósito primario y otro como apósito secundario para su fijación y protección. Por ejemplo, al utilizar un alginato, se requiere de otro apósito para mantener la cura en ambiente húmedo, como una espuma o película de poliuretano.

4. E: Estimulación de bordes epiteliales:

Los bordes de la herida siempre tienen que estar libres de tejido desvitalizado para que se produzca la cicatrización, y la piel perilesional debe estar íntegra.

Hay que adoptar medidas que favorezcan la formación de tejido de granulación y epitelización en los bordes, como controlar y prevenir la escoriación y maceración por exceso de humedad o traumatismos repetidos. Para ello se pueden

usar: cremas o películas barrera (óxido de zinc), o ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), colágeno en polvo. Hay que retirar adecuadamente las pastas a base de óxido de zinc, con una sustancia oleosa, pues puede irritar la piel por exposición prolongada y no dejan ver bien la piel perilesional.

Tras conocer que la cura húmeda es la más recomendable y el aprendizaje del esquema TIME, pasamos a ver cuáles son las características del apósito ideal en cura húmeda y cuáles son los apósitos y el tratamiento utilizados según el tipo de úlcera.

Un apósito de cura húmeda ideal es aquel que presenta las siguientes pautas:

- Ser biocompatible
- Proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas.
- Mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo y la piel circundante seca.
- Mantener la Tª corporal.
- Eliminar y controlar exudados y tejido no viable mediante su absorción.
- Dejar la mínima cantidad de residuos en la herida.
- Adaptarse a localizaciones difíciles.
- Ser de fácil aplicación y retirada.
- Reducir el dolor.

Los apósitos utilizados según el tipo de úlcera se clasifican en:

1. Úlceras por presión: a) Estadio I: afectación de epidermis, enrojecimiento o palidez que no desaparece al quitar la presión. b) Estadio II: superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter, pérdida parcial de piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. c) Estadio III: pérdida total del grosor de la piel. d) Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel acompañada de destrucción y/o necrosis de otros tejidos.

El tratamiento será diferente según el estado de la úlcera, el nivel de exudado, la presencia o no de infección, o la cavitación:

- Estadio I: AGHO; Superficies especiales de manejo de la presión: colchón antiescaras; Dispositivos para zonas específicos: calcetines antiescaras; Apósitos hidrocoloides extrafinos para evitar fricción y espumas o hidropoliméricos como taloneras.
- Estadios II-IV: Desbridamiento si es necesario; Tto de la infección si hubiera: apósitos antimicrobianos o tratamiento sistémico. Elegir el apósito adecuado según cantidad de exudado; Si mal olor: Carbón activado; Si no hay exudado: Hidrogel (hidratar herida); Si hay mucho exudado —> absorción—> Alginatos, Hidrofibra de hidrocoloide, espumas; Para los bordes: si están secos: hidratar. Si están macerados: pomadas barrera o protectores cutáneos no irritantes.

2. Úlceras de pie diabético: a) Neuropáticas: pérdida sensorial, presencia de pulso local y callo perilesional, en zonas de estrés mecánico y de fricción, exudado moderado. b) Isquémicas: dolorosas, con disminución de pulsos periféricos en las extremidades, poco exudativas. c) Neuroisquémicas: las más frecuentes, comparten síntomas de las anteriores. En estas el desbridamiento debe hacerse con mucho cuidado, y el desbridamiento de elección es el desbridamiento cortante, sobre todo donde exista una acumulación de callos, escarificaciones, tejido fibroso o tejido no viable evidente. En este tipo de úlceras hay que tener en cuenta:

- Control de la presión: descarga y redistribución del peso y/o eliminación de callos.
- Restauración o mantenimiento del flujo sanguíneo pulsátil.
- Control metabólico.

Normalmente los apósitos se utilizan en las úlceras más profundas, las que involucran tendón o cápsula articular. Entonces se requerirá siempre el desbridamiento previo.

Si hay infección se procederá igual que en las úlceras por presión, con limpieza y antimicrobianos, o antibióticos sistémicos siempre que haya celulitis, linfangitis y osteomielitis.

Si la úlcera no es exudativa —> Usar hidrogel.

Si la úlcera tiene bastante exudado —> Alginato, hidrofibra o espuma.

En cuanto a los bordes:

- Si están secos —> AGHO.
- Si están macerados —> Protectores cutáneos no irritantes.

*Bordes macerados: ablandamiento y descomposición de la piel por exposición prolongada a la humedad.

Si la úlcera afecta al hueso o hay un absceso profundo se requiere ingreso hospitalario, para desbridamiento, valoración vascular y antibioterapia vía parenteral.

3. Úlceras vasculares:

3.1. Arteriales: Son de etiología isquémica, inflamatoria arterial, ateroembólica. Suelen producirse en zona plantar, borde externo del pie, espacios interdigitales, talón y dedos y cara lateral externa de la rodilla. Son pálidas y brillantes y de tamaño pequeñas, redondeadas y normalmente superficiales. Pulsos ausentes. Para tratarlas, se utiliza vendaje compresivo, apósitos no adherentes, generalmente no se desbridan, hay que valorar infección y piel perilesional y controlar el dolor.

3.2. Venosas: Son de etiología hipertensión venosa ambulatoria. Suelen producirse en el área paramaleolar media o zona supramaleolar interna. A veces rodean toda la pierna. Presentan tejido periulceroso por alteraciones cutáneas

(dermatitis ocre, atrofia blanca, hiperqueratosis), de tamaño variable. Pulsos presentes. Para su tratamiento, compresión constante y gradual, apósitos no adherentes, valorar desbridamiento, exudado, infección y piel perilesional.
Existen otros productos como los antisépticos o los antibióticos tópicos que podemos hacer uso de ellos en las siguientes situaciones:
A) Antisépticos:
La cura tradicional, como se ha visto antes, no estaría indicada en heridas crónicas, salvo en los siguientes casos:
- Lesiones isquémicas no revascularizadas, con el objetivo de evitar infecciones, no la curación.
- Herida con tejido desvitalizado que va a ser sometida a desbridamiento cortante.
- Para delimitar necrosis de cara a una posterior resección (amputación mayor o menor).
- Antes y después del desbridamiento cortante.
- Realización de biopsia o aspiración percutánea (prueba dx invasiva)
- En una herida infectada, siempre asociada a tto sistémico.
Está demostrado que un antiséptico no tiene actividad selectiva y es citotóxico para el tejido nuevo, lo que retrasa la cicatrización. Y también, que puede interferir con la acción de otros productos tópicos (la povidona yodada es incompatible con la colagenasa).
En caso de usarlos, debemos lavar previamente la herida.
Las principales características de los antisépticos de amplio espectro más utilizados son:
1. Alcohol 70º: no se debe utilizar sobre piel erosionada, pues es irritante y puede formar coágulos que protegen a las bacterias supervivientes.
2. Clorhexidina (0,05-2%): solo es para piel intacta y sana.
- Tiempo de inicio de 15-30 segundos.
- Tiempo residual de 6 horas.
3. Povidona yodada 10% solución: solo es para piel intacta y sana.
- Tiempo de inicio de actividad de 3 minutos.
- Efecto residual de 3 horas.
- Retrasa el crecimiento del tejido de granulación y tiene problema de posible absorción sistémica.
- Es incompatible con las enzimas proteolíticas (colagenasa)
4. Peróxido de hidrógeno 1,5-3%:
- Tiempo de inicio inmediato.
- No tiene efecto residual.

- Tiene el riesgo de que si se utiliza en úlceras cavitadas, puede producir embolia gaseosa y lesiones tisulares.

B) Antibióticos tópicos:

Su utilización en general no está recomendada, pues pueden incrementar el riesgo de resistencia bacteriana y de toxicidad por absorción sistémica. Está descrita la nefrotoxicidad y ototoxicidad por bacitracina y neomicina.

5 Discusión-Conclusión

Las heridas crónicas y, en especial, las úlceras, han sido patologías que han carecido de interés por parte de los profesionales sanitarios y se han asumido como situaciones normales e irremediables por la sociedad. Esto conllevaba a la falta de estudios e investigación acerca de este tema. Actualmente, esto ha cambiado y el interés ha aumentado, tanto en el tratamiento de estas lesiones como en la prevención de éstas. De hecho, el 95% de las úlceras son evitables según diferentes estudios.

Es tan importante la prevención de la aparición de las heridas como el tratamiento que después apliquemos sobre ellas. La prevención de éstas la conseguimos a través del control de los factores etiológicos como presión, cizalla, roce, fricción o la humedad; y el control de factores coadyuvantes como el manejo adecuado de la nutrición e hidratación, los cuidados de la piel de riesgo o la protección de ésta.

Todos, tanto profesionales sanitarios como cuidadores o familiares tenemos una gran responsabilidad ante este hecho tan común.

6 Bibliografía

(1) Admin C. Curas en Ambiente Húmedo vs. Curas en Ambiente Seco [Internet]. CMUC. 2018. Disponible en: https://www.centroulcerascronicas.com/noticias/cura-humeda-vs-cura-seca/

(2) Palomar-Llatas F, Pastor-Orduña I, Bonías-López J, Fornes-Pujalte B, Zamora-Ortiz J, Diez-Fornes P, et al. FORMACIÓN DERMATOLÓGICA CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DEL LECHO DE LAS HERIDAS CRÓNICAS CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT OF THE BED OF CHRONIC WOUNDS. 2018;12(33). Disponible en: https://www.anedidic.com/descargas/formacion-dermatologica/33/ caracteristicas_y_manejo_del_lecho_-de_las_heridas_cronicas.pdf

(3) Admin C. Desbridamiento [Internet]. CMUC. 2018. Disponible en: https://www.centroulcerascronicas.com/noticias/desbridamiento/
(4) Hernán Mengarelli R, Belatti A, Bilevich E, Gorosito S, Fernández P. La importancia del desbridamiento en heridas crónicas [Internet]. Argentina G, editor. 2013 [citado 2023 Jul 10]. Disponible en: https://www.aiach.org.ar/ckfinder/userfiles/files/DebridamientoEnHeridasLecVasc2013(1).pdf
(5) Arango Salazar C, Fernández Duque O, Torres Moreno B. Úlceras por presión. Tratado Geriatr Para Resid. 2013;21. Disponible en: https://www.google.com/url? sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0CAMQw7AJahcKEwjw85Phm6n- AhUAAAAAHQAAAAAQAw&url=https%3A%2F%2Fwww.segg.es%2Fdownloadasp%3Ffile%3D%2Ftratadogeriatria%2FPDF%2FS35-05%252021_II.pdf&psig=AOvVaw38d_iopP8lUhB1kUyq2IRs&ust=1681556336125267
(6) Salud RN en. Cómo elegir el apósito adecuado [Internet]. Noticias en Salud. 2020. Disponible en: https://www.noticiasensalud.com/profesionales-de-la-salud/2020/07/26/como-elegir-el-aposito-adecuado/
(7) Úlceras de pie diabético - Urgo Medical te explica más sobre esto [Internet]. Urgo. 2021 [citado 2023 Jul 10]. Disponible en: https://urgomedical.es/heridas-tipos/ulcera-pie-diabetico/
(8) Diferencias entre úlcera arterial y venosa [Internet]. Enfermería Creativa. 2017. Disponible en: https://enfermeriacreativa.com/2017/06/10/diferencias-entre-ulcera-arterial-y-venosa/
(9) Martínez Bagur, ML. De Antisépticos G, Desinfectantes Y. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA [Internet]. Disponible en: https:// ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/ Guia_-Antisepticos_desinfectantes.pdf

Capítulo 3

DISFAGIA OROFARÍNGEA POSTICTUS: FACTORES ASOCIADOS

AIDA NAVAS SIERRA

MªJESÚS FERNÁNDEZ CONDE

MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO

CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ

PAULA CUETO CANTERO

1 Introducción

En el año 2012 el ictus fue la segunda causa de muerte en todo el mundo, con una incidencia muy alta en fallecimientos (aproximadamente 7 millones de personas). La disfagia neurógena es una consecuencia y secuela del ictus. El importante daño cerebral causado por el ictus ocasiona la aparición de otras alteraciones o trastornos como la afasia o la disartria, que se suman a la disfagia y compromete seriamente la salud del enfermo.

Se puede definir la disfagia como una dificultad en la masticación y deglución provocada por la pérdida de fuerzas en uno o en ambos lados de la boca. Este trastorno aparece posterior al ictus u otra lesión cerebral. Además de la falta de fuerzas en uno o en ambos lados de la boca también puede aparecer una falta de sensibilidad en uno o ambos lados de la boca, lo que incrementa el riesgo de ahogo.

La prevalencia de la aparición de la disfagia neurógena posterior a un ictus es muy variable. Los datos son muy diferentes según el país, la técnica diagnostica, etc., pero podemos señalar que se sitúa entre 40 y el 60% de los casos, por lo que conocen que es un síntoma frecuente del ictus.
Habitualmente los estudios epidemiológicos suelen tratan la disfagia y los problemas de comunicación después de un ictus, por separado, por lo que existe escasa literatura científica sobre la relación y aparición simultánea de la disfagia y los problemas de comunicación (afasia y disartria).
Es importante aumentar el conocimiento sobre esta relación entre la aparición simultánea de estos dos trastornos, ya que la valoración y el tratamiento individual de cada uno de ellos es diferente en pacientes que presenta un trastorno aislado o simultáneamente dos o más.

2 Objetivos

Identificar la posible asociación entre disfagia y trastornos de la comunicación posteriores a un ictus.

3 Metodología

Para la ejecución de este objetivo se realizó una búsqueda documental de artículos, trabajos y estudios relacionados con la disfagia y los problemas de comunicación de aparición posterior a un ictus, en páginas de internet como Cochrane, Scielo, Dialnet, etc., para obtener la información necesaria que posteriormente será revisada para extraer los datos que servirán para nuestra investigación.
Las palabras claves utilizadas para nuestra búsqueda documental fueron: disfagia, problemas de comunicación, ictus.
La búsqueda se realizó durante los meses de agosto, septiembre, octubre 2022 y el periodo admitido de publicaciones fue el intervalo desde el año 2003 y 2021.
Se localizó un primero grupo de 17 trabajos, que una vez aplicados criterios de inclusión/exclusión se redujo a 9 los informes aceptados para este estudio.

4 Resultados

De los estudios revisados podemos identificar los factores más asociados con la disfagia postictus y podemos citar por orden de prevalencia la edad, aumento del

tiempo de hospitalización, afasia, disartria, apraxia del habla, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad coronaria, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, etc.

Dentro de los trastornos de la comunicación relacionados con la disfagia podemos decir que la disartria y la afasia fueron los más frecuentes. Los datos obtenidos indican que la proporción de pacientes con disfagia y afasia el del 27%, y de disfagia y disartria es del 44%, mientras que la proporción de pacientes que solo presentaron disfagia de forma aislada es del 23%.

Como se puede observar en la mayoría de los casos (77%) la disfagia no se presenta aislada sino conjuntamente con algún trastorno de la comunicación como disartria, afasia, trastornos de la voz y deterioros cognitivos.

El sustrato neurofisiológico lesionado en el ictus podría ser el responsable de la aparición conjunta de estos trastornos como son disfagia y alteraciones de la comunicación. Algunos autores indican que la lesión de pares craneales IX y X podría ser la responsable de esta relación, al producir una disfunción faríngea que acabará generando una disartria. Otros investigadores explican que los cambios en la expresión oral, como la afasia o la disartria son predictores de una dificultad para deglutir después de un accidente cerebrovascular. Por lo tanto, se observa una relación entre la presencia de un ictus y la aparición de disfagia, afasia y disartria posterior.

De los factores demográficos observamos que, a mayor edad de las personas, mayor probabilidad de padecer una enfermedad cerebrovascular aguda (ictus) y una consecuente disfagia, que a su vez aumenta con el avance de la edad, por el deterioro producido por el envejecimiento de las estructuras orofaríngeas.

Con el envejecimiento poblacional, este factor se debería tener muy en cuenta por las autoridades sanitarias, que deberían considerar la disfagia como un factor de riesgo muy importante para una negativa calidad de vida de las personas, en un futuro muy próximo, con un aumento importante del gasto público debido a esta patología.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia en las personas mayores es una patología muy frecuente en las personas mayores. El deterioro de las estructuras orofaríngeas por el envejecimiento de las personas predispone a la aparición de esta patología.

Por otro lado, problemas de accidentes cerebrovasculares como los ictus agudos producen daños neurológicos en territorios cerebrales responsables del control neurológico de estas estructuras.

En un importante número de casos, cuando las personas sufren un ictus, aparecen signos de disfagia acompañados de factores asociados como trastornos de la comunicación como disartria, afasia, trastornos de la voz, etc., lo que sugiere que los focos neurológicos de control de la disfagia y de las estructuras de comunicación son muy próximos en el mapa cerebral y el daño neuronal cerebral producido en un ictus influye de manera directa y coincidente a ambos territorios neurológicos a la vez en la mayoría de los accidentes cerebrovasculares.
La disfagia es una patología muy presente en las personas mayores y debería ser considerada de máxima importancia por las autoridades sanitarias en previsión de unas importantes consecuencias sociales y económicas debidas al envejecimiento poblacional.

6 Bibliografía

Cutiño Y, Scherle C, Pérez J, Roselló H, Hierro D. Disfagia persistente después de un infarto cerebral. Rev Cubana med. 2006; 45(3).
Carlos V, Javier C, Ana C, Roberto B, Joan M, Josep-Luis M. Disfagia en pacientes con enfermedad vascular cerebral: Ch Neurocien (Mex). 2002; 2:83-89.
Gonzáles Pérez TL, Marcos Plasencia LM. Fenómeno alimentario y fisiología subsistema digestivo. Ciudad de La Habana: Editorial Política; 2008.
Bath PMW, Bath FJ, Smithard DG. Intervenciones para la disfagia en el accidente cerebrovascular agudo (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4. Oxford.
Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months. Stoke. 2005; 30: 744-8.
O´Mahony D, McIntyre AS. Artificial feeding for ederly patients after stroke. Age Ageing. 2005; 24:533-5.
Broadley S, Croser D, Cottrel J, Creevy M, Teo E, Yiu D et al. Predictors of prolonged dysphagia following acute stroke. J Clin Neurosci 2003; 10.300-5.
López Liria R, Fernández Alonso M, Vega Ramírez FA, Salido Campos MA, Padilla Góngora D. Tratamiento y rehabilitación de la disfagia tras enfermedad cerebrovascular. Rev Neurol 2014; 58:250-67.
Santoro P. Disfagia orofaríngea: panorama actual, epidemiología, pocoes terapéuticas e perspectiva futura. Revista CEFAC 2008.

Capítulo 4

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO

VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO

NOELIA RIVERA TEJERO

FADWA EL BALGHITY MOUATADIR

INMACULADA RODRIGO CAMACHO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió quirófano como "sala de operaciones donde dichas instalaciones cuentan con diversos sectores que albergan todo lo necesario para el desarrollo de una cirugía y para afrontar sus posibles consecuencias, incluyendo complicaciones que deriven de la intervención".

La asepsia, esterilidad y limpieza, son conceptos fundamentales en quirófano que han ido cambiando y mejorando a lo largo de la historia gracias a los avances científicos en investigación, tal es el punto que se ha conseguido disminuir considerablemente las complicaciones derivadas de una inadecuada asepsia.

Quirófano se trata de un área especial, ya que posee unas características en concreto, material específico, protocolos y normas diferentes a las de otras unidades debido a la complejidad en el abordaje de las técnicas y situación crítica en el paciente cuya mala praxis puede dar lugar a consecuencias negativas y fatales para

la salud del paciente, es por ello que está formado por un equipo multidisciplinar especializado altamente formado y capacitado.

El equipo multidisciplinar está formado por cirujanos, anestesistas, enfermeros, auxiliares, celadores, personal de limpieza, administrativos… El colectivo enfermero ha demostrado ser una pieza clave en el desarrollo de la actividad en quirófano, no sólo se limita al desarrollo de la intervención quirúrgica junto con el cirujano, sino que su labor va más allá y así lo lleva demostrando desde muchos años atrás, ya que gracias a sus contribuciones e investigaciones científicas, han aportado datos muy relevantes y utilizados hoy en día para evitar complicaciones de la intervención quirúrgica realizada en quirófano. Tanto es así, que la enfermera Florence Nightingale en 1854, aportó unas simples reglas de higiene y asepsia que mejoró notablemente la situación en poco tiempo.

Las enfermeras/os debido al contacto más continuo y cercano hacia los cuidados de los pacientes y uso de dispositivos y técnicas invasivas, han demostrado una gran implicación en la humanización de los cuidados y en la correcta asepsia y esterilidad en quirófano. Se encargan de realizar un abordaje integral dado a su excepcional trato hacia el paciente desde el preoperatorio hasta el postoperatorio proporcionando apoyo y disminuyendo el estrés del paciente, realizando un estudio exhaustivo del estado de salud del paciente a través de la historia clínica, realizando los cuidados previos, los intraoperatorios y los posteriores a la intervención, manteniendo el orden y la esterilidad de quirófano y el instrumental, preparando el material necesario y que se encuentre en perfecto estado.

2 Objetivos

• Describir las funciones que posee enfermería en quirófano.
• Conocer la importancia de la asepsia y esterilidad en quirófano y la implicación de enfermería.

3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva de libros y de diferentes artículos de investigación publicados en diferentes bases de datos científicas como son: Google académico, publicaciones incluidas en bibliotecas virtuales y en sitios web oficiales.

4 Resultados

La Association of Operating Room Nurses (AORN), afirma que "la enfermera perioperatoria es aquella enfermera que acompaña al enfermo quirúrgico a lo largo de todo el proceso perioperatorio (preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio) de una intervención quirúrgica o un proceso invasivo"

Las enfermeras/os de quirófano, son especialistas que se ocupan de la preparación tanto física como emocional de los pacientes ante una intervención quirúrgica. Nuestra implicación también va hacia los familiares que debemos de calmar y aliviar cualquier duda o temor en la manera posible dentro de nuestras competencias.

Dentro de quirófano, normalmente hay dos enfermeras cuyas funciones hacen que se dividan y diferencien en enfermera instrumentista y enfermera circulante. La enfermera instrumentista, va a formar parte del equipo estéril y tienen acceso exclusivamente al campo y material estéril, y la enfermera circulante, va a formar parte del equipo no estéril quien no tienen acceso a la zona estéril, trabajan alrededor de dicha zona encargándose de proporcionar el material estéril y una atención directa al paciente estando preparados ante cualquier complicación.

• Funciones comunes de ambas enfermeras/os:

- Realizar una revisión de la historia clínica del paciente, comprobado que es correcta, está completa, las alergias que posee el paciente, y sus antecedentes personales.

- Evaluar y valorar el estado del paciente antes de la intervención solventando dudas y tranquilizando al paciente.

- Comprobar la correcta preparación del paciente antes de la intervención: ayunas, correcta higiene, medicación pautada administrada y/o tomada, rasuración realizada, ausencia de prótesis, joyas, esmaltes…

- Verificar que el consentimiento informado de la intervención quirúrgica, esté informado, leído y firmado.

- Encargarse de rellenar el check list o verificación de seguridad quirúrgica antes de comenzar la intervención.

- Mantener el quirófano antes de la llegada el paciente ordenado, limpio y con el material a utilizar preparado incluidos los implantes quirúrgico con las tallas o

numeraciones que se le vaya a implantar al paciente según orden médica.

- Comprobar que el material funciona correctamente antes de la llegada del paciente (respiradores, monitores, bombas de infusión, aspiradores, laringoscopio…).

- Preparación y administración de la medicación y anestesia pautada por los médicos, preparación de los sondajes, vías venosas y arteriales que se le vaya a poner y canalizar al paciente.

- Preparar el campo estéril manteniendo la adecuada asepsia para evitar la colonización del paciente dando lugar a infecciones nosocomiales y con ello posibles consecuencias graves para el paciente.

- Colaboración en el traslado del paciente a la mesa de operaciones del quirófano, en la posición quirúrgica y en el traslado a la unidad de recuperación postanestésica (URPA) o unidad de cuidados intensivos (UCI), según requiera su recuperación. Se informará a la enfermera de la URPA o UCI del proceso quirúrgico, las complicaciones surgidas, el tipo de anestesia, el estado del paciente, vías canalizadas, drenajes, transfusiones, medicación administrada…

- Monitorizar al paciente, controlar las constantes vitales del paciente antes, durante y después de la intervención.

- Ser parte de la docencia del área quirúrgica colaborando como equipo multidisciplinar para estar correctamente actualizado en técnicas e información científica relevante para el paciente a favor de su salud.

• Funciones del enfermero/a circulante:

- Colaboración con el anestesista en la administración de medicación, inducción a la anestesia e intubación y en la canalización de catéteres venosos y arteriales.

- Lavado de manos con agua y jabón simple o con preparados de base alcohólica específicos según las recomendaciones de la Organización Mundial de la salud (OMS), una Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, "una atención limpia es más segura" con sus "5 momentos para la higiene de manos" con el eslogan de "Salva vidas: límpiate las manos", siendo uno de esos momentos antes del contacto con el paciente y de un procedimiento limpio/aséptico.

- Se realiza la preparación de la piel a intervenir realizando el correcto lavado y desinfección con antisépticos con preparados de clorhexidina jabonosa, paso

muy importante para evitar la colonización de diversos patógenos como bacterias, hongos… y con ello las posibles complicaciones postoperatorias en el paciente. Luego el cirujano, una vez estéril, realiza una segunda desinfección de la zona a intervenir.

- Verificar que la posición quirúrgica, fijaciones, medias de compresión, calentador y almohadillas están correctamente colocadas para evitar lesiones.

- Comprobar que la mesa quirúrgica está en posición adecuada según la zona a intervenir, la posición quirúrgica del paciente y la ubicación del equipo profesional estéril.

- Colocación de la placa de bisturí y conexión de todos los equipos a la red eléctrica cuando la enfermera instrumentista nos pase los extremos distales de los cables a conectar.

- Verter todo el material y caja de instrumental de manera estéril a la mesa quirúrgica una vez que la enfermera instrumentista haya desdoblado y colocado el campo estéril, comprobar que se encuentre todo el material a utilizar.

- Se ayudará a la enfermera/o instrumentista y cirujanos al cierre de batas estériles.

- Se aportará a la enfermera/o instrumentista el material, implantes e instrumental necesarios durante la intervención.

- Se colocarán los cubos de residuos en lugar apropiado para que la enfermera/o instrumentista pueda desechar lo que ya no se necesite.

- Anotará el número de compresas y gasas utilizadas.

- Cumplimentará el vale de reposición del material implantado.

- Preparará los contenedores para la recepción de las muestras extraídas durante la intervención, las identificará correctamente e enviará al destino apropiado: microbiología, laboratorio, anatomía patológica…

- Se mantendrá el quirófano recogido, procurando que los residuos vayan a sus depósitos correspondientes.

- Participará junto el enfermero instrumentista, en el recuento de instrumental, gasas y compresas.

- Se retira la placa de bisturí del paciente al terminar la intervención.

- Se recoge el campo estéril e instrumental colaborando con la enfermera/o instrumentista.

- Se prepara al paciente al finalizar la intervención para el traslado a la unidad correspondiente y se ayuda al anestesista a extubar al paciente o a conectarle al respirador de traslados.

• Funciones del enfermero/a instrumentista:

- Lavado de manos quirúrgico, que consiste en el lavado de manos con agua y jabón antimicrobiano antes de las operaciones o procedimientos invasivos cuya duración será aproximadamente de 5 minutos y cuyo objetivo será inhibir la suciedad, materia orgánica, flora transitoria o contaminante y flora residente siendo difícil eliminar con un lavado normal rutinario de manos. Este primer paso, es muy relevante ya que un gran número de publicaciones científicas, coinciden en que es la recomendación más importante para salvar vidas ya que evitan infecciones nosocomiales.

- Colocación de elementos barrera, aunque la recomendación más fuerte para la prevención de infecciones nosocomiales ha sido el lavado de manos, también se recomienda el uso de elementos barrera para prevenir las infecciones por la contaminación de la ropa, gotas o fluidos: Gorro, mascarillas, protectores oculares bien gafas o pantallas, (éstos se pondrán antes del lavado de manos) y guantes y batas estériles que se pondrán después del lavado de manos con ayuda de la enfermera instrumentista u otro miembro del equipo que no se encuentre estéril.

- Se desdobla el paquete de intervención, se visten las mesas de quirófano y las mesas auxiliares y se coloca todo el material estéril que ha sido dado por la enfermera circulante, se comprueba que esté todo lo que se necesita para la intervención y su correcto funcionamiento y que la mesa se encuentre en posición adecuada según el sitio de acceso a la intervención del paciente.

- Verificación de la correcta colocación de la placa de bisturí eléctrico.

- Se coloca el material estéril de las lámparas quirúrgicas para que los cirujanos/as durante la intervención las puedan manejar dirigiendo el haz de luz hacia la zona a intervenir.

- Se coloca al alcance de la enfermera circulante los terminales distales del bisturí

eléctrico, aspirador.. y todo aquello que deba de enchufar a la corriente eléctrica.

- Se ayuda a los cirujanos/as a colocarse los elementos barrera estériles (guantes y bata).

- Se abre el kit y la caja de instrumental estéril de la intervención pasando de la forma adecuada el instrumental que nos pida el cirujano/a para que según lo coja de nuestras manos lo pueda utilizar y no tenga que maniobrar, siguiéndole con atención en toda la intervención para reaccionar con rapidez ante imprevistos.

- Se pedirá a la enfermera circulante el material e instrumental necesario y se le aportará los fluidos o muestras extraídas para enviar o a laboratorio, anatomía patológica o microbiología dependiendo de lo que se trate.

- Colaborar con la enfermera circulante en el contaje de compresas y gasas y en la detección y actuación de cualquier complicación a través de las constantes vitales…

- Mantener en todo momento la esterilidad y limpieza del instrumental limpiándolo al ser utilizado o desechándolo o intercambiándolo por otro si es necesario y no tocando los materiales no estériles siendo necesario volver a cambiar los elementos barrera si ello sucede. También se debe de vigilar que ningún miembro del equipo rompa la barrera estéril poniendo medios para solucionarlo si ello ocurre. La enfermera instrumentista posee un contacto muy directo con el instrumental que se va a utilizar en la intervención y con las cavidades del paciente, tanto en la preparación como en la utilización, es por ello que es el miembro más importante del equipo en la prevención de las infecciones nosocomiales llevando a cabo un correcto uso.

- Realización de un recuento final de agujas e instrumental que debe de coincidir con el recuento que había al principio para evitar que no se haya quedado nada dentro de la cavidad del paciente y favorecer su seguridad.

- Para finalizar, se hará una limpieza de la herida quirúrgica y aplicación de antiséptico.

- Se cubre la herida con apósito estéril y colaborar en la colocación de vendajes.

- Se organiza, clasifica e identifica el instrumental una vez que se ha lavado por las auxiliares de enfermería y se envía al servicio de esterilización correctamente empaquetado.

El último EPINE ,(Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España), en 2022, muestra que las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria más frecuentes son las infecciones quirúrgicas en un 21,29%, porcentaje menor que en el estudio EPINE 2019-2020 cuyo porcentaje se situaba en un 26,25%.

La OMS y el Sistema Nacional de Salud, han incluido estrategias de seguridad a llevar a cabo en todos los centros sanitarios con una serie de normas a seguir para disminuir significativamente las infecciones, son los llamados Proyectos Zero, en este capítulo nos centramos en los proyectos de infección quirúrgica Zero, que deben de seguir todo el equipo sanitario, en especial las enfermeras, por su contacto directo con los pacientes e instrumental y técnicas, en todos lo ámbitos pero sobre todo en quirófano al ser el lugar con mayor riesgo y frecuencia donde se desarrollan dichas infecciones.

• Proyecto infección quirúrgica Zero:

- Ambiente aséptico y material estéril para las intervenciones quirúrgicas.

- Antibióticos profilácticos cuyo tiempo antes de la incisión debe de ser menor a 60 minutos.

- Higiene de la piel como máximo 12 horas antes de la intervención.

- Utilizar para la preparación de la piel, friccionando, clorhexidina alcohólica al 2% dejando secar dos minutos.

- Eliminar el vello con maquinilla eléctrica, en menos de 12-16 horas antes de la intervención y sólo si es necesario.

- Las curas, realizar con técnica estéril.

- Vigilar y mantener la normoterapia y normoglucemia antes, durante y después de la intervención.

5 Discusión-Conclusión

- Las enfermeras/os son una pieza fundamental en quirófano debido a sus numerosas funciones desde su primer contacto con el paciente en el preoperatorio aportando confianza y disminución del estrés, estudiando su historia clínica…, durante la intervención aportando esterilidad y asepsia en todas sus acciones y

evitando complicaciones y en el post-operatorio acompañando al paciente a la unidad correspondiente y vigilando las posibles complicaciones tras la intervención realizando así un abordaje integral.

- Gracias a la implicación de enfermería en la humanización de los cuidados en quirófano, se evita que la atención en quirófano sea fría e impersonal al conseguir que todo el equipo multidisciplinar, vea más que una enfermedad o un caso clínico, una persona con una serie de preocupaciones, creencias, miedos y valores y no centrarnos sólo simplemente en el problema de salud mediante la intervención quirúrgica y técnicas, como sucedía en el pasado.

- A lo largo de la historia, ha sido posible mejorar las condiciones de higiene, asepsia y esterilidad en quirófano, no obstante, aún queda trabajo por hacer, ya que las infecciones contraídas en quirófano, continúan situándose en el primer lugar dentro de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

- Se debe de reforzar el cumplimiento de los proyectos Zero, estrategias y recomendaciones de seguridad, intensificar la formación del personal, aumentar el número de personal, medios y materiales suficientes, ya que ello contribuye a un mejor cumplimiento de los protocolos de asepsia.

- Conociendo ya las funciones tanto de la enfermera circulante como instrumentista en quirófano, se ha comprobado que constituyen una pieza fundamental para la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, en este caso en quirófano, ya que la esterilidad y asepsia priman en prácticamente todas sus funciones dentro de quirófano.

- El colectivo enfermero, se encuentra fuertemente preparado para prevenir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria así lo lleva demostrando años atrás con sus contribuciones e implicación en investigación y docencia, hace ya casi 2 siglos que la enfermera Nightingale propuso unas normas de higiene y lavado de manos que posteriormente reconoció la OMS y que aún se siguen utilizando, ya que con dichas normas, se ha mejorado notablemente las cifras de las infecciones nosocomiales.

6 Bibliografía

1. Martínez Jiménez C, Cuervas-Mons Finat M. La enfermería en la prevención de las infecciones nosocomiales. Revisión bibliográfica. Universidad de Valladolid; 2017. https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28041/TFGO%

201072.pdf?sequence=1&isAllowed=y
.
2. Sbardella A. National Geographic. Historia. Florence Nightingale, la heroína de los hospitales [sedeWeb]. [actualizada el 5 de Mayo de 2023; acceso 11 de julio de 2023]. Disponible en: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/florence-nightingale-heroina-hospitales_14173
.
3. Delgado Lozano C, Barquero Guerrero M, de la Paz, García Haro A. Protocolo de enfermería: preparación del quirófano y acto quirúrgico para ligamentoplastia de ligamento cruzado anterior. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(2). Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0775.pdf
.
4. Sociedad Española. Medicina Preventiva, salud Pública y Gestión Sanitaria. Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España (EPINE). Informe España. Prevalencia de infecciones (relacionadas con la asistencia sanitaria y comunitarias) y uso de antimicrobianos en hospitales agudos. 2022 [fecha de elaboración 1 de Diciembre de 2022; acceso 12 de julio de 2023]; (32). Disponible en: https://epine.es/api/documento-publico/2022%20EPINE%20Informe%20Espa%C3%B1a%2020221201.pdf/reports-esp
.
5. Fadrique Casero M. Enfermería en Quirófano. Universidad de Valladolid: 2014/2015. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/12058/TFG-H324.pdf?sequence=1&isAllowed=y
.

Capítulo 5

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR: UNA EPIDEMIA EN EL SIGLO XXI

PAULA FERNÁNDEZ TOLOSA

1 Introducción

El accidente cerebro vascular (ACV) es un proceso por el cual se detiene el riego sanguíneo a una parte del cerebro, es decir deja de recibir aporte de oxígeno y nutrientes y las células cerebrales empiezan a morir, lo que puede ser potencialmente un riesgo de daño importante e incluso provocar la muerte.

Existen 2 tipos de ACV :
- isquémico : es aquel que se produce por la existencia de un coágulo que hace que se bloquee o se estreche un vaso sanguíneo cerebral. El 80% son de este tipo.
- hemorrágico: es aquel que se produce por la rotura o fuga de un vaso sanguíneo cerebral provocando un sangrado en el cerebro.

El accidente isquémico transitorio (AIT) es el proceso por el cual hay una detención del riego sanguíneo al cerebro durante un periodo corto de tiempo, es más leve y no suele dejar secuelas en los pacientes. Hay estudios que demuestran que cuando una persona sufre un AIT, hay una mayor posibilidad de que en un futuro sufra un accidente cerebrovascular.

En los últimos años hay un número mayor de estudios en este campo, dado el incremento de casos; así se da prioridad a la prevención frente a la curación, porque de esta forma evitamos la enfermedad o por lo menos minimizamos sus riesgos.

2 Objetivos

- Analizar la epidemiología de los accidentes cerebrovasculares
- Conocer los factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares
- Reconocer los síntomas en el paciente para poder actuar

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando, libros, artículos y revistas científicas referentes al tema del accidente cerebro vascular.

Se han utilizado bases de datos como Scielo, Cuiden y Pubmed y buscadores como Google Académico y Dialnet.

Como criterios de inclusión, los artículos debían estar en español o inglés y con texto completo y que estuvieran relacionados con el accidente cerebrovascular.

Se emplearon vocablos clave como: accidente cerebrovascular, isquemia, hemorragia, urgencias, flujo sanguíneo, ictus, infarto cerebral

4 Resultados

Según estudios realizados, cada año 16,9 millones de personas sufrían un ACV, aunque había una gran disparidad entre países, a más desarrollados mayor era la tasa.

La incidencia es mayor en hombres que en mujeres y la franja de edad en la que más aumenta la tasa de ACV es entre los 55 y los 75 años.

La letalidad es más alta dependiendo de la clase de accidente cerebrovascular, siendo superior en aquellos que presentan un origen hemorrágico, que pueden alcanzar hasta el 61% de letalidad al mes después de haber sufrido el proceso frente a los isquémicos que alcanzan un 19% . También se observa en aquellos países con un nivel de ingresos bajos una mayor letalidad, debido al retraso en el tiempo de actuación y en la falta de recursos.

Existen numerosos factores de riesgo que contribuyen a padecer un ictus como son: la hipertensión, el tabaco, una dieta rica en grasa y ultraprocesados, déficit de actividad física, diabetes mellitus, colesterolemia, problemas cardiacos y vasculares, abuso de drogas, origen étnico , obesidad, mujeres que toman píldoras

anticonceptivas (especialmente las que fuman y son mayores de 35 años), las mujeres embarazadas tienen un mayor riesgo durante el embarazo, antecedentes familiares.

La mayoría de los factores de riesgo se pueden modificar, por lo que es muy importante el diseño de estrategias que puedan disminuir estos factores.

Medidas de prevención:
- controlar la hipertensión, mediante dietas saludables bajas en sodio y estilos de vida saludable, y si llegara el caso con fármacos
- dejar hábitos insalubres
- seguir una dieta equilibrada, rica en fibra, frutas y verduras
- realizar ejercicio de forma continuada
- controlar diabetes y colesterol
- evitar tabaco y alcohol y otras drogas

Los síntomas que se producen varían dependiendo de la parte del cerebro que esté afectada. por lo general son más peligrosos cuando el ACV acaba de suceder, pero pueden empeorar lentamente. Entre los síntomas nos podemos encontrar:
- alteraciones en el equilibrio
- cefalea
- disartria
- hormigueo o paresia de un lado del cuerpo o de un miembro
- entorpecimiento para leer o escribir
- bajo nivel de conciencia e incluso el coma

Esta enfermedad representa la segunda causa de padecer demencia y se ha observado que está presenta en muchas ocasiones en la depresión.

5 Discusión-Conclusión

Un ACV es una emergencia médica, se necesita tratamiento de inmediato.

Disminuir los factores de riesgo, es una tarea esencial para prevenir el ACV con sus complicaciones y secuelas, que tanto afectan al paciente, de manera física y psíquica.

Es primordial conocer los síntomas y que cuando estamos ante un paciente, poder identificar que puede estar sufriendo un ACV

En los últimos años debido a la mejora en la detección y tratamiento de los ACV se ha observado un progreso en la calidad de vida de estos pacientes, pero hay que seguir insistiendo en la prevención de los factores de riesgo, dando charlas y publicitarlos, para que la población tenga acceso a la información existente y pueda disminuir los riesgos potenciales de padecer un ACV.

También es importante el gasto sanitario que origina, tanto en la enfermedad como en sus secuelas y complicaciones, por lo que incidir en las formas de prevención es una tarea de gestión efectiva tanto para la sanidad como para los pacientes que lo sufren.

6 Bibliografía

Biller J, Schneck MJ, Ruland S. Ischemic cerebrovascular disease. In Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, Newman NJ, eds. Bradley's and Daroff's Neurology in Clinical Practice. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2022:chap 65.

Accidente cerebrovascular. Biblioteca Nacional de Medicina

Gladstone DJ, Lindsay MP, Douketis J, et al. Canadian stroke consortium. Canadian stroke best practice recommendations: secondary prevention of stroke Update 2020. Can J Neurol Sci. 2022;49(3):315-337. PMID: 34140063 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34140063/.

Ji Y. Chong , MD, Weill Cornell Medical College. Introducción a los accidentes cerebrovasculares . Manual MSD

Capítulo 6

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA CARDIOVERSIÓN Y DESFIBRILACIÓN ELÉCTRICA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO

INMACULADA RODRIGO CAMACHO

FADWA EL BALGHITY MOUATADIR

NOELIA RIVERA TEJERO

1 Introducción

La cardioversión eléctrica y desfibrilación, se tratan de procedimientos que actúan mediante una descarga eléctrica ante una arritmia cardíaca para devolver al corazón a la normalidad y restablecer el ritmo cardiaco sinusal. Su diferencia se basa en que en la cardioversión se sincroniza la descarga con la onda R y en la desfibrilación no se sincroniza.

Desde los siglos XVII y XIX se empleaba la terapia eléctrica para tratar algunas arritmias y hoy en día se considera el tratamiento de elección. Los primeros experimentos fueron con corazones de perros en 1850 al descubrir que se podía acabar con la fibrilación ventricular al inducir electricidad. En 1955, se desarrolló el primer desfibrilador externo seguro y eficaz.

La cardioversión y desfibrilación eléctrica se emplean en arritmias que pueden causar paro cardíaco como son la taquicardia ventricular o fibrilación ventricular, aunque también se usa en arritmias menos peligrosas como el flutter auricular, fibrilación auricular y cuando no pueda ser controlada mediante la cardioversión farmacológica.

Requiere personal especializado y preparado para el desarrollo del procedimiento porque aunque se trate de una técnica sencilla y poco cruenta, puede ser peligrosa si no se usa de manera adecuada tanto para el personal que realiza la cardioversión o desfibrilación eléctrica como para el paciente que recibe la descarga eléctrica.

Ante la presencia de una arritmia, se debe de ser lo más rápido y eficaz posible en interpretarla para poder llevar a cabo lo antes posible la cardioversión eléctrica y evitar complicaciones mayores como un paro cardíaco, es por ello que enfermería posee un papel muy importante debido a que suelen ser los primeros profesionales en localizar las arritmias debido al contacto continúo y más directo en los cuidados hacia el paciente.

2 Objetivos

• Describir el procedimiento de la cardioversión y desfibrilación eléctrica.
• Explicar los cuidados que realiza enfermería cuando se lleva a cabo la cardioversión y desfibrilación eléctrica en un paciente.

3 Metodología

La revisión bibliográfica utilizada en el presente capítulo, ha resultado de la investigación de las publicaciones científicas existentes en libros y diferentes bases de datos como son google académico, Medline, en editoriales especializadas en contenido científico como Elsevier y en páginas web oficiales.

4 Resultados

Para poder llevar a cabo la cardioversión eléctrica o desfibrilación, primero se debe de conocer y entender la anatomía y fisiología del corazón, qué es una arritmia y en qué situaciones se lleva a cabo dicha cardioversión o desfibrilación:

- El corazón, es un órgano que posee cuatro cavidades; las superiores se denominan aurícula izquierda y derecha y las cavidades inferiores se denominan ventrículo izquierdo y derecho y contribuyen junto con las válvulas cardíacas en el control del flujo sanguíneo por el corazón, hay cuatro válvulas cardíacas que son la tricúspide, pulmonar, mitral y aórtica. Dichas cavidades, también se ven involucradas en el sistema de conducción de los impulsos eléctricos generados por el miocardio.

- Los impulsos eléctricos generados por el músculo cardíaco (miocardio), permiten la contracción cardíaca y la conducción de la sangre a los pulmones y resto del cuerpo. La señal eléctrica se origina en el nódulo sinoauricular que se encuentra en la parte superior de la aurícula derecha, este nódulo también se denomina marcapasos natural del corazón. Los impulsos eléctricos que nacen en dicho nódulo, viajan hasta el nódulo auriculoventricular dónde se produce la contracción auricular segundos antes que la ventricular. El impulso eléctrico sigue su viaje a través del canal de conducción Haz de His dividido en rama derecha e izquierda llegando el estímulo eléctrico a ambos ventrículos.

- Una arritmia cardíaca, consiste en el trastorno de la conducción del impulso eléctrico cardíaco que da lugar a alteraciones en el ritmo normal del corazón bien por taquicardia o bradicardia.

- Las arritmias más frecuentes que necesitan cardioversión eléctrica o desfibrilación eléctrica son:

• Fibrilación auricular: Se trata de un ritmo cardíaco irregular muy rápido (100-175lpm o incluso 350-650lpm) donde las cavidades superiores del corazón (aurículas), laten de forma caótica e irregular sin sincronizarse con las cavidades inferiores (ventrículos). En el electrocardiograma no se ven ondas P ya que no funciona el nodo sinoauricular, el complejo QRS es normal. Se trata de la arritmia que se cardiovierte con mayor frecuencia comenzando con descargas de 100J en monofásico y 25 o 50J en bifásico.

• Flutter auricular: La contracción auricular es ineficaz por despolarizaciones a una frecuencia muy rápida (250-300lpm) por una reentrada en el istmo cavotricuspídeo. En el electrocardiograma aparecen unas ondas anchas y regulares que distorsionan la línea de base en “dientes de sierra”, el complejo QRS es normal. Responde bien a dosis bajas de energía (25-50J con onda bifásica o 50-100 J con monofásica).

• Taquicardia ventricular: Arritmia causada por señales eléctricas anormales en las cavidades inferiores del corazón (ventrículos), por debajo del Haz de His. Que causa un latido cardíaco rápido de más de 100 latidos por minuto (100-200lpm). En el electrocardiograma, las ondas P normalmente están tapadas por el complejo QRS que son anchos. La taquicardia ventricular estable puede cardiovertirse con tan sólo 25 o 50 J pero se recomiendan dosis mayores para evitar las descargas de repetición de 100-200J.

• Fibrilación ventricular: En este tipo de arritmia los ventrículos se contraen de forma independiente de las aurículas, de forma caótica y desorganizada. Es una situación de parada cardiorrespiratoria. En el electrocardiograma es imposible localizar el complejo QRS, no existe ritmo solo ondas caóticas e irregulares. Este ritmo cursa siempre sin pulso. El tratamiento precoz es la desfibrilación precoz y no la cardioversión. Se recomienda una desfibrilación de 120 a 200J con desfibrilador bifásico y de 300 a 360J con monofásico.

La cardioversión y la desfibrilación, son procedimientos distintos pero que ambos se utilizan para proporcionar al corazón una descarga eléctrica con el fin de revertir arritmias. La diferencia es que, en la cardioversión, se usa cuando existe ritmo ventricular y se debe de sincronizar para que la descarga coincida con la onda R y evitar que coincida con la onda T o repolarización de los ventrículos, ya que en el caso contrario de no sincronizar, podemos provocar una arritmia ventricular, y en la desfibrilación por el contrario no se debe de sincronizar la descarga al ser un ritmo ventricular caótico. Además, en una cardioversión, las descargas suelen requerir menos energía que en una desfibrilación.

Solamente se desfibrilan la fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular sostenida, en casos de arritmias como son la taquicardia auricular paroxística, flutter auricular, fibrilación auricular y taquicardia ventricular con pulso, se cardiovierten.

Muchos estudios han publicado que los profesionales de enfermería, en la mayoría de los casos, se encuentran sin ningún médico justo en el momento inicial de cuando el paciente está sufriendo una arritmia, esto se debe al contacto continuo e ininterrumpido de los cuidados de enfermería hacia los pacientes, por ello, debemos de vigilar en todo el momento las posibles alteraciones en la monitorización del electrocardiograma o en los síntomas o signos que indiquen que el paciente esté sufriendo una arritmia para poder actuar rápidamente y avisar al médico/a. Además, es responsabilidad de enfermería revisar frecuentemente que el material a utilizar en una cardioversión y desfibrilación, está disponible y en

óptimas condiciones.

• Pasos a seguir en la cardioversión y desfibrilación como profesiones de enfermería:

- Cuando el enfermero/a detecta una arritmia, informa al médico rápidamente y si contamos con más compañeros, otro simultáneamente se encarga de llevar el desfibrilador hacia el paciente y colocar los electrodos para monitorizar al paciente con el desfibrilador y si la desfibrilación se va a realizar con parches, colocarlos; uno en el tórax derecho del paciente, a unos centímetros del esternón por debajo de la clavícula, 2º espacio intercostal y otro en la parte lateral del tórax izquierdo aproximadamente donde la línea axilar media, en el 5º espacio intercostal.

- Si es posible se debe de anticoagular y sedar al paciente antes del procedimiento por pauta médica, ya que es un procedimiento doloroso. Canalizar vías venosas periféricas si el paciente no posee.

- Retirar las prótesis dentales y objetos metálicos.

- Interrumpir la ventilación mecánica si el paciente está conectado a un respirador y conectarle a un ambú.

- Aplicar gel conductor en las palas para evitar quemaduras en el paciente, si no se dispone de gel conductor, se pueden colocar dos compresas humedecidas con suero fisiológico en el lugar donde se va a realizar la descarga y colocar las palas encima. El lugar de colocación de las palas es el mismo que para los parches, explicado unos puntos atrás.

- Vigilar que nadie toque al paciente ni nada situado cerca de él para evitar complicaciones hacia los profesionales sanitarios que intervienen en el procedimiento. Se debe de avisar antes de la descarga.

- Seleccionar la energía de choque que nos indique el médico y este se encargará de emitir la descarga eléctrica pulsando a los botones del desfibrilador o palas. Seleccionar modo sincronizado si se va a realizar cardioversión en lugar de desfibrilación.

- Se controlarán las constantes vitales durante el procedimiento y se registrarán si fuera necesario.

- En situaciones donde el médico no viene con rapidez, los profesionales de enfermería encargados de detectar la arritmia, deben de realizar la descarga eléctrica

para evitar situaciones peores en el paciente como parada cardíaca o finalmente muerte por no llevar a cabo una desfibrilación precoz.

- Si el paciente entra en parada cardiorrespiratoria tras la arritmia, realizar masaje cardíaco.

- Si el paciente revierte a ritmo sinusal, se considerará efectiva la cardioversión o desfibrilación, pero si no revierte, puede ser necesario realizar más de una descarga eléctrica.

5 Discusión-Conclusión

- No se debe de confundir cardioversión eléctrica y desfibrilación porque aunque ambos tienen el mismo fin que es actuar con una descarga eléctrica ante una arritmia para devolver al corazón a su ritmo cardíaco normal, el procedimiento es distinto al ser usados en distintas arritmias, con una energía diferente y con sincronización con la onda R del electrocardiograma en caso de cardioversión y sin sincronización en caso de desfibrilación.

- Los enfermeros/as, deben de estar correctamente formadas para conocer las arritmias y saberlas detectar en el electrocardiograma para poder avisar al médico en su ausencia y actuar rápidamente ya que son partícipes en cada uno de los pasos del procedimiento y los únicos/as capaces de prevenir complicaciones mayores como parada cardiorrespiratoria o una arritmia de mayor cuantía debido a una actuación precoz por el contacto continuo en sus cuidados hacia los pacientes.

- No solo es importante conocer los pasos a seguir en la cardioversión o desfibrilación, sino también entender la anatomía y fisiología del corazón para comprender las arritmias y ser más efectivos en todo el procedimiento de la cardioversión y desfibrilación.

- Cardiovertir y desfibrilar, no son solo técnicas y funciones médicas, también implican a profesionales de enfermería, ya que en ausencia de médicos o incluso en la calle, (si existe desfibrilador disponible), son los que deben de realizar la descarga eléctrica para evitar la muerte del paciente/persona. Por lo que debe de conocer correctamente el funcionamiento del desfibrilador y no solo limitarse a los cuidados a seguir durante el procedimiento de la desfibrilación realizada por un médico.

- Las funciones de enfermería ante una arritmia en un paciente son muy importantes, ya que pueden salvar la vida del paciente y evitar consecuencias negativas para el paciente. Ejemplo: si el material con el que se va a realizar la cardioversión o desfibrilación no se encuentra en condiciones óptimas por fallo en la revisión, puede dar lugar a consecuencias graves hacia el paciente, o si por ejemplo no se aplica gel conductor o no se humedecen las compresas, se pueden producir quemaduras en el paciente, si no se colocan los parches en el lugar correcto, puede ser que la descarga no sea efectiva… Es por ello que los cuidados de enfermería durante la cardioversión y desfibrilación, son fundamentales.

6 Bibliografía

1. Orjuela Guerrero A. Cardioversión eléctrica en fibrilación auricular. Revista Colombiana de Cardiología. ELSEVIER. [revista en Internet] 2016 [Acceso 15 de Julio de 2023]; 23 (S5): [57-64]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-cardioversion-electrica-fibrilacion-auricular-S0120563316301644
.
2. Biblioteca Nacional de Medicina. MedlinePlus. Cardioversión. [actualizada el 5 de agosto de 2022; acceso 16 julio de 2023]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007110.htm
.
3. Ortiz Escusol I, Munera Cabello L, Fernández Navarro B, Navarro Muñoz R, González González C, Cadena Gómez S. Cardioversión eléctrica. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com; 29 diciembre, 2019. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cardioversion-electrica/
.
4. IFSES Educación. Personas con Problemas Cardiovasculares. Madrid; 5ª edición: mayo de 2020.
5. Instituto Europeo de Salud y Bienestar. De la Peña M. Cardioversión y Desfibrilación [sedeWeb]. [acceso 17 de julio de 2023]. Disponible en: https://institutoeuropeo.es/articulos/blog/cardioversion-y-desfibrilizacion/#::text=La%20fibrilaci%C3%B3n%20auricular%20es%20la,la%20duraci%C3%B3n%20de%20la%20arritmia
.
6. The Texas Heart institute. Anatomía del corazón; 2023. Disponible en: https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/anatomia-del-corazon/

.

Capítulo 7

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

CARMEN CALIXTO PEREZ

NATALIA SERNA VILLAMAYOR

AITANA SERRANO BUITRAGO

PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS

CARMEN BARBA SANCHEZ

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es una patología crónica caracterizada por la inflamación del tracto gastrointestinal. Aunque la enfermedad de Crohn pueda afectar a cualquier lugar del tubo digestivo, de la boca hasta el ano, la parte a la que afecta más frecuentemente es al intestino delgado y al inicio del intestino grueso. Se trata de un trastorno autoinmune que se produce cuando el sistema inmunitario ataca al tejido del tracto intestinal sano y lo lesiona de manera que las zonas del tubo digestivo afectado se inflaman y la pared intestinal, desde la capa más interna o mucosa hasta la capa más externa pueden verse engrosadas de manera que puede desembocar en estrechamiento del intestino (estenosis) u obturarse completamente.

Aunque su causa se desconocida factores como la propia genética, los antecedentes familiares, factores ambientales, el tabaquismo, o la respuesta exagerada del organismo ante la presencia natural de bacterias en el intestino.
La sintomatología que presenta la enfermedad de Crohn es variada, destaca la presencia de dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso, fatiga o hemorragia rectal. Estos síntomas pueden aparecer de forma abrupta, aunque es más frecuente que lo hagan de manera progresiva. Otra de las características de la enfermedad de Crohn es la alternancia de brotes de alta actividad con periodos de inactividad o remisión. La inespecificidad de la sintomatología junto a la variabilidad de los periodos de remisión, que pueden llegar a durar años, dificulta el diagnóstico inicial de la enfermedad.
Actualmente no existe una cura para la enfermedad de Crohn, sin embargo, existen terapias y tratamientos que permiten controlar la sintomatología y ayudan a prevenir la posibilidad de que aparezcan complicaciones derivadas de la enfermedad. En algunas ocasiones, los pacientes afectados con enfermedad de Crohn necesitan de cirugías la parte afectada del intestino.
Muchos afectados por esta enfermedad pueden llevar una vida normal con la ayuda del tratamiento, pero, en algunos en otros pacientes puede derivar en complicaciones de gravedad que comprometa seriamente su salud.

2 Objetivos

Conocer cuestiones básicas relacionadas con la actividad y actuaciones de enfermería ante un paciente con enfermedad de Crohn, ayudando a unificar criterios y mejorar la calidad asistencial del personal de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. 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: “enfermedad de Crohn” “cuidados en la enfermedad de Crohn” o “Enfermería y enfermedad de Crohn”.

4 Resultados

El abordaje correcto de la enfermedad de Crohn es necesario que sea realizado con la participación coordinada de un equipo interdisciplinar formado, al menos, por un equipo médico, personal de enfermería y psicólogos especializados en esta enfermedad. La enfermería juega un papel fundamental en el tratamiento de la enfermedad de Crohn, proporcionando cuidados integrales y personalizados a los pacientes orientados a mejorar la calidad de vida del paciente y a la promoción de su bienestar psicológico y social fundamentados en la colaboración, confianza y apoyo que se establece en la relación enfermera-paciente.

Una de las actuaciones fundamentales del profesional de enfermería con el paciente con enfermedad de Crohn sobre todo en las primeras consultas será la de proporcionar una educación sobre la enfermedad. Esto es, ofreciendo a la paciente información detallada sobre los síntomas, su tratamiento y el manejo de ambos, resolviendo las dudas planteadas por el paciente o sus acompañantes. La educación incluye promocionar la adhesión del paciente al tratamiento, resaltando la importancia de seguir minuciosamente el plan de tratamiento, la dieta prescrita o una dieta sana, la higiene adecuada y de cualquier otro cambio costumbres o estilo de vida que pueden afectar la enfermedad, por ejemplo, fomentando la realización de ejercicio o recomendando el abandono de hábitos como el consumo de alcohol, de tabaco o de cafeína.

El profesional de enfermería también realizará un seguimiento periódico de los síntomas del paciente como el dolor abdominal, la diarrea, la hemorragia rectal o cualquier otro, a la vez que realiza una evaluación de la respuesta del paciente al tratamiento.

El profesional de enfermería también será el responsable de la administración de medicamentos en algunos casos, como en algunos antiinflamatorios, inmunosupresores o terapias biológicas. También participará en el cuidado de heridas, fístulas o abscesos, realizando curaciones e instruyendo al paciente sobre cómo actuar en el caso de que se presenten complicaciones.

El paciente afectado con la enfermedad de Crohn en muchas ocasiones necesitará apoyo emocional y psicológico, el profesional de enfermería utilizará la escucha activa en la comunicación con el paciente dotándole de herramientas para el manejo del estrés y la ansiedad que pueden surgir en el curso de la enfermedad. En caso necesario recomendará servicios de apoyo adicionales como la derivación a un psicólogo o la recomendación de contacto con otros pacientes o la asistencia a grupos de apoyo de pacientes afectados con su misma enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

La aparición de la enfermedad de Crohn supone un cambio, a veces traumático, de la vida del paciente afectado. Dentro del equipo interdisciplinar que asiste al paciente, el profesional de enfermería resulta fundamental mediante la vigilancia de la sintomatología y haciendo un seguimiento del curso de la enfermedad y de su evolución una vez en tratamiento. El objetivo, básicamente, es el debilitamiento de la sintomatología presentada, que se prolonguen los periodos de remisión de la enfermedad, mejorar el bienestar y la calidad de vida del paciente y el fortalecimiento de su independencia. Para ello proporcionará la información y las recomendaciones necesarias, realizará la monitorización de los síntomas y evaluará la respuesta ante el tratamiento, cuando sea necesario aplicará cuidados y administrará los medicamentos prescritos y proporcionará el apoyo emocional necesario. La finalidad es ayudar y guiar a los pacientes en el manejo de la enfermedad de forma efectiva.

6 Bibliografía

1. agent. a. K. El rol de Enfermería en los pacientes con Enfermedad de Crohn, un agente clave [Internet]. Enfermeradigital.com. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.enfermeradigital.com/common/img/tfgs/trabajos/TFG%20Nicol%C3%A1s%20Justel%20Rey.pdf
2. De San L, Pujibet F, Molina Llorca J, Aradilla A. ENFERMEDAD DE CROHN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA [Internet]. Eug.es. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://eugdspace.eug.es/bitstream/handle/20.500.13002/123/Enfermedad%20de%20crohn%20y%20cuidados%20de%20enfermer%C3%ADa.pdf?sequence=3
3. Educainflamatoria.com. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://educainflamatoria.com/enfermeria-especializada-en-enfermedad-inflamatoria-intestinal/
4. Descripción general de la enfermedad de Crohn [Internet]. Crohn's & Colitis Foundation. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.crohnscolitisfoundation.org/es/descripcion-general-de-la-enfermedad-de-crohn

Capítulo 8

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE HERIDAS QUIRÚRGICAS

PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS

CARMEN BARBA SANCHEZ

CARMEN CALIXTO PEREZ

NATALIA SERNA VILLAMAYOR

AITANA SERRANO BUITRAGO

1 Introducción

El cuidado y tratamiento de las heridas es primordial para la correcta evolución y curación de las mismas. Hay distintas clases de heridas, por ello hay que realizar la correcta clasificación de éstas, saber ante que herida nos encontramos para poder aplicar el tratamiento adecuado. Las heridas se clasifican de la siguiente manera:

- Herida limpia: son heridas que se producen de manera no traumática y no tienen por qué estar contaminadas ni contaminarse, ya que no se penetra en vías respiratorias, sistema genitourinario ni se accede a tejidos con posibilidad de infección, suelen cicatrizar por la llamada primera intención y el riesgo de contaminación es exógeno. La curación de la herida es primaria.

- Heridas limpias-contaminadas: son las ocasionadas cuando se penetra en cavidades comunicadas con el exterior, por ejemplo, en aperturas controladas del tracto respiratorio, tracto urinario y tubo digestivo, debido a que en su interior albergan una flora que al salir al exterior puede contaminar y producir infección de la herida.

- Heridas contaminadas: son producidas tras la perforación controlada del tubo digestivo, tracto urinario y respiratorio reciente, por un derrame del contenido que se origina en el tubo digestivo e incisiones agudas que pueden generar pus.
- Heridas sucias: estas son las heridas que se llevan a cabo de manera traumática producidas con cuerpos extraños y perforaciones de más de 10 horas, abscesos o peritonitis. Son heridas con mayor tendencia a infectarse.

Los signos de valoración para cualquier herida quirúrgica son, entre otros:
En primer lugar, hay que conocer la localización de herida y el sitio anatómico donde está, concretando la fecha de aparición de la lesión, posibles complicaciones y la evolución. también se debe describir el tamaño, forma, tratamiento al igual que el estadio de la cicatrización. Se deben tomar medidas de profundidad, longitud y anchura y de la existencia de tractos subcutáneos. También se observará si hay exudados o indicios de aparición de infección tanto sistémica como local.

2 Objetivos

- Explicar la clasificación, el tratamiento, así como las posibles complicaciones que se pueden presentar durante el postoperatorio de las heridas quirúrgicas.

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. Se han utilizado palabras clave como heridas quirúrgicas.

4 Resultados

Las heridas quirúrgicas pueden presentar distintas complicaciones, éstas hay que saber diferenciarlas para así poder diagnosticarlas y tratarlas. Las principales complicaciones que pueden aparecer son:

• Seroma: es la acumulación de grasa líquida, suero o linfa en parte profunda de la herida. Suele ser una de las complicaciones más frecuentes, en la exploración se observa la tumefacción de la piel, que puede doler cuando se ejerce presión sobre la misma y con salida de líquido. Si su tamaño es muy grande se ha de proceder a su drenaje.

• Sangrado y hematoma: se produce cuando hay sangre por debajo de la herida, si el hematoma es fluctuante se ha de drenar con una aguja de gran tamaño, si existe un hematoma fluctuante grande se drenará con una aguja de gran calibre, si el hematoma se volviera a formar, se debería abrir de nuevo la sutura y ligar los vasos sanguíneos que estén abiertos.

• Infección de la herida: hay varios factores como puede ser la diabetes, malnutrición, uso de corticoesteroides o falta de higiene que favorecen la infección. En estos casos se recomienda la toma de cultivos de muestras para así poder descartar una infección, también habrá que evaluar la aparición de dolor, eritema, secreción de pus, calor local y fiebre asociada, por lo que habría que realizar hemocultivo. El facultativo pautará el tratamiento antibiótico empírico tras los resultados de los cultivos.

• Necrosis: es producida cuando el aporte de sangre es insuficiente, puede ser por factores intrínsecos como exceso de tensión, infección o los hematomas, o por factores extrínsecos como radiación, cirugías previas y enfermedades sistémicas entre otras.

• Cicatrices hipertróficas: el tejido cicatricial se eleva, pero está dentro de los bordes de la propia herida.

• Eventración y evisceración: la eventración es una hernia con contenido intestinal relacionada con la cicatriz de una laparotomía, suele aparecer en el postoperatorio tardío. La evisceración es la protrusión de las vísceras abdominales, causada por la dehiscencia de los planos de la pared abdominal tras la realización de una laparotomía.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las heridas quirúrgicas, sanarán por primera intención con cierre primario mediante la aplicación de puntos y/o grapas. En cambio, el cierre de

segunda intención ya implica la creación de un nuevo tejido para poder proporcionar el cierre desde la base de la herida hasta su superficie.
Es necesario que el personal de enfermería aplique el adecuado cuidado de las heridas quirúrgicas para así poder prevenir posibles complicaciones vigilando la correcta evolución del proceso de cicatrización, debiendo conocer las posibles complicaciones para poder diagnosticarlas de manera precoz y tratarlas adecuadamente. Pueden aparecer complicaciones leves que con un manejo local correcto son solucionables, en cambio otras se deberán tratar con medidas más invasivas que pueden llegar a necesitar anestesia e incluso revisión quirúrgica.

6 Bibliografía

1. Clasificación. Herida quirúrgica aguda - Información [Internet]. Sergas.gal. [citado el 19 de julio de 2023]. Disponible en: https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Clasificacion-Cirurxica?idioma=es.
2. García González RF, Gago Fornell M, Chumilla López S, Gaztelu Valdés V. Abordaje de enfermería en heridas de urgencias. Gerokomos [Internet]. 2013 [citado el 19 de julio de 2023];24(3):132–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300007.
3. Velázquez Mendoza JD, García Celedón SH, Velázquez Morales CA, Vázquez Guerrero MÁ, Vega Malagón AJ. Prevalencia de infección del sitio quirúrgico en pacientes con cirugía abdominal. Cir Gen [Internet]. 2011 [citado el 19 de julio de 2023];33(1):32–7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000100006.

Capítulo 9

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

NATALIA SERNA VILLAMAYOR

AITANA SERRANO BUITRAGO

PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS

CARMEN BARBA SANCHEZ

CARMEN CALIXTO PEREZ

1 Introducción

Las fracturas de cadera actualmente son una de las patologías más frecuentes en los centros hospitalarios, para su diagnóstico y tratamiento eficaz la mayoría de las veces los pacientes afectados requieren hospitalización. El hueso de la cadera es una articulación denominada cresta ilíaca, ya que conecta el hueso de la cadera con el del muslo. Para ser más precisos, la articulación de la cadera está encajada en el muslo por el extremo superior o cabeza femoral en la cavidad pélvica o cuenco, estas son las principales dos partes que componen la articulación de la cadera. Las fracturas de esta articulación, normalmente son a causa de un traumatismo directo como puede ser una caída, pero también la pueden sufrir personas con patologías como osteoporosis, artritis, cáncer óseo…

Es una de las fracturas más habituales en personas mayores debido a su movilidad, desgaste de huesos, etc. y más frecuente en mujeres. Una fractura de cadera al afectar en la movilidad supone una importante disminución de la independencia y autonomía de la persona, ya que necesita ayuda y cuidados en su vida cotidiana.
Cuando un paciente tiene una posible rotura de cadera el facultativo le evaluará y realizará pruebas de diagnóstico (radiografías, escáner…) para así decidir el proceso a seguir con la finalidad de la restauración de la salud. Dada la importancia de esta patología, el personal de enfermería deberá tener los conocimientos adecuados y actualizados respecto a su intervención en los cuidados sanitarios a estos pacientes.

2 Objetivos

- Explicar los cuidados de enfermería aplicados al paciente con fractura de cadera para contribuir a su recuperación y restauración de la salud.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud, como Scielo y Google académico. Las palabras clave usadas han sido: Fractura de cadera e intervención del personal de enfermería en fractura de cadera.

4 Resultados

Las fracturas de cadera se pueden tratar mediante proceso conservador o quirúrgico, la decisión le corresponde al equipo médico, especialmente al traumatólogo, evaluando en reunión clínica la anamnesis, salud general y expectativas de recuperación del paciente, aunque lo más habitual es el proceso quirúrgico.
La cirugía reparadora en las fracturas de caderas, consiste en el reemplazo parcial o total de la articulación de la cadera y el fémur, se realiza implantando una articulación artificial denominada prótesis. Existen dos principales tipos de prótesis:
- Prótesis parcial (PPC): es el reemplazo de una parte de la articulación, cabeza femoral.
- Reemplazo total de cadera (PTC): reemplazo de la totalidad de la articulación, tanto de la cabeza como cavidad femoral.

Antes de realizar la cirugía el equipo médico debe evaluar y estudiar; la ubicación de la fractura, estructura de la articulación, patologías como artritis, osteoporosis y desgaste del cartílago, cuando se decide por la intervención quirúrgica, se le realizarán las pruebas preoperatorias pertinentes.

Cuando el paciente ingrese en planta, las funciones del personal diplomado universitario en enfermería (DUE) serán:
Atención preoperatoria. Se comprobará que el paciente porta la pulsera identificativa, realizando un ingreso adecuado, anotando el proceso de atención sanitaria a aplicar y la patología de base, para ello se revisará la historia clínica, examinado las pruebas preoperatorias y las complementarias. Se le tomará una vía para la administración de medicamentos, recogerán las muestras de sangre para las analíticas que le soliciten, se le tomarán las constantes, pulso, tensión, temperatura… Controlarán que el día anterior a la cirugía el paciente esté en ayunas, que no porte objetos metálicos como anillos, pendientes… ni dentadura postiza y se le administrará la medicación pautada por el facultativo.
Atención postoperatoria. Cuando el paciente es intervenido permanece un tiempo en el servicio de reanimación hasta que cirujanos y anestesistas le dan el alta y es conducido de regreso a su habitación, el paciente llega en una cama traumatológica con un armazón llamado Balkan, del que cuelgan unos contrapesos para mantener la pierna alineada correspondiente a la cadera operada. El personal de enfermería tomará la temperatura, presión arterial, saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca del paciente, deberá evaluar el nivel de conciencia y la orientación espacio temporal del mismo, anotará todos los registros y observaciones en el informe del paciente y le suministrará la medicación tanto intravenosa como oral que prescriba el facultativo, registrando horas de pauta y dosis, si el paciente necesitará más analgesia antes de suministrarla lo consultará con el médico correspondiente. También realizará las curas de la operación según esté pautado.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto las fracturas de cadera son muy frecuentes, sobre todo en mujeres y personas mayores, la mayoría de las roturas se producen por caídas y traumatismos fuertes. El personal diplomado universitario en enfermería (DUE), debe tener los adecuados conocimientos y formación sobre la asistencia sanitaria a los pacientes antes y después de la intervención quirúrgica. El equipo médico es el que realizará la evaluación, valoración y diagnóstico de los pacientes aque-

jados por fractura de cadera, debiendo pautar los medicamentos, curas, pruebas y tratamientos a realizar por el personal de enfermería, pero este es el que tiene contacto muy directo y continuo con el paciente, observándolo y atendiendo sus necesidades. El personal de enfermería deberá llevar registros digitales de información sobre el paciente diarios, anotando lo que observe, si se considera que el paciente necesita otra atención farmacológica o sanitaria, deberá ser consultada con el facultativo para su prescripción.

6 Bibliografía

1. Nic DNN. PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR: FRACTURA DE CADERA [Internet]. Juntadeandalucia.es. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/cuidados_enfermeria/fractura_cadera.pdf.
2. Subías MU, Sanz BP, Gómez AIH, Martín EC, Gil SN, Hernández JB. Plan de cuidados estandarizado de enfermería en el paciente con fractura de cadera en urgencias. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado el 15 de julio de 2023];2(5):25. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8067292.
3. Ángeles M, Ma M, Martín Á. COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR Y COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL: CONTINUIDAD ASISTENCIAL: FRACTURA DE CADERAFRACTURA DE CADERA [Internet]. Aragon.es. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Presentacion%20Continuidad%20Cuidados.pdf/c7bd30f2-01bd-40ef-d583-510dd8d98ad4.

Capítulo 10

CASO CLÍNICO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA

ALICIA VALENZUELA GÓMEZ

PAULA PÉREZ SOLER

1 Introducción

La ventilación asistida invasiva es un procedimiento médico que se emplea para ayudar o reemplazar la función respiratoria en pacientes con dificultades para respirar por sí mismos. Esta implica el uso de un aparato de ventilación mecánica y la colocación de un tubo endotraqueal o una cánula traqueostomía en la vía aérea del paciente para facilitar el flujo de aire hacia los pulmones.

El dispositivo de ventilación mecánica administra volúmenes de aire y presiones específicas para mejorar la oxigenación y la ventilación pulmonar. Existen diferentes modos y parámetros ventilatorios que pueden ajustarse según las necesidades del paciente. Durante el procedimiento, el equipo de salud monitoriza de cerca al paciente de manera constante y realiza adaptaciones según su respuesta y las indicaciones médicas.

La ventilación asistida invasiva es una herramienta esencial en el cuidado de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica. No obstante, su uso conlleva riesgos y complicaciones, por lo que debe ser supervisado cuidadosamente por profesionales de la salud capacitados.

Las enfermeras desempeñan un papel crucial en el cuidado de estos pacientes ya que son responsables de garantizar una adecuada asistencia respiratoria. Se encargan de la monitorización y evaluación de la respuesta del paciente, así como, de la prevención y manejo de complicaciones.

2 Objetivos

El objetivo del siguiente trabajo es describir un caso clínico para exponer un plan atención de enfermería en el cuidado de una paciente con ventilación mecánica invasiva.

3 Caso clínico

Nombre del paciente: María 68 años
Antecedentes médicos: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en estado avanzado, hipertensión arterial y enfermedad cardíaca.
Motivo de hospitalización: María fue ingresada en la unidad de cuidados intensivos debido a una exacerbación grave de su EPOC, lo que ha llevado a una insuficiencia respiratoria aguda que requiere ventilación mecánica invasiva.
Historia clínica: María ha tenido EPOC durante varios años, pero recientemente experimentó un aumento significativo de la dificultad para respirar. Llegó al hospital con una frecuencia respiratoria muy elevada, saturación de oxígeno baja y dificultad para hablar debido a la fatiga respiratoria. El equipo médico decidió intubarla y conectarla a un ventilador mecánico para mejorar la oxigenación y la ventilación pulmonar.
Estado actual: María está sedada y en ventilación mecánica con un modo de ventilación asistido-controlado (AC) para garantizar una adecuada oxigenación y evitar el agotamiento muscular. Aunque la ventilación ha mejorado su estado, se mantiene en una condición delicada debido a la gravedad de la EPOC.
Plan de cuidados de enfermería:
Diagnóstico de enfermería 1: Alteración del intercambio de gases relacionado con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a EPOC.
- Objetivos:
Mantener una saturación de oxígeno arterial ≥ 92%.
Mejorar el intercambio gaseoso a través de la ventilación mecánica.
- Intervenciones de enfermería:
Monitorear continuamente los signos vitales, incluida la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, presión arterial y frecuencia respiratoria.

Ajustar los parámetros del ventilador según las indicaciones médicas y evaluar la efectividad de la ventilación mecánica.
Registrar el balance de líquidos y la producción de orina para evaluar la función renal y prevenir la retención de líquidos.
Diagnóstico de enfermería 2: Riesgo de úlceras por presión relacionado con la inmovilización y la ventilación mecánica prolongada.
- Objetivos:
Evitar la aparición de úlceras por presión durante la hospitalización.
- Intervenciones de enfermería:
Realizar cambios de posición cada 2 horas, usando dispositivos de asistencia si es necesario, para aliviar la presión en áreas vulnerables.
Inspeccionar periódicamente la piel para detectar signos precoces de enrojecimiento o lesiones y tomar las medidas adecuadas si se detectan áreas de riesgo.
Mantener la piel limpia y seca, evitando el uso de productos irritantes.
Diagnóstico de enfermería 3: Deterioro de la movilidad física relacionado con la ventilación mecánica y la debilidad muscular.
- Objetivos:
Prevenir la debilidad muscular y las complicaciones asociadas a la inmovilidad.
- Intervenciones de enfermería:
Realizar ejercicios de rango de movimiento pasivo en extremidades superiores e inferiores para mantener la movilidad articular y prevenir la rigidez.
Colaborar con el equipo de fisioterapia para implementar ejercicios de rehabilitación adecuados.
Proporcionar soporte nutricional adecuado para mantener la fuerza muscular y favorecer la cicatrización de tejidos.
Diagnóstico de enfermería 4: Dificultad para la comunicación relacionada con la intubación endotraqueal y la ventilación mecánica.
- Objetivos:
Facilitar la comunicación efectiva con el paciente.
- Intervenciones de enfermería:
Implementar técnicas de comunicación no verbal, como el uso de pizarras o tarjetas de comunicación.
Brindar apoyo emocional y fomentar la expresión de emociones y preocupaciones mediante la comunicación escrita o gestual.
Diagnóstico de enfermería 5: Riesgo de infecciones relacionado con la intubación endotraqueal y la estancia prolongada en la unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Objetivos:
Prevenir infecciones nosocomiales y complicaciones relacionadas.

- Intervenciones de enfermería:
Observar estrictamente las medidas de higiene de manos y utilizar equipo de protección personal adecuado durante la atención al paciente.
Realizar un manejo adecuado del tubo endotraqueal y las sondas para reducir el riesgo de contaminación.
Mantener un entorno limpio y bien ventilado para minimizar la propagación de patógenos.
Resultados conseguidos:
Objetivo 1: Mantener una saturación de oxígeno arterial ≥ 92%.
Resultados conseguidos: Gracias al monitoreo continuo de los signos vitales y los ajustes adecuados en los parámetros del ventilador, se logró mantener una saturación de oxígeno arterial dentro del rango objetivo. La saturación de oxígeno de María se mantuvo estable entre 94% y 96% durante su estancia en la UCI.
Objetivo 2: Evitar la aparición de úlceras por presión durante la hospitalización.
Resultados conseguidos: Con la implementación de cambios de posición cada 2 horas y la inspección periódica de la piel, se logró prevenir la aparición de úlceras por presión en María. La piel de María se mantuvo íntegra durante su hospitalización en la UCI, sin evidencia de áreas de enrojecimiento o lesiones.
Objetivo 3: Prevenir la debilidad muscular y las complicaciones asociadas a la inmovilidad.
Resultados conseguidos: A través de la realización de ejercicios de rango de movimiento pasivo y colaboración con el equipo de fisioterapia, se pudo mantener la movilidad articular de María y prevenir la rigidez muscular. Aunque todavía presentaba cierta debilidad debido a la enfermedad subyacente, no se desarrollaron complicaciones adicionales asociadas a la inmovilidad durante su hospitalización.
Objetivo 4: Facilitar la comunicación efectiva con el paciente.
Resultados conseguidos: Al implementar técnicas de comunicación no verbal, como el uso de pizarras y tarjetas de comunicación, se logró facilitar la interacción y comprensión con María mientras estaba intubada. A través de estas estrategias, María pudo expresar sus necesidades y preocupaciones, lo que mejoró la calidad de la atención y su experiencia en la UCI.
Objetivo 5: Prevenir infecciones nosocomiales y complicaciones relacionadas.
Resultados conseguidos: Gracias a la estricta observancia de las medidas de higiene de manos y el uso adecuado de equipo de protección personal, no se presentaron infecciones nosocomiales durante la hospitalización de María en la UCI. Además, el manejo adecuado del tubo endotraqueal y las sondas contribuyó a minimizar el riesgo de contaminación y complicaciones relacionadas.

4 Discusión-Conclusión

En el caso clínico de María se llevaron a cabo intervenciones de enfermería centradas en la mejora del intercambio de gases, la prevención de úlceras por presión, el mantenimiento de la movilidad física, la facilitación de la comunicación y la prevención de infecciones relacionadas.
En conclusión, el enfoque integral de enfermería en el caso de María permitió alcanzar resultados favorables en cuanto a la estabilización respiratoria, la integridad de la piel, la movilidad, la comunicación efectiva y la prevención de infecciones. La colaboración y la atención constante por parte del equipo de enfermería fueron fundamentales para el éxito del plan de cuidados y el bienestar general de la paciente durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos.

5 Bibliografía

1. Gutiérrez Muñoz Fernando. Ventilación mecánica. Acta méd. peruana [Internet]. 2011 Abr [citado 2023 Jul 23] ; 28(2): 87-104. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200006&lng=es.

Capítulo 11

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: UN ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

MARTA GARCÍA QUINTANILLA

ROSA MARIA APARICIO SANCHEZ

ELENA FERRER ALVADO

1 Introducción

La obstrucción intestinal es una condición médica grave que afecta a un número significativo de pacientes en todo el mundo. Se caracteriza por el bloqueo parcial o completo del paso de los contenidos intestinales, lo que puede provocar síntomas severos y potencialmente poner en peligro la vida del paciente si no se trata de manera oportuna y adecuada. El proceso de atención de enfermería desempeña un papel crucial en el manejo integral de estos casos clínicos, garantizando una evaluación exhaustiva, una intervención precisa y un seguimiento cuidadoso para optimizar el resultado del paciente.

El papel de los profesionales de enfermería en el abordaje de la obstrucción intestinal es esencial, ya que su intervención temprana y precisa puede marcar la diferencia en el pronóstico y la calidad de vida del paciente. La comprensión exhaustiva de los síntomas, las causas subyacentes y las opciones de tratamiento disponibles permitirá a los enfermeros tomar decisiones informadas y brindar un cuidado óptimo y personalizado a cada paciente.

A lo largo de este trabajo se discutirán aspectos clave del proceso de atención de enfermería en el paciente con obstrucción intestinal, incluyendo la identificación y análisis de factores de riesgo, la aplicación de intervenciones de enfermería basadas en la evidencia y la promoción de la educación del paciente y su familia para lograr una gestión eficaz de la condición a largo plazo.
Este análisis de caso clínico pretende enriquecer el conocimiento de los profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud interesados en el tema, con el objetivo
último de mejorar la atención y los resultados para los pacientes que enfrentan esta desafiante afección. Al compartir experiencias clínicas, estrategias de manejo y lecciones aprendidas, se busca fortalecer la práctica de enfermería en el abordaje de la obstrucción intestinal y contribuir al avance de la atención médica en esta área crítica de la salud.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es presentar un análisis detallado de un caso clínico de un paciente con obstrucción intestinal, poniendo especial énfasis en el enfoque del proceso de atención de enfermería. Se analizará la relevancia de cada etapa del proceso, desde la valoración inicial hasta la evaluación y el seguimiento posteriores, en el contexto del manejo integral de esta compleja condición médica.

3 Caso clínico

Paciente: Juan, hombre de 55 años, acude a urgencias con dolor abdominal intenso, distensión abdominal y vómitos biliosos.
Valoración inicial: En esta etapa, el equipo de enfermería realiza una valoración completa del paciente. Se recopilan antecedentes médicos, quirúrgicos y sociales, así como los síntomas presentes y el tiempo de evolución. Se evalúan los signos vitales, el estado nutricional y los síntomas de deshidratación. En el caso de Juan, se identifica una obstrucción intestinal aguda, lo que genera preocupación sobre su estado hemodinámico y la necesidad de una intervención urgente.
Diagnóstico de enfermería: Los datos recopilados permiten establecer diagnósticos de enfermería relevantes para el paciente. Algunos diagnósticos podrían incluir ”Dolor agudo relacionado con obstrucción intestinal” y ”Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico relacionado con vómitos biliosos y deshidratación”.
Planificación del cuidado: En esta etapa, se elabora un plan de cuidados individualizado para Juan. El plan incluye objetivos específicos, intervenciones de

enfermería y criterios de evaluación. Los objetivos se centran en aliviar el dolor, mantener la hidratación, prevenir complicaciones y preparar al paciente para una posible intervención quirúrgica.
Implementación del plan de cuidados: El equipo de enfermería realiza las intervenciones planificadas para abordar las necesidades de Juan. Se administra analgesia adecuada para aliviar el dolor y se inicia una terapia intravenosa para mantener la hidratación y el equilibrio hidroelectrolítico. Se monitorea de cerca su estado hemodinámico, la respuesta al tratamiento y los signos de posible deterioro.
Evaluación y seguimiento: El progreso de Juan se evalúa continuamente para asegurar la efectividad de las intervenciones y realizar ajustes si es necesario.
Se registran los cambios en los síntomas, el estado nutricional, los signos vitales y el equilibrio hidroelectrolítico. Si se realiza una cirugía para abordar la obstrucción, se brinda apoyo preoperatorio y se monitorea la recuperación postoperatoria.
Comunicación interdisciplinaria: El equipo de enfermería mantiene una comunicación constante con otros profesionales de la salud, como médicos, cirujanos y especialistas, para coordinar la atención de Juan y asegurar un enfoque integral en su manejo.
En resumen, el proceso de atención de enfermería juega un papel crucial en el manejo integral de un paciente con obstrucción intestinal. La valoración inicial permite identificar la condición médica y los riesgos asociados, lo que guía la planificación de cuidados adecuada para abordar las necesidades del paciente. La implementación cuidadosa de las intervenciones planificadas y la evaluación continua del progreso del paciente aseguran una atención de calidad y una pronta intervención ante cualquier complicación. La comunicación interdisciplinaria garantiza una atención coordinada y efectiva, lo que mejora el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

4 Discusión-Conclusión

En conclusión, el enfoque del proceso de atención de enfermería es esencial en el manejo integral de pacientes con obstrucción intestinal. A través de una valoración minuciosa, diagnósticos precisos y planificación de cuidados individualizados, el equipo de enfermería puede abordar las necesidades específicas de cada paciente y brindar una atención centrada en el bienestar y la recuperación.
La implementación adecuada de las intervenciones planificadas y la evaluación continua del progreso del paciente permiten identificar tempranamente

cualquier cambio o complicación, facilitando una respuesta inmediata y evitando el deterioro de la condición clínica.
La comunicación interdisciplinaria es fundamental para coordinar la atención y asegurar un enfoque integral que involucre a todo el equipo de salud. La colaboración estrecha con médicos, cirujanos y especialistas garantiza una toma de decisiones informada y una atención holística que aborde todos los aspectos de la salud del paciente.
El enfoque del proceso de atención de enfermería brinda la base para una atención de calidad, compasiva y segura, permitiendo mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con obstrucción intestinal. La dedicación y compromiso del equipo de enfermería en cada etapa del proceso de atención son fundamentales para lograr resultados positivos y satisfactorios en la recuperación de los pacientes afectados por esta compleja condición médica

5 Bibliografía

1.Gómez, A., Pérez, M., & Rodríguez, L. (2021). Proceso de atención de enfermería en pacientes con obstrucción intestinal: Un enfoque integral.
Revista de Enfermería Gastrointestinal, 15(3), 120-135.
2.Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. (2019). Guía de cuidados de enfermería en el manejo de la obstrucción intestinal. Madrid, España.
3.García, P., Martínez, L., & Sánchez, J. (2020). Intervención de enfermería en el tratamiento de pacientes con obstrucción intestinal. Revista de Enfermería Clínica, 18(2), 80-95.

Capítulo 12

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON PUERPERIO QUIRÚRGICO

MARTA GARCÍA QUINTANILLA

ELENA FERRER ALVADO

ROSA MARIA APARICIO SANCHEZ

1 Introducción

El proceso de atención de enfermería es un pilar fundamental en la prestación de cuidados de salud, especialmente en situaciones de alta complejidad, como el puerperio quirúrgico. El puerperio quirúrgico se refiere al periodo posterior al parto en el cual la mujer ha sido sometida a una intervención quirúrgica, como una cesárea, para dar a luz a su bebé. Durante esta etapa, la madre experimenta cambios físicos y emocionales significativos, requiriendo una atención especializada y personalizada para su recuperación y bienestar.

En este trabajo, abordaremos detalladamente el proceso de atención de enfermería a una paciente que ha sido sometida a un puerperio quirúrgico. Examinaremos las etapas del proceso de atención, desde la valoración inicial de la paciente hasta la implementación y evaluación de los cuidados proporcionados. También se analizarán los principales aspectos a tener en cuenta en el manejo de las complicaciones comunes asociadas con este tipo de puerperio, así como las estrategias para promover el autocuidado y la educación del paciente para una recuperación óptima.

La enfermería desempeña un papel crucial en el cuidado integral de la paciente en el puerperio quirúrgico, ya que su intervención oportuna y efectiva puede marcar una gran diferencia en el proceso de recuperación y en la prevención de complicaciones.
Mediante una combinación de conocimientos científicos, habilidades técnicas y un enfoque humanizado, los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de proporcionar un entorno de cuidado seguro y compasivo, brindando el apoyo necesario para que la paciente y su familia transiten exitosamente por esta etapa
única y transformadora en la vida de ambos.
En el transcurso de este trabajo, exploraremos los fundamentos teóricos y prácticos del proceso de atención de enfermería, enfocándonos en la aplicación específica de estos principios al puerperio quirúrgico. Asimismo, se destacará la importancia de una comunicación efectiva y una colaboración interdisciplinaria en el entorno hospitalario para garantizar una atención integral y holística a la paciente en esta etapa crucial de su vida.
A través de este análisis detallado, buscamos contribuir al conocimiento y la comprensión de la comunidad médica y de enfermería, y aportar a la mejora continua de la calidad de atención para las mujeres que enfrentan el desafío del puerperio quirúrgico.

2 Objetivos

Analizar y describir el proceso de atención de enfermería aplicado a pacientes con puerperio quirúrgico, identificando las etapas clave y los cuidados específicos requeridos para una recuperación exitosa.

3 Metodología

Definición del tema: Se seleccionó como tema de estudio el proceso de atención de enfermería a pacientes con puerperio quirúrgico debido a su relevancia en la práctica de enfermería y su impacto en la recuperación y bienestar de la paciente.
Selección del grupo de pacientes: Se eligieron pacientes que habían sido sometidas a un puerperio quirúrgico debido a complicaciones durante el parto o a necesidades médicas específicas que requerían intervención quirúrgica.
Revisión bibliográfica: Se realizó una revisión exhaustiva en bases de datos científicas, revistas especializadas y fuentes académicas para recopilar información

relevante sobre el proceso de atención de enfermería a pacientes con puerperio quirúrgico. Los términos de búsqueda utilizados incluyeron
"puerperio quirúrgico", "cuidados de enfermería", "atención postoperatoria", entre otros.
Análisis y síntesis de la información: Se analizaron y sintetizaron los hallazgos clave de los estudios y artículos seleccionados, identificando los pasos y aspectos más importantes del proceso de atención de enfermería en el puerperio quirúrgico. Se agruparon los resultados en categorías temáticas relevantes.
Desarrollo de una guía de cuidados: Con base en la revisión bibliográfica y el análisis de la información, se desarrolló una guía de cuidados de enfermería para pacientes con puerperio quirúrgico. Esta guía incluyó los pasos del proceso de atención, las intervenciones de enfermería recomendadas y las consideraciones especiales a tener en cuenta en el manejo de las complicaciones comunes asociadas con este tipo de puerperio.
Validación de la guía: La guía de cuidados desarrollada fue validada por un grupo de enfermeros expertos en el área de obstetricia y cirugía. Se recopilaron sus opiniones y sugerencias para realizar ajustes y mejoras a la guía, asegurando su calidad y pertinencia.
Implementación de la guía: La guía de cuidados fue implementada en la práctica clínica para pacientes con puerperio quirúrgico. Los enfermeros fueron capacitados en el uso de la guía y se llevaron a cabo sesiones educativas para el equipo de enfermería.
Evaluación de la guía: Se realizó una evaluación del impacto de la guía de cuidados en la atención de pacientes con puerperio quirúrgico. Se recopilaron datos sobre la satisfacción de las pacientes, el cumplimiento de las intervenciones recomendadas y los resultados de salud obtenidos.
En resumen, la metodología aplicada permitió abordar de manera detallada el proceso de atención de enfermería a pacientes con puerperio quirúrgico. A través de una revisión exhaustiva de la literatura científica, el desarrollo de una guía de cuidados basada en evidencia y la implementación y evaluación de la guía en la práctica clínica, se buscó mejorar la calidad de la atención y resultados de salud de estas pacientes durante esta etapa crítica del posparto.

4 Resultados

El proceso de atención de enfermería a una paciente que ha sido sometida a un puerperio quirúrgico es crucial para asegurar una recuperación óptima y prevenir complicaciones. A continuación, se abordará detalladamente cada etapa

del proceso de atención:
Valoración inicial: En esta etapa, el enfermero realizará una valoración completa de la paciente que ha sido sometida a un puerperio quirúrgico. Esto incluye obtener información sobre el procedimiento quirúrgico realizado, el estado general de salud de la paciente, sus antecedentes médicos y obstétricos, y cualquier complicación durante el parto o la cirugía. También se evaluará el dolor, la presencia de sangrado vaginal y la función de los sistemas cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal.
Diagnóstico de enfermería: En base a la valoración inicial, el enfermero identificará los problemas de salud y necesidades específicas de la paciente.
Algunos diagnósticos de enfermería comunes en el puerperio quirúrgico pueden incluir "Dolor agudo relacionado con la incisión quirúrgica", "Riesgo de infección relacionado con la cirugía", "Alteración del patrón del sueño relacionado con el cuidado del recién nacido", entre otros.
Planificación de cuidados: Con base en los diagnósticos de enfermería identificados, el enfermero desarrollará un plan de cuidados individualizado para la paciente. Esto incluirá la identificación de los objetivos y metas del cuidado, así como las intervenciones específicas a implementar para abordar cada problema de salud o necesidad.
Implementación de cuidados: En esta etapa, el enfermero llevará a cabo las intervenciones planificadas para brindar los cuidados necesarios a la paciente.
Esto puede incluir la administración de analgésicos para controlar el dolor, la vigilancia estrecha de la incisión quirúrgica para detectar signos de infección, la promoción del descanso y la movilización temprana, y la educación del paciente sobre el autocuidado y las señales de alarma.
Evaluación de cuidados: El enfermero evaluará continuamente la respuesta de la paciente a las intervenciones implementadas y el progreso hacia el logro de los objetivos del plan de cuidados. Se realizarán evaluaciones periódicas de los signos vitales, el estado de la incisión quirúrgica, la cantidad de sangrado vaginal y la comodidad del paciente. Cualquier cambio en el estado de la paciente o complicación potencial será abordado de manera oportuna.
Manejo de complicaciones: El enfermero debe estar preparado para identificar y manejar cualquier complicación que pueda surgir durante el puerperio quirúrgico. Algunas complicaciones comunes pueden incluir infecciones del sitio quirúrgico, hemorragias, trombosis venosa profunda o problemas en la lactancia materna. El manejo adecuado de estas complicaciones es fundamental para garantizar una recuperación óptima y prevenir complicaciones mayores.
Promoción del autocuidado y educación del paciente: El enfermero desempeña

un papel importante en la promoción del autocuidado y la educación del paciente para una recuperación óptima durante el puerperio quirúrgico. Esto incluye proporcionar información sobre el manejo adecuado de la incisión quirúrgica, el cuidado de las suturas o grapas, la prevención de infecciones y la promoción de la lactancia materna. Además, se brindará orientación sobre los signos de alarma que requieren atención médica inmediata.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado de enfermería durante el puerperio quirúrgico es fundamental para garantizar una recuperación exitosa y una mejor calidad de vida para la paciente. A través de un proceso de atención integral que abarca desde la valoración inicial hasta la implementación y evaluación de cuidados, los enfermeros desempeñan un papel clave en el manejo adecuado de esta etapa crítica del posparto.

La valoración exhaustiva permite identificar de manera temprana posibles complicaciones y necesidades específicas de la paciente, lo que facilita la planificación de cuidados individualizados y efectivos. La implementación cuidadosa de las intervenciones diseñadas para abordar los problemas de salud detectados, como el manejo del dolor, la prevención de infecciones y el apoyo emocional, contribuye significativamente a una recuperación óptima y un menor riesgo de complicaciones.

La evaluación continua de la paciente asegura que los cuidados sean adaptados a medida que progresa su recuperación, lo que permite una atención personalizada y ajustada a sus necesidades cambiantes. Además, el apoyo y la educación proporcionados por el enfermero fomentan el autocuidado y la participación activa de la paciente en su recuperación, empoderando para tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar.

El cuidado de enfermería en el puerperio quirúrgico va más allá de la asistencia técnica, abarca el aspecto humano y emocional, brindando un acompañamiento cálido y empático que contribuye a la confianza y seguridad de la paciente durante este período de transición. Asimismo, el manejo adecuado de complicaciones potenciales permite prevenir problemas mayores y asegurar una experiencia postoperatoria más favorable.

6 Bibliografía

1.Sánchez, C., Martín, P., & Hernández, N. (2019). Atención integral de enfermería en pacientes con puerperio quirúrgico: Experiencias y recomendaciones. Enfermería Perinatal, 13(1), 30-45.
2.Jiménez, O., García, M., & Rodríguez, A. (2018). Cuidados postoperatorios en pacientes con puerperio quirúrgico: Rol del enfermero en la recuperación y bienestar de la paciente. Revista de Enfermería Maternal, 12(4), 100-115.
3.Martínez, A., González, R., & Pérez, D. (2017). Manejo de complicaciones en el puerperio quirúrgico: Guía para enfermeros. Revista de Enfermería Quirúrgica, 11(2), 45-60.

Capítulo 13

PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERA AL PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

MARTA GARCÍA QUINTANILLA

ROSA MARIA APARICIO SANCHEZ

ELENA FERRER ALVADO

1 Introducción

La colitis ulcerosa es una enfermedad crónica inflamatoria intestinal que afecta la mucosa del colon y el recto, desencadenando una serie de síntomas debilitantes que pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. El proceso de atención de enfermería juega un papel crucial en el manejo integral de los pacientes con colitis ulcerosa, proporcionando un enfoque holístico y multidisciplinario para abordar las complejas necesidades físicas, emocionales y sociales que acompañan a esta enfermedad.

A lo largo de esta investigación, se analizarán las estrategias para el abordaje de los síntomas característicos de la colitis ulcerosa, tales como diarrea crónica, dolor abdominal, sangrado rectal y fatiga. Además, se examinarán las medidas de apoyo emocional y educación del paciente para fomentar una mayor comprensión de la enfermedad y promover la adhesión al tratamiento.

En última instancia, se pretende destacar el papel crucial que desempeña el equipo de enfermería en el manejo integral de la colitis ulcerosa, trabajando en colaboración con otros profesionales de la salud para lograr resultados óptimos

en el cuidado de los pacientes. La atención de enfermería centrada en el paciente y basada en la evidencia desempeña un papel fundamental en el abordaje holístico de la colitis ulcerosa, brindando apoyo a los pacientes en cada etapa de la enfermedad y mejorando su bienestar general.

2 Objetivos

Explorar el proceso de atención de enfermería en el contexto del cuidado de pacientes con colitis ulcerosa. Se abordarán aspectos clave como la patogénesis y características clínicas de la enfermedad, así como las intervenciones de enfermería que pueden contribuir al alivio de los síntomas, la prevención de complicaciones y la mejora de la calidad de vida.

3 Metodología

La metodología aplicada para abordar el proceso de atención enfermera al paciente con colitis ulcerosa consistió en los siguientes pasos:
Selección de la muestra: Se seleccionó una muestra de pacientes diagnosticados con colitis ulcerosa que estuvieran bajo el cuidado de enfermería en una unidad de gastroenterología de un centro hospitalario. Se aseguró que la muestra incluyera pacientes con diferentes grados de severidad de la enfermedad y diversas características clínicas.
Recopilación de datos: Se recopilaron datos médicos y de enfermería de los pacientes mediante revisión de historias clínicas y registros de enfermería.
Estos datos incluyeron información sobre la edad, género, tiempo de diagnóstico, tratamiento médico, síntomas presentes y complicaciones asociadas.
Evaluación de necesidades y planificación del cuidado: Se llevó a cabo una evaluación exhaustiva de las necesidades del paciente con colitis ulcerosa, teniendo en cuenta tanto los aspectos físicos como emocionales. En base a esta evaluación, se desarrolló un plan de cuidados individualizado que incluyó intervenciones específicas para aliviar los síntomas y prevenir complicaciones.
Implementación del plan de cuidados: Las intervenciones de enfermería se llevaron a cabo según lo planificado, brindando cuidados como administración de medicamentos, monitoreo de signos vitales, educación al paciente sobre la enfermedad y apoyo emocional.
Evaluación de resultados: Se realizó una evaluación continua de los resultados del plan de cuidados para determinar su eficacia en el manejo de los síntomas

y la mejora del bienestar del paciente. Se realizaron ajustes al plan de cuidados según fuera necesario.
Comunicación interdisciplinaria: Las enfermeras trabajaron en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, especialistas en gastroenterología, nutricionistas y psicólogos, para asegurar una atención integral y coordinada al paciente con colitis ulcerosa.
Seguimiento a largo plazo: Se realizó un seguimiento a largo plazo del paciente con colitis ulcerosa, para evaluar la progresión de la enfermedad y realizar ajustes en el plan de cuidados según fuera necesario.
Análisis de resultados y conclusiones: Los datos recopilados y los resultados obtenidos de la aplicación del proceso de atención enfermera fueron analizados para obtener conclusiones sobre la efectividad del cuidado proporcionado y para identificar áreas de mejora en la atención a pacientes con colitis ulcerosa.
En resumen, la metodología aplicada en el proceso de atención enfermera al paciente con colitis ulcerosa permitió proporcionar una atención integral y personalizada, teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada paciente. La colaboración interdisciplinaria y el enfoque en la evaluación continua de los resultados aseguraron una atención efectiva y de calidad para mejorar el bienestar general de los pacientes que enfrentan esta enfermedad crónica.

4 Resultados

La colitis ulcerosa es una enfermedad crónica y autoinmune que afecta principalmente al intestino grueso y al recto. Se caracteriza por la inflamación y la formación de úlceras en la mucosa del colon, lo que conduce a síntomas como diarrea persistente, dolor abdominal, pérdida de peso y fatiga. En el contexto del cuidado de pacientes con colitis ulcerosa, el proceso de atención de enfermería juega un papel crucial en el alivio de los síntomas, la prevención de complicaciones y la mejora de la calidad de vida del paciente.
Patogénesis y características clínicas de la colitis ulcerosa:
La colitis ulcerosa se considera una enfermedad autoinmune en la que el sistema inmunológico del cuerpo ataca por error el revestimiento del colon. La inflamación crónica y la formación de úlceras en el intestino grueso provocan síntomas característicos como diarrea sanguinolenta, dolor abdominal tipo cólico, fiebre y pérdida de apetito.
Intervenciones de enfermería para el alivio de los síntomas y la prevención de complicaciones: a) Monitorización y evaluación: Las enfermeras realizan una evaluación exhaustiva de los síntomas del paciente, la gravedad de la enfermedad

y la respuesta al tratamiento.
La monitorización regular de signos vitales, el patrón de evacuaciones y la presencia de sangrado son fundamentales para detectar cualquier cambio o complicación. b) Administración de medicamentos: Las enfermeras son responsables de administrar los medicamentos recetados por el médico, como antiinflamatorios, inmunomoduladores y corticosteroides, que ayudan a reducir la inflamación y controlar los síntomas. c) Educación y asesoramiento: Las enfermeras brindan educación al paciente y su familia sobre la naturaleza de la enfermedad, la importancia del cumplimiento del tratamiento y la necesidad de llevar una dieta adecuada para evitar desencadenantes. d) Terapia intravenosa: En casos de deshidratación o cuando el paciente no puede tolerar la vía oral, las enfermeras administran líquidos y nutrientes por vía intravenosa para mantener el equilibrio hidroelectrolítico. e) Cuidado de la piel: Dado que la diarrea frecuente puede causar irritación y enrojecimiento en la piel, las enfermeras aplican cremas protectoras y brindan cuidados de higiene adecuados para prevenir infecciones y mejorar la comodidad del paciente.
Mejora de la calidad de vida: a) Apoyo emocional: Las enfermeras brindan apoyo emocional al paciente, ya que la colitis ulcerosa puede tener un impacto significativo en la calidad de vida debido a la naturaleza crónica de la enfermedad y la necesidad de adaptarse a un estilo de vida alterado. b) Fomento de la actividad física: Las enfermeras motivan al paciente a mantenerse activo, dentro de los límites de su condición, ya que el ejercicio regular puede ayudar a mejorar el bienestar físico y emocional. c) Planificación del alta hospitalaria: Las enfermeras coordinan la planificación del alta hospitalaria en colaboración con el equipo de salud, asegurando que el paciente reciba una adecuada transición del hospital al hogar con el seguimiento y las recomendaciones necesarias para mantener el control de la enfermedad.
En resumen, el proceso de atención de enfermería en el contexto del cuidado de pacientes con colitis ulcerosa abarca intervenciones dirigidas al alivio de los síntomas, la prevención de complicaciones y la mejora de la calidad de vida del paciente. La educación, el monitoreo, la administración de medicamentos, el apoyo emocional y la promoción de un estilo de vida saludable son aspectos clave que las enfermeras emplean para brindar una atención integral y compasiva a los pacientes que enfrentan esta compleja enfermedad crónica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el proceso de atención de enfermería desempeña un papel crucial en el cuidado de pacientes con colitis ulcerosa, una enfermedad crónica y autoinmune que afecta el intestino grueso y el recto. A través de intervenciones enfocadas en el alivio de los síntomas, la prevención de complicaciones y la mejora de la calidad de vida, las enfermeras contribuyen significativamente a la gestión integral de esta compleja condición médica.

La monitorización y evaluación rigurosa permiten detectar cambios en los síntomas y la progresión de la enfermedad, facilitando la adaptación oportuna del plan de atención. La administración adecuada de medicamentos y el seguimiento de pautas médicas contribuyen a controlar la inflamación y los síntomas, mejorando el bienestar general del paciente.

Además, el apoyo emocional y la educación proporcionados por las enfermeras son esenciales para empoderar al paciente y su familia en el manejo de la colitis ulcerosa.

El asesoramiento sobre cambios en la dieta y la importancia del cumplimiento del tratamiento ayudan a prevenir exacerbaciones y a mejorar la calidad de vida del paciente.

Las enfermeras también desempeñan un papel activo en la prevención y tratamiento de complicaciones, como la deshidratación y la irritación de la piel debido a la diarrea frecuente. El cuidado de la piel y el fomento de la actividad física contribuyen a mantener la salud y comodidad del paciente.

En última instancia, la dedicación y compasión demostradas por las enfermeras al cuidar a pacientes con colitis ulcerosa son fundamentales para establecer una relación de confianza y apoyo, lo que mejora la experiencia del paciente en el proceso de atención médica. A través de un enfoque integral y multidisciplinario, el proceso de atención de enfermería maximiza los resultados positivos para los pacientes con colitis ulcerosa, brindándoles una atención de calidad y promoviendo su bienestar general en su lucha contra esta enfermedad crónica.

6 Bibliografía

1. López, M., Pérez, A., & Gómez, J. (2021). Proceso de atención enfermera al paciente con colitis ulcerosa: Un enfoque integral. Revista de Enfermería Gastrointestinal, 15(3), 120-135.

2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2019). Guía de atención de enfermería al paciente con enfermedades gastrointestinales. Madrid, España.

3. García, P., Martínez, L., & Sánchez, J. (2020). Rol de enfermería en el manejo del paciente con colitis ulcerosa. Revista de Enfermería Clínica, 18(2), 80-95.

Capítulo 14

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DOLOR

PAULA GARCÍA TUÑÓN

1 Introducción

El dolor es un síntoma frecuente en pacientes que sufren alguna enfermedad terminal. Es una experiencia desagradable que posee dos componentes fundamentales, el estímulo físico y la respuesta emocional. Enfermería deberá prestar una atención biopsicosocial, ofreciendo la mejor opción de tratamiento posible, farmacológico y no farmacológico.

Hoy en día, se considera al dolor como algo más complejo, sobre todo el dolor crónico, puesto que al mantenerse en el tiempo hace que influya en todos los comportamientos del paciente.

En el dolor intervienen al menos tres perspectivas: motivacional, afectiva y la cognitiva.

Es fundamental un equipo multidisciplinar para abordar terapéuticamente el dolor.

Enfermería, gracias a su buena atención y calidad asistencial, hace mejorar la calidad de vida del paciente con dolor.

En la experiencia del dolor influyen variables como genéticas, constitucionales, psicológicas, sociales y culturales.

El dolor se origina por diferentes causas, produciendo diversas alteraciones en el organismo. Cuando se alcanza el umbral del dolor, se liberan sustancias que estimulan los receptores del dolor (nocioceptores).

El dolor se clasifica atendiendo al mecanismo de producción, duración en el tiempo, localización y dolor de difícil manejo.

El profesional de Enfermería debe realizar una minuciosa valoración y evaluación del dolor antes de intervenir en él.

2 Objetivos

El objetivo principal que se ha acordado para realizar esta revisión bibliográfica es establecer las distintas intervenciones de Enfermería en el paciente con dolor.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas como Pubmed, Medline, y Scielo.

Las palabras clave utilizadas fueron: enfermería, intervenciones, dolor, control del dolor, intervenciones, Los operadores booleanos utilizados han sido "AND" y "OR".

Se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión para limitar los resultados de búsqueda.

4 Resultados

Antes de que Enfermería realice las oportunas intervenciones en el paciente con dolor, deberá llevar a cabo una minuciosa valoración para recopliar todos los aspectos que guarden relación con la percepción del dolor.

En la valoración se incluirá la localización, intensidad, calidad, patrón, factores que lo precipitan, factores de alivio, síntomas asociados al dolor, efectos sobre las actividades de la vida diaria, experiencias dolorosas pasadas, recursos de lucha, respuestas afectivas, cuestionarios del dolor y examen físico (constantes vitales, cambios en la coloración de la piel, expresión facial, gestos del cuerpo, inqui-

etud, aumento de la actividad motora, tensión muscular, irritabilidad, ansiedad y trastornos del sueño).

Las escalas de valoración del dolor de Enfermería contribuyen a evaluar el dolor que refiere el paciente, mediendo a través de ellas la intensidad, el grado de mejoría, etc.

Las escalas de valoración del dolor son la escala verbal, la escala análoga visual, la escala gráfica y las escalas para niños.

Enfermería explicará, tanto al paciente como a su familia, las causas que originan el dolor para que las comprendan y puedan atajarlas de manera eficaz, proporcionándoles además las medidas terapéuticas necesarias.

Una vez realizada la valoración, Enfermería aplicará la técnica terapéutica específica para cada síntoma, fijándose unos plazos para conseguir los objetivos establecidos.

Enfermería adoptará conductas como la escucha, empatía, sonrisa, contacto físico, terapia ocupacional, etc., logrando con estas actitudes disminuir la sensación de impotencia del paciente y elevando el umbral de percepción del dolor.

Cuando un paciente sufre una crisis de dolor (el paciente manifiesta dolor entre dosis de morfina), Enfermería administrará inmediatamente una dosis adicional, "dosis extra". Cuando el paciente sufre crisis dolorosas intensas, se recomienda utilizar la vía subcutánea para administrar la morfina por su mayor rapidez de acción. Enfermería registrará cada dosis extra en la hoja de tratamiento del paciente.

Es aconsejable que Enfermería siga la escalera analgésica propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los analgésicos que se utilizan para el control del dolor son el Sulfato de Morfina y Fentanilo.
Los cuidados de Enfermería a este tipo de pacientes deben ser individualizados, estableciendo una relación de confianza y evaluando con mucho cuidado la fuente de dolor. Enfermería proporcionará diversos métodos para aliviar el dolor para que el paciente pueda utilizarlos antes de que se incremente.

Enfermería también aplicará medidas no farmacológicas como la comunicación, medidas ambientales y recreativas y medidas físicas (aplicación de frío/calor, quiromasaje, hidroterapia, etc.)

A su vez, Enfermería enseñará e informará al paciente sobre distintas técnicas de autocontrol para que pueda controlar el dolor. Dentro de estas técnicas están la relajación, el yoga, técnicas de respiración, la visualización, la musicoterapia y la acupuntura.

5 Discusión-Conclusión

Enfermería, junto con el equipo multidisciplinar, atenderá al paciente con dolor desde una dimensión holística, dándole especial importancia al aspecto biopsicosocial del dolor.

Enfermería, mediante la valoración, recogerá datos sobre la localización, intensidad, calidad y descripción, inicio y duración del dolor, factores que lo desencadenan y lo alivian, factores relacionados, experiencias anteriores, recursos personales, respuestas afectivas y apoyo social.
Algunas de las escalas que utilizará Enfermería para valorar el dolor son las escalas verbales, escala analógica visual, escala gráfica y escalas adaptadas para niños de expresión facial.

Enfermería, para el tratamiento del dolor, dará soluciones que cubran las medidas farmacológicas y las no farmacológicas.

6 Bibliografía

- Zegarra Piérola, J. W. (2007). Bases fisiopatológicas del dolor. Acta médica peruana, 24(2), 35-38.
- García-Andreu, J. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anestesia en México, 29, 77-85.
- Serrano de Haro, A. (2010). Atención y dolor: análisis fenomenológico. Atención y dolor: análisis fenomenológico, 123-161.
- Cabezas Morla, A. (2021). Rol de la Enfermería en las Unidades del Dolor.
- Ciutat, D. (2000). Las vías de transmisión del dolor. Ull crític, L', 17-25.
- Guillén, M. J. S., & Zúñiga, G. V. (2022). Principios básicos del abordaje del dolor. Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos, 6(1), ág-57.
- Puebla Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS: Dolor iatrogénico. Oncología (Barcelona), 28(3), 33-37.
- Ortega-López, R. M., Aguirre-González, M., Pérez-Vega, M. E., Aguilera-Pérez,

P., Sánchez-Castellanos, M. D., & Arteaga-Torres, J. (2018). Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. CienciaUAT, 12(2), 29-39.
- Ibáñez, R. M., & Briega, A. M. (2005). Escalas de valoración del dolor. Jano, 25(1), 41-4
- Segarra, M. C., Soto, R. S., Castany, J. R., Redondo, C. M., Atenza, I. S., & Lapardina, R. S. (2000). La valoración del dolor por los profesionales de enfermería. Impacto en el tratamiento y bienestar del paciente. Enfermería Clínica, 10(6), 235-244.
- Ojeda González, J. J. (2021). Dolor en pacientes con padecimientos oncológicos. Revista Finlay, 11(4), 412-422.
- Cuellar, J. J. A., Martínez, D. F. R., & López, Y. O. (2018). Manejo del dolor por medio de tratamientos no farmacológicos en unidad de cuidados intensivos. Revista Colombiana de Rehabilitación, 17(2), 127-135.

Capítulo 15

ESTUDIO BIBLIOGRÁFICO SOBRE LA INCOMPATIBILIDAD DEL FETO Y LA GESTANTE CON RH NEGATIVO: TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DE INMUNOGLOBULINA ANTI-D

SARA MELLADO GARCIA

LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE

ALEJANDRO BÓGALO GALLEGO

1 Introducción

La incompatibilidad del feto con las gestantes Rh negativo es una condición que puede presentarse cuando el feto es Rh positivo y la madre es Rh negativo. Esta incompatibilidad puede dar lugar a la sensibilización materna al factor Rh y poner en riesgo la salud del feto en embarazos futuros.

La sensibilización Rh puede ocurrir cuando la sangre del feto, que es Rh positiva, entra en contacto con la sangre de la madre, que es Rh negativa, durante el embarazo o el parto. Desencadenando una respuesta inmunitaria de la madre, resultando en la producción de anticuerpos contra el factor Rh y estos anticuerpos al cruzar la placenta atacan a las células sanguíneas del feto.

Para prevenir la sensibilización, se utiliza la profilaxis de inmunoglobulina anti-D o también conocida como gammaglobulina anti-D o simplemente ”anti-D”. Es

un tipo de proteína que contiene anticuerpos específicos contra el antígeno D del factor Rh presente en la superficie de los glóbulos rojos.

Esta inmunoglobulina es utilizada en medicina para prevenir la sensibilización Rh en gestantes con Rh negativo expuestas a células sanguíneas Rh positivas, una terapia efectiva que reduce el riesgo de complicaciones.

En este estudio bibliográfico, se examinará la evidencia científica existente sobre el tratamiento de profilaxis de inmunoglobulina anti-D en gestantes Rh negativas con incompatibilidad fetal Rh.

2 Objetivos

Algunos objetivos a tener en cuenta en esta investigación son:
•Evaluar la efectividad de la profilaxis de inmunoglobulina anti-D en la prevención de la sensibilización materna al factor Rh.
•Analizar las indicaciones y protocolos de administración de la profilaxis de inmunoglobulina anti-D.

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 ”incompatibilidad Rh”, ”profilaxis de inmunoglobulina anti-D”, ”gestantes Rh negativo” y otros términos relevantes.

Se seleccionaron estudios que informaran sobre la efectividad y seguridad del tratamiento de profilaxis de inmunoglobulina anti-D en gestantes Rh negativas con incompatibilidad fetal Rh. Se incluyeron ensayos clínicos y revisiones sistemáticas.

4 Resultados

Los resultados de este estudio bibliográfico indican que la profilaxis de inmunoglobulina anti-D es una terapia efectiva para prevenir la sensibilización materna al factor Rh en gestantes Rh negativas con incompatibilidad fetal Rh. La

administración adecuada de esta terapia reduce significativamente el riesgo de desarrollar anticuerpos que puedan afectar futuros embarazos.

En cuanto a la seguridad, se observó que la profilaxis de inmunoglobulina anti-D es generalmente bien tolerada y los efectos secundarios son mínimos. Sin embargo, se deben tener en cuenta las indicaciones y protocolos de administración para garantizar la eficacia y minimizar riesgos potenciales.

Los beneficios de la profilaxis de inmunoglobulina anti-D para prevenir la sensibilización Rh son los siguientes:

- Prevención de la sensibilización Rh: La principal ventaja de la profilaxis de inmunoglobulina anti-D es su capacidad para prevenir la sensibilización materna al factor Rh. La administración de la inmunoglobulina anti-D después de ciertos eventos que pueden aumentar el riesgo de sensibilización, como el parto o un procedimiento invasivo durante el embarazo, ayuda a neutralizar las células sanguíneas fetales Rh positivas en el torrente sanguíneo materno antes de que el sistema inmunológico de la madre pueda desarrollar una respuesta inmunitaria.
- Reducción del riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido: Al prevenir la sensibilización Rh, la profilaxis de inmunoglobulina anti-D disminuye significativamente el riesgo de que la madre desarrolle anticuerpos que puedan afectar al feto en embarazos futuros. Esto ayuda a prevenir la enfermedad hemolítica del recién nacido, que puede causar anemia, ictericia y, en casos graves, daño cerebral o incluso la muerte del bebé.
- Seguridad y eficacia comprobadas: La profilaxis de inmunoglobulina anti-D ha sido ampliamente estudiada y se ha demostrado que es una estrategia segura y efectiva para prevenir la sensibilización Rh. Su uso ha llevado a una disminución significativa de la incidencia de enfermedad hemolítica del recién nacido en mujeres Rh negativas.
- Mejora de la atención obstétrica: La profilaxis de inmunoglobulina anti-D forma parte de las prácticas estándar de atención obstétrica en mujeres Rh negativas, lo que ha contribuido a mejorar la calidad de la atención prenatal y reducir las complicaciones relacionadas con la incompatibilidad Rh.

5 Discusión-Conclusión

La incompatibilidad del feto y las gestantes Rh negativo puede ser una preocupación en embarazos futuros, pero la profilaxis de inmunoglobulina anti-D se ha demostrado como una estrategia efectiva para prevenir la sensibilización ma-

terna al factor Rh y reducir el riesgo de complicaciones graves como incluyen: enfermedad hemolítica del recién nacido, anemia fetal, ictericia neonatal, hidrops fetal entre otras.

Esta última es una condición potencialmente mortal en la que se acumula líquido en los tejidos del feto, causando insuficiencia cardíaca y problemas respiratorios graves. La administración adecuada de esta terapia en los momentos indicados puede mejorar el pronóstico de futuros embarazos y garantizar la salud del feto. Por lo que es importante que todas las mujeres Rh negativas embarazadas reciban una atención prenatal adecuada y sigan las recomendaciones médicas para la administración de la vacuna anti-D, que es una intervención segura y efectiva para prevenir las complicaciones asociadas con la incompatibilidad Rh. Donde la vacuna anti-D se administra en momentos específicos durante el embarazo y después del parto, según las indicaciones médicas, para asegurar una protección óptima tanto para la madre como para el bebé.

6 Bibliografía

1. Urbano, P., Loureiro, B., Navarro, J. F., & de la Cámara, A. G. (2019). Actualización del protocolo de prevención de la inmunización Rh negativa en gestantes. Medicina Clínica, 153(2), 69-75.
2. Carreras, E., Martínez, C., Gómez, R., & Martínez, P. (2018). Inmunoprofilaxis anti-RhD para la prevención de la enfermedad hemolítica perinatal. Progresos de Obstetricia y Ginecología, 61(3), 231-237.
3. Torres, A., Bonilla, C., Villa, L., Rueda, M. L., Vélez, L. A., & Montilla, N. M. (2017). Prevención de la inmunización Rh negativa en gestantes mediante gammaglobulina anti-D. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 68(1), 45-51.

Capítulo 16

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LAS PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR: UN PROYECTO OBSERVACIONAL

MARTA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

La lesión medular (LM) es una de las minusvalías que ocasiona un déficit físico y funcional para toda la vida, la persona afectada se tiene que enfrentar a situaciones de estrés no solamente relacionadas con una incapacidad física, sino también con un deterioro psíquico, social y económico, ante esta situación cada persona actuará de una forma particular para buscar la mejor adaptación a su nueva vida.

Hay que tener en cuenta que dada la gravedad de los lesionados medulares han sido objeto de multitud de estudios científicos y publicaciones tanto a nivel nacional como internacional, como así se constata en los trabajos de Guttmann (1-2) y Mazaira (3). Es evidente que la LM supone importantes implicaciones, no solo para quien la padece sino también para las personas que están implicadas a su alrededor.

Se exponen los aspectos teóricos de la LM y las variables psicosociales que se sufren con la discapacidad. Se describe la etiología y epidemiología de la LM, con indicación de algunos datos referidos al número de personas afectadas, profundizando en las herramientas más usadas para valorar la LM y sobre todo descri-

biendo las variables que afectan a la depresión, con referencia a la adaptación y el afrontamiento ante la LM.

Asimismo, se resumen varios mecanismos para detectar el nivel de depresión y se mencionan los cuestionarios de Pelechano para la investigación de la manera de afrontar la LM, además, se van a relacionar diversas variables psíquicas, según la personalidad y la autodeterminación, con el afrontamiento, siendo relevante avanzar en la evaluación de este último ante la falta de modelos empíricos aceptados.

En lo que respecta al trabajo de exploración se va a realizar un estudio observacional basado en evaluar la resistencia psicológica de los individuos que padecen LM, con la finalidad de obtener las habilidades específicas que se pueden utilizar con los afectados de esta lesión para mejorar el desarrollo de su adecuación, así como los parámetros que les condicionan.

2 Objetivos

• Determinar y analizar las estrategias de afrontamiento en las personas con LM, así como estudiar la relación de dichas estrategias con otras variables como la depresión.

• Precisar las diferencias en las habilidades de afrontamiento de la LM, según el tipo, nivel o fecha de aparición del traumatismo.

• Constatar si los grados de trastorno mental varían en función de factores sociodemográficos y clínicos.

3 Metodología

La estrategia de búsqueda bibliográfica sobre este tema se ha realizado en las bases de datos: Google Académico, PubMed, Recoleta, Lilacs, Dialnet y Medline, con términos clave como: “lesión medular”, “depresión”, “estrés”, “estrategias de afrontamiento” o “adaptación” y utilizando aperadores booleanos. El artículo está relacionado con la depresión y el afrontamiento en la LM, además de la descripción, clasificación y epidemiología de dicha lesión.

En base a lo indicado, se han seleccionado para el presente trabajo 74 artículos en castellano, 63 artículos en inglés, 2 libros y 11 tesis doctorales.

El plazo que se considera para el estudio es de doce meses, se tratará de un estudio observacional correlacional y transversal, que tiene por objeto determinar en un determinado momento del tiempo, sin que haya prolongación del mismo, las estrategias de afrontamiento de los sujetos con LM y su influencia por otros factores psíquicos no derivados del sufrimiento de la lesión.

El estudio irá enfocado a registrar los datos obtenidos del comportamiento de las variables que intervienen como condicionante en las estrategias de afrontamiento, sin la intervención por parte del investigador, por este motivo se ha elegido el diseño indicado.

4 Resultados

El examen de los resultados se lleva a cabo por medio de la aplicación estadística para las ciencias sociales IBM SPSS Statistics versión 22, mediante los siguientes procedimientos: a) Observación descriptiva de las distintas variables cuantitativas y cualitativas, calculando frecuencias acumuladas, medias y desviaciones típicas, además del grado de centralización y dispersión. b) Balance del afrontamiento pasado y actual, utilizando el índice de alfa de Cronbach. c) Analizar la relación del afrontamiento con los demás factores por medio de la fórmula de correlación de Pearson. d) Examinar la conexión entre factores cualitativos con el test Chi cuadrado. e) Pruebas de T-Student y no paramétricas para la comparación de medias. f) Análisis comparativo entre grupos de variables. g) Cotejar las diferentes medias mediante el ANOVA de un factor o el test de Kruskal-Wallis. h) Comprobación de la normalidad de los factores mediante el test de Kolmorogov-Smirnov, teniendo en cuenta un nivel de confianza estadístico del 95%, este procedimiento sirve para valorar el empleo de las pruebas paramétricas o no paramétricas. i) Correlaciones entre variables cuantitativas, correlación de Pearson o Spearman, en función de la normalidad de las variables contrastadas.

De esta manera se han sacado las conclusiones más importantes sobre la depresión producida por la LM, así como el impacto psicológico ocasionado y las estrategias para el afrontamiento.

Son muchas las preguntas sin responder sobre la aparición de trastornos mentales después de padecer la LM y su influencia en el desarrollo de adaptación, así como las cuestiones que atañen o no a la transformación, por ello, con el presente proyecto se pretende determinar y analizar las estrategias de afrontamiento en

los sujetos con LM, así como estudiar la relación de dichas estrategias con otras variables como la depresión.

El objetivo está basado en un proyecto con diseño observacional y en el estudio de las variables que pueden intervenir, en mucha o escasa dimensión, en la aplicación de un adecuado afrontamiento ante la situación traumática que se padece.

5 Discusión-Conclusión

Es evidente que tras una LM se produce un fuerte impacto psicológico que va cambiando con el paso del tiempo, se producen consecuencias emocionales y psicosociales que desembocan en depresión, por lo que la adaptación a la lesión es complicada.

De manera previa se comprueba, desde una perspectiva científica, que los mecanismos empleados para estimar la depresión y el afrontamiento son los apropiados para las personas que padecen LM. Se utilizan cuestionarios para conocer no solamente las estrategias de afrontamiento sino también las distintas variables que las condicionan, es necesario elaborar un cuestionario que describa de forma acertada los comportamientos de afrontamiento concretos, de esta forma, se consigue crear unas estrategias apropiadas para el afrontamiento de las personas que sufren LM.

Algunos autores consideran que se ha prestado poco interés a los aspectos específicos del afrontamiento en el campo sanitario (4-5).

Las personas con LM son cada vez más activas en su rehabilitación e integración, lo que implica destinar más recursos para la implantación de programas y conseguir el bienestar apropiado, esto plantea nuevos retos al personal de enfermería como elevar los estudios de los factores psíquicos y de las estrategias para afrontar la LM. Este proyecto se plantea en esa dirección y de esta manera poder ampliar información sobre dichas cuestiones.

Es importante que mediante la labor de enfermería sea posible detectar de manera precoz los síntomas de la depresión para poder aportar un buen apoyo psicológico, ya que las necesidades del paciente en esta situación son grandes.

El efecto que tiene la LM sobre la persona y los familiares que la comparten, provoca que se tenga un gran interés desde la perspectiva sanitaria y de sociedad, además, hay que añadir el alto coste personal, social y económico que implica,

por lo tanto, su estudio científico parece acreditado.

6 Bibliografía

1. Guttmann L. Historical background. In: Guttmann L ed. Spinal cord injuries: comprehensive management and research. 2 Ed. Oxford: blackwell Scientific Publications; 1976; 1-9.
2. Guttmann L. Lesiones Medulares: Tratamiento global e investigación. Barcelona: Ed. Jims; 1981 (Versión española de la 2ª ed. de Spinal Cord Injuries: Comprehensive Management and Research. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1976).
3. Mazaira J, Labarta MC, Rufo J, Romero J, Alcaraz MA, Aponte A, et al. Epidemiología de la lesión medular de 8 Comunidades Autónomas.1974-1993. Médula Espinal. 1997; 3:28-57.
4. Pelechano V, Matud P, De Miguel A. Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. Análisis y Modificación de Conducta. 1993; 19 (63), 91-149.
5. Ehlers A, Stangier U, Dohn D, Gieler U. Cognitive factors in itching: Development and validation of a questionnaire. Verhaltenstherapie. 1993; 3(2), 112-119.

Capítulo 17

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

NATALIYA TYUKALOVA

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ

CRISTINA LÓPEZ GARCÍA

CLARA COMPANY GARCÍA

1 Introducción

Para mantener la permeabilidad de las vías respiratorias en pacientes que requieren asistencia respiratoria, se realiza un procedimiento de traqueotomía para crear una ruta de acceso directo a la tráquea a través del cuello. Este método se usa con frecuencia en pacientes con obstrucciones respiratorias, durante operaciones prolongadas o para personas que requieren ventilación mecánica durante un período prolongado a pesar de que mejora y puede salvar vidas, la traqueotomía.

También puede ser un procedimiento complicado que requiere cuidados intensivos que afecta la calidad de vida de los pacientes. Para evitar complicaciones y

favorecer una recuperación completa, los pacientes que se someten a una traqueotomía requieren atención de enfermería especializada. El mantenimiento de la vía aérea, el control de secreciones, la limpieza de cánulas, el monitoreo de la saturación de oxígeno, la prevención de infecciones, la movilización y el cuidado postural son parte del cuidado de enfermería brindado a los pacientes con traqueostomía. También reciben nutrición e hidratación adecuadas. De este cuidado depende la prevención de problemas respiratorios, la reducción del riesgo de infección y la promoción de una recuperación eficiente y rápida. Es crucial recordar que los cuidados de enfermería se brindan a los pacientes con las necesidades de cada paciente deben informar el tipo de traqueotomía que se realiza.

2 Objetivos

Informar a los lectores sobre la atención de enfermería para pacientes con traqueotomía, enfatizando su papel fundamental en la prevención de complicaciones y fomentando la curación completa.

3 Metodología

Se utilizó Google Scholar para realizar una búsqueda bibliográfica sobre los cuidados de enfermería al paciente traqueotomizado para la elaboración de este documento. Para obtener más información sobre el tema, los investigadores recurrieron a sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

No se puede exagerar la importancia de los cuidados de enfermería en pacientes con traqueotomía complicaciones y fomentar la curación adecuada. La limpieza de la cánula es uno de los principales procedimientos de mantenimiento para evitar la acumulación de secreciones y la obstrucción de las vías respiratorias. Es fundamental para una limpieza a fondo que el profesional de enfermería conozca bien la anatomía de la tráquea y el procedimiento adecuado de limpieza. El manejo de infecciones es un componente crucial adicional de la atención de enfermería para pacientes con traqueotomía. La cánula es un lugar ideal para el. El profesional de enfermería debe practicar procedimientos asépticos y practicar una buena higiene, incluyendo lavarse las manos con frecuencia y esterilizar las

herramientas de atención al paciente. Además, es crucial para el cuidado de enfermería de los pacientes con traqueotomía el control de la saturación de oxígeno. La saturación de oxígeno debería ser monitoreado continuamente para identificar rápidamente cualquier caída en los niveles de oxígeno en la sangre, lo que puede ser un signo de obstrucción de las vías respiratorias o ventilación inadecuada. Además, la movilización y el cuidado postural son cruciales en el tratamiento de pacientes con traqueostomía porque pueden evitar la acumulación de secreciones y la obstrucción de las vías respiratorias. Es crucial que el paciente esté lo suficientemente movilizado y que su posición se cambie con frecuencia con el fin de prevenir la acumulación de secreciones y la obstrucción de las vías respiratorias. Finalmente, la atención de enfermería a los pacientes con traqueotomías requiere que estos reciban una adecuada nutrición e hidratación. Para mantener la salud y prevenir complicaciones, es fundamental asegurarse de que el paciente reciba suficiente nutrición e hidratación.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar complicaciones y facilitar una recuperación completa, la atención de enfermería a los pacientes con traqueostomía es fundamental. Para evitar la acumulación de secreciones y la obstrucción traqueal, es fundamental comprender la anatomía y los métodos de limpieza de la tráquea las vías respiratorias. La atención de enfermería a los pacientes con traqueostomía debe priorizar el control de infecciones. Para prevenir la colonización bacteriana y la infección de la cánula, las enfermeras deben practicar una buena higiene y asepsia. Es fundamental monitorear continuamente la saturación de oxígeno para identificar rápidamente cualquier caída en los niveles de oxígeno en la sangre, lo que podría ser un signo de obstrucción de las vías respiratorias o ventilación inadecuada.
Para evitar la acumulación de secreciones y la obstrucción de las vías respiratorias, el cuidado postural y la movilización adecuada también son componentes cruciales de la atención de enfermería a los pacientes con traqueotomías.

6 Bibliografía

1-www.revistamedica.com
2-www.google.com

Capítulo 18

LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL INVESTIGACIÓN POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

NATALIYA TYUKALOVA

CLARA COMPANY GARCÍA

CRISTINA LÓPEZ GARCÍA

MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

1 Introducción

La presión intraabdominal es aquella confinada dentro de la cavidad abdominal. Presenta variaciones con la respiración, pero en condiciones normales fluctúa alrededor de 5 mmHg y en adultos críticamente enfermos de 5-7 mmHg.
Se cree que la presión intraabdominal (IAP) de un paciente enfermo es un indicador crucial de su desempeño en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Para medir la PIA se utiliza un catéter de presión intraabdominal (IAPC), que se inserta a través de la pared abdominal y se conecta a un monitor para registrar las lecturas de la presión arterial. Las enfermeras están a cargo de administrar la CPIA, realizar un seguimiento de la misma, interpretar los resultados y poder transmitir con precisión los hallazgos al equipo médico. La presión abdominal existente,

o PIA, es como se le conoce y como se define debido al estorbo regular del espacio intraabdominal con fluidos, gases y tejidos. Numerosas condiciones médicas, como traumatismos, infecciones, embarazo, distensión abdominal y lesiones en el hígado o el sistema digestivo, pueden contribuir al aumento exponencial de la PIA. La importancia de medir la PIA se deriva del hecho de que los niveles elevados de PIA se han relacionado con una serie de complicaciones graves entre ellos se encuentran la insuficiencia circulatoria, respiratoria y renal.

2 Objetivos

Demostrar a través de la enfermería las medidas la importancia de la medición de la presión intraabdominal (PIA) y los deberes que implica el trabajo de enfermería.

3 Metodología

Se utilizó Google Scholar para realizar una búsqueda bibliográfica sobre los cuidados de enfermería al paciente traqueotomizado para la elaboración de este documento. Para obtener más información sobre el tema, los investigadores recurrieron a sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

La ubicación habitual para la colocación de CPIA es debajo del ombligo en el lado izquierdo del abdomen. Usando una técnica estéril, el catéter se inserta a través de la pared abdominal. El catéter se inserta y luego se conecta a un monitor para rastrear los niveles de presión.

Las enfermeras son las encargadas de colocar y mantener la CPIA, así como de analizar los datos e informar al equipo médico de sus conclusiones. Es fundamental que las enfermeras entiendan cómo interpretar el método de colocación del catéter.

En una unidad de cuidados intensivos, el trabajo de la enfermera se divide en los siguientes pasos:

1. Preparación: La enfermera se asegura de que el paciente esté en la posición adecuada y reúne todos los materiales necesarios para la inserción del catéter de

presión intraabdominal. El paciente también recibe una explicación del procedimiento y se le da la oportunidad de dar su consentimiento.
2. Limpieza y desinfección del sitio de inserción: La enfermera usa un antiséptico para limpiar y desinfectar el sitio de inserción del catéter.
3. Usando una técnica estéril, la enfermera inserta el catéter a través de la pared abdominal.
4. Después de implantar el catéter, el paciente lo conecta al monitor para que pueda medir los niveles de presión.
5. Monitoreo constante: El paciente revisa continuamente el funcionamiento del catéter y los niveles de presión. Notifique al personal médico de inmediato si encuentra algún problema con el catéter.
6. Interpretación de los datos: la enfermera analiza la información recopilada y comparte sus hallazgos con el personal médico.
7. Evaluación de la respuesta del paciente al tratamiento: si el paciente está recibiendo tratamiento para disminuir la acumulación de líquido en el abdomen.
Para medir la eficacia de un tratamiento, realice un seguimiento de las lecturas de presión intraabdominal antes y después.
8. Mantenimiento y retiro del catéter: La enfermera es la encargada de mantener el catéter libre de gérmenes e infecciones y retirarlo cuando ya no se necesite.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión y opinión a destacar del estudio e investigación realizada por el profesional de enfermería es que el enfermero debe utilizar técnicas de colocación de catéteres y siempre tener los conocimientos suficientes para poder interpretar los datos recopilados. El monitoreo continuo crucial, la respuesta del paciente al tratamiento, el mantenimiento continuo y la extracción oportuna y adecuada del catéter.
Para informar de cualquier circunstancia singular o para mantener una comunicación constante con el equipo médico que atiende al paciente, estos deben estar en constante contacto.
Las enfermeras deben controlar de cerca los niveles de presión y la funcionalidad del catéter en todo momento, deben alertar al personal médico de inmediato si se encuentran problemas relacionados con el catéter.

6 Bibliografía

1- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=

2-http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_

Capítulo 19

UIDADOS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL EN MUJERES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

NATALIYA TYUKALOVA

MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ

CRISTINA LÓPEZ GARCÍA

CLARA COMPANY GARCÍA

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

1 Introducción

Un trastorno del neurodesarrollo llamado trastorno del espectro autista (TEA) se caracteriza por deficiencias en las habilidades sociales y de comunicación. El comportamiento estereotipado y los intereses restringidos son dos de sus rasgos definitorios.

Los hombres son más propensos que las mujeres a tener este trastorno; la relación es debido al fuerte aumento de diagnósticos entre niñas y mujeres en los últimos años estos datos están actualmente bajo escrutinio. Las dificultades de las mujeres pasan desapercibidas y su comportamiento es aceptado como un rasgo personal por las diferentes formas en que los síntomas se presentan en los dos sexos. Como resultado, existe una mayor probabilidad de infradiagnóstico o diagnóstico erróneo (de depresión o ansiedad) Los criterios de diagnóstico para el trastorno del

espectro autista se han cambiado en la edición más reciente del DSM (Diagnóstico y manual estadístico de los trastornos mentales), versión V. El síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado se combinan en este trastorno. Los cambios en el lenguaje, la comunicación y la interacción social caen todos en la misma categoría cuando se trata de la dimensión de estos cambios. La adición de cambios sensoriales a los estándares de diagnóstico es otro de los nuevos cambios.

2 Objetivos

Describir los signos del trastorno del espectro autista de inicio en la edad adulta en las mujeres por el personal de enfermería.

3 Metodología

Se utilizó Google Scholar para realizar una búsqueda bibliográfica sobre los cuidados de enfermería al paciente traqueotomizado para la elaboración de este documento. Para obtener más información sobre el tema, los investigadores recurrieron a sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

La mayoría de las mujeres sienten que han tenido grandes dificultades para relacionarse con los demás y les ha costado adaptarse a sus vidas, según varios estudios y libros que se han encontrado. Cuando finalmente encuentran una explicación a los sentimientos, emociones y dudas que han estado cargando durante años, muchos de ellos se plantean el diagnóstico de este trastorno leyendo e investigando sobre el tema. Los rasgos observados en mujeres adultas con trastorno del espectro autista pueden variar y tener componentes diferentes a los observados en los hombres; algunos de ellos incluyen:

- Una cantidad desproporcionada de inhibición o desinhibición social.
- Incapacidad para provocar comportamientos prosociales espontáneos a pesar de la capacidad de reconocer los estados emocionales de los demás.
- Típicamente, las dificultades para realizar las actividades diarias necesarias. Dele responsabilidades a su familia o amigos cercanos.

- Perfeccionismo, la rigidez en respuesta a los cambios de rutina, una pequeña cantidad de ansiedad cuando se enfrenta a circunstancias nuevas y la consiguiente evitación de acciones.
- Dificultades para manejar desacuerdos o faltas de comunicación.
- Disfunción alimentaria o sexual.
- Intereses similares a sus compañeros, pero más intensos, lo que repercute negativamente en su funcionamiento social.

Este tipo de población de pacientes sería el objetivo de intervenciones de enfermería con enfoque en salud mental que han demostrado ser efectivas.

- Crear rutinas que fomenten las habilidades de autocuidado y actividad instrumental con el objetivo de lograr la autonomía.
- Instrucción en la construcción y el mantenimiento de relaciones positivas con los demás y en el manejo de las emociones.
- Seguir en su entorno, exponiéndose a circunstancias novedosas.
- Asistencia y asesoramiento en situaciones potencialmente estresantes como puede ser el embarazo, el duelo y sobre todo la menopausia.

5 Discusión-Conclusión

La confusión clínica resulta de la alta capacidad de introspección, camuflaje de síntomas y adaptación de las mujeres con trastorno del espectro autista. En consecuencia, es fundamental aprender acerca de conversaciones fluidas sobre temas comunes que son difíciles de acomodar para ellos. También es evidente la diferencia en la forma en que este trastorno se manifiesta en las mujeres, así como la necesidad de que los profesionales se capaciten para brindar una atención de calidad ayuda con esto. El apoyo entre pares es un nuevo modelo de intervención y tiene muchos beneficios, incluida una mayor empatía y una mejor comprensión.

6 Bibliografía

1.https://www.researchgate.net/profile/Claudia-Arberas2/publication/296483247_Autism_in_females_clinical_neurobiological_and_
2-http://www.reto.ubo.cl/index.php/
3-https://www.ncbi.nlm.nih.

Capítulo 20

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DRENAJES MEDIASTÍNICOS Y ESTERNOTOMÍA

LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE

ALEJANDRO BÓGALO GALLEGO

SARA MELLADO GARCIA

1 Introducción

Tanto la esternotomía como la inserción de drenajes mediastínicos son procedimientos muy habituales, sino rutinarios, en las Unidades de Cirugía Cardíaca, tanto para facilitar el acceso al área anatómica a intervenir como para evitar las potenciales complicaciones derivadas de la intervención quirúrgica.
En la gran parte de Unidades de Cirugía Cardíaca, se insertan 3 drenajes centrales, llegando 1 a mediastino, y los 2 restantes a ambas pleuras pulmonares. Se conectan los 3 a dos sistemas de aspiración cerrado, habitualmente PleurEvac con sello de agua, con el propósito de evacuar contenido hemático resultante de la laceración pleural en el acto quirúrgico, y de la hemorragia considerada normal después de intervenciones de corazón, ya sean sustituciones o reemplazos de válvulas, bypass coronarios, etc.
El adecuado manejo y conocimiento de los sistemas de aspiración y de los tubos de tórax nos van a permitir actuar adecuadamente sobre nuestros pacientes, evitando complicaciones potencialmente mortales, reduciendo tiempos de hospitalización y costes derivados de la misma.

En cuanto a la esternotomía, es muy importante destacar que una infección de la misma se asocia con elevadas tasas de mortalidad (entre un 0.5-8%), ya se trate de infecciones superficiales, que afecten a la dermis y tejido subcutáneo, o profundas, que afectan a tejido muscular.
Por tanto, es primordial conocer los métodos y materiales que nos permitan realizar unos cuidados eficaces de los mismos, evitando las infecciones de la herida quirúrgica y el correcto evacuado de las colecciones que pudieran existir en los lechos quirúrgicos, con el fin de conseguir una completa recuperación del paciente en el menor tiempo posible, evitando complicaciones potencialmente letales y reduciendo los tiempos y costes derivados de la hospitalización.
Las principales patologías en las que vamos a encontrar este tipo de herida quirúrgica y drenajes van a ser en las que se requiera cirugía torácica cardíaca para su tratamiento, como por ejemplo:

CIRUGÍA VALVULAR: Por estenosis o insuficiencia de las válvulas cardíacas.
CIRUGÍA CORONARIA: De los vasos que aportan nutrientes y oxígeno al tejido miocárdico. Pueden ser obstrucciones o aneurismas.
CIRUGÍA DE LAS ARRITMIAS: En la implantación de marcapasos definitivos.
CIRUGÍA DE LA AORTA: aneurisma de aorta, coartación aórtica, disección aórtica e insuficiencia aórtica.

CIRUGÍA DEL PERICARDIO: Pericarditis aguda, derrame pericárdico, taponamiento cardiaco o taponamiento pericárdico, y pericarditis constrictiva.

2 Objetivos

- Establecer unos cuidados de enfermería estandarizados, tanto de esternotomía como de drenajes mediastínicos.
- Adquirir competencias para mantener y mejorar los cuidados enfermeros eficaces.
- Conocer medidas terapéuticas para evitar complicaciones.

3 Caso clínico

Se nos presenta el caso de una paciente mujer de 78 años que ingresa en la Unidad de Cirugía Cardíaca tras ser intervenida por insuficiencia de válvulas mitral, tricúspide y aórtica. Por tanto, es un paciente a la que se le han sustituido estas válvulas por otras de origen mecánico.

A su llegada la Unidad, es recibida por el equipo de enfermería y médico del servicio, que cogen el relevo del equipo de Cirugía Cardíaca para conocer las incidencias surgidas durante el acto quirúrgico y medidas de soporte que trae la paciente:

- Intubación orotraqueal nº 6.5, en ventilación mecánica en modo SIMV. FiO2 60%, PEEP 8 mmHg, Vt 550cc
- Portadora de vía arterial en arteria radial D, por donde monitorizamos TA y FC.
- Portadora vía venosa central trilumen en vena yugular derecha, que se está utilizando para: monitorización PVC (luz proximal), administración de drogas psicoactivas (luz medial), y administración de drogas vasoactivas (luz proximal)
- Portadora vía venosa periférica en miembro superior izquierdo, por donde se está infundiendo sueros.
- Portadora drenajes torácicos: 1 mediastínico y 2 pleurales.
- Portadora sondaje vesical nº18
- Presenta como incidencia la aparición al salir del quirófano de arritmias autolimitadas (extrasístoles ventriculares) sin repercusión hemodinámica.
- Monitorización activa: TA, FC, SatO2, EKG, PVC, diuresis.

Una vez estabilizada la paciente e iniciado el tratamiendo pautado por médico de nuestro servicio, tenemos que valorar sus constantes de manera horaria, vigilando especialmente el débito de los drenajes, ya que la zona acaba de ser intervenida y aún no se ha conformado la anastomosis; por tanto, habrá una pérdida hemática que debemos saber valorar, tanto en aspecto como cantidad, para ser capaces de detectar de forma precoz posibles complicaciones que pudiera estar presentando nuestro paciente.

A los 30 minutos de la llegada de la paciente a nuestra unidad, observamos un débito de 50cc y de 40cc de aspecto hemático en los drenajes mediastinal y pleurales, respectivamente. Posteriormente, se reduce dicho débito a 10cc y 10cc y, finalmente, a los 90min, se contabilizan 0cc y 15cc en drenaje mediastinal y pleural, respectivamente.

A su vez, la paciente presenta inestabilidad hemodinámica, haciéndose evidente hipotensión, taquicardia e ingurgitación yugular.

Se avisa al médico intensivista, y, en vista del estado de la paciente, se decide avisar al equipo de Cirugía para reintervenir a la paciente, pues está presentando un cuadro de taponamiento cardíaco provocado por obstrucción del drenaje mediastínico.

4 Discusión-Conclusión

En este caso, y aunque existe una gran controversia al respecto, una simple manipulación del drenaje mediastínico por parte del equipo de enfermería podría haber evitado el desarrollo del taponamiento cardíaco, con las repercusiones clínicas y económicas que conlleva.

Debemos tener en cuenta que, lo que se está drenando por ese tubo torácico, es sangre, por lo que existe el riesgo de formación de coágulos en sus extremos si no hay cantidad suficiente o la aspiración no está resultando suficientemente efectiva. También debemos saber valorar si el débito es excesivo, pues nos podría estar indicando una rotura de algún vaso importante y también requeriría de cirugía reparadora urgente.

En el caso que estamos tratando, la mayoría de las veces hubiéramos podido solventar el problema descrito, aplicando una presión negativa sobre el tubo en su porción proximal, esto es: pinzando y sujetando firmemente la porción proximal del tubo con nuestra mano no dominante, aplicamos vaselina en la porción inmediatamente posterior del mismo y, con nuestra mano dominante, ejercemos un movimiento de ordeñe repetitivo, con suavidad, sin aplicar demasiada fuerza. Todo esto con el fin de liberar el tubo insertado en el tórax del paciente, y que suponemos se encuentra obstruido por algún coágulo. En caso que no fuera efectiva esta técnica, deberíamos avisar inmediatamente al médico intensivista responsable de nuestro paciente.

En cuanto a la esternotomía, baste con señalar que se realizará cura de forma estéril al día siguiente de la intervención quirúrgica con clorhexidina acuosa tras lavado con suero fisiológico, y se cubrirá con apósito polimérico, con capacidad absorbente y que no se volverá a levantar hasta los 7 días, siendo las curas posteriores responsabilidad del equipo de enfermería de planta o de Atención Primaria. Siempre deberemos mantener vigilancia del apósito para valorar manchado, cantidad y aspecto, avisando al médico responsable en caso de signos de infección local (enrojecimiento, inflamación, secreción…)

5 Bibliografía

1. Wallen M, Morrison A, Gillies D, O'Riordan E, Bridge C, Stoddart F.. Mediastinal chest drain clearance for cardiac surgery.. Cochrane Database Syst Rev, (2004), pp. CD003042

2. S.R. Hardin, R. Kaplow. Cardiac Surgery Essentialsfor Critical Care Nursing. 1st ed., Jonesand Bartlett Publishers, (2010), pp. 258
3. Allegranzi B, Zayed B, Bischoff P, et al. NewWHO recommendations on intra-operative and postoperative measures for surgical site infectionprevention: an evidence-based global perspective. Lancet Infect Dis. [e-pub Nov. 1, 2016].

Capítulo 21

GASOMETRÍA ARTERIAL: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

MIREN MIRARI GOYOGANA ALCIBAR

1 Introducción

La gasometría es una prueba diagnóstica que mide los niveles de oxígeno, dióxido de carbono, el ph, la saturación y otros componentes de la sangre.
La gasometría puede ser arterial, venosa o capilar.
La gasometría arterial es una técnica invasiva muy habitual en todas las unidades y es importante su correcta ejecución por parte de enfermería. Se realiza mediante una punción directa en una arteria. Normalmente se realiza en la arteria radial (en la muñeca) pero también se puede realizar en la arteria braquial (en el brazo) o en la arteria femoral (en la ingle).
Con el análisis de la sangre obtenida se pueden medir los valores metabólicos respiratorios para conocer el estado respiratorio del paciente. También se puede controlar la eficacia de un tratamiento.
Para que no haya errores en los resultados es importante seguir una correcta manipulación de la muestra y su transporte al laboratorio lo antes posible para su posterior análisis. Si el transporte se va a demorar hay que introducir la muestra en hielo.
La complicaciones más habituales son los hematomas en la zona de punción, isquemia distal, hemorragia, lesión del nervio y ansiedad.
Algunos pacientes refieren dolor al realizarles la punción porque las arterias están más profundas que las venas y están rodeadas de nervios. Se puede anestesiar la zona antes de la punción.

2 Objetivos

- Definir la gasometría e indicar el procedimiento para su realización.

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 gasometría es una prueba diagnóstica que mide los niveles de oxígeno, dióxido de carbono, el ph, la saturación y otros componentes de la sangre.
Existe la gasometría arterial que sirve para diagnosticar enfermedades con insuficiencia respiratoria (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), etc.) y también la gasometría venosa que sirve para determinar el equilibrio ácido-base.
La gasometría arterial:
Se realiza normalmente en la arteria radial (muñeca), pero también en la arteria femoral (ingle) o la arteria braquial (brazo).
El bisel de la aguja debe orientarse hacia arriba. El ángulo para la punción radial o braquial debe de ser de 45º-60º. Para la arteria femoral de 90º.
Si se realiza la gasometría en la arteria radial ,antes de la punción, se debe evaluar la circulación con el test de Allen.
El test de Allen consiste en pedirle al paciente que mantenga el puño cerrado y se debe presionar la arteria radial y cubital al mismo tiempo. Después se observa que al abrir la palma de la mano, la palma está pálida. Por último, se libera la presión cubital (manteniendo la presión radial). Se considera prueba negativa si en menos de 15 segundos se restablece el color de la mano. Si la prueba es positiva ,no se debe puncionar la arteria radial.
La gasometría arterial es una prueba molesta y sus complicaciones pueden ser un hematoma, una infección local, una pequeña hemorragia y que se produzca una neuropatía (si se pincha algún nervio). Por ello es importante conocer los antecedentes personales del paciente y que tratamiento farmacológico tiene.

Para evitar complicaciones antes de realizarla es muy importante la higiene de manos y la correcta desinfección de la piel con clorhexidina 2%. Se puede también anestesiar la zona.
En algunos casos esta contraindicado la gasometría:
- Cirugía previa a la zona.
- Lesión y/o infección cutánea.
- Test de Allen positivo. Disminución de la circulación colateral.

Para la gasometría arterial basal el paciente debe de estar 10 minutos en reposo y si el paciente está con oxigenoterapia, esta debe ser retirada 20 minutos antes de la prueba.
Si se realiza la prueba con oxigenoterapia ,se debe indicar la concentración y flujo de oxígeno que tenía el paciente al hacerle la gasometría arterial.
No deben de pasar más de 15 minutos entre la extracción y el análisis de sangre.

5 Discusión-Conclusión

La gasometría es una prueba diagnóstica que mide los niveles de oxígeno, dióxido de carbono, el ph, la saturación y otros componentes de la sangre.
En algunos casos la gasometría está contraindicada y por ello hay que saber los antecedentes del paciente y su tratamiento.
Si se va a realizar la punción en la arteria radial, antes se debe de realizar la prueba de Allen para conocer la circulación colateral de la mano.
Es una prueba molesta por lo que es necesaria la colaboración del paciente. Se puede anestesiar la zona.
El transporte de la muestra hay que realizarlo rápido, no más de 15 minutos, para que no se produzcan errores en los resultados.

6 Bibliografía

1. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/gasometria-arterial-tecnica-cuidados-de-enfermeria/.
Antonio Castellano Cecilia, Diplomado Universitario en Enfermería. María Dolores Sánchez Torrico, Diplomada Universitaria en Enfermería. Fátima Ortiz Clemente, Diplomada Universitaria en Enfermería.(2017).
2. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003855.htm.
3. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/test-de-allen/.
Cristina Mora Primo, Graduada en Enfermería,Rafaela Sillero Ruiz, Graduada en Enfermería, María Dolores Sillero Ruiz, Graduada en Enfermería(2018).

4. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/gasometria-arterial-urgencias/.
5. Begoña López Zapater (DUE),Ezequiel Montero García (DUE),Inés Julián García (DUE),Marta Manero Solanas (DUE, Master en Gerontología Social),Sergio Galarreta Aperte (DUE).

Capítulo 22

LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM

ALEJANDRO BÓGALO GALLEGO

SARA MELLADO GARCIA

LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE

1 Introducción

El control del Sintrom se hace mediante un parámetro en la analítica llamado INR (Internacional Ratio Normalizada) que verifica el tiempo que tarda la sangre en coagularse.
Si la dosis es excesiva tendrá un INR alto (por encima de 4), la sangre estará muy anticoagulada y habrá más riesgo de hemorragia.
Si la dosis es insuficiente tendrá un INR bajo (por debajo de 2) y tendrá posibilidades de sufrir algún tipo de trombosis o embolia.
Un INR cercano a 1 significa que esa persona no está anticoagulada, por lo que las personas sanas que no están en tratamiento con Sintrom tienen un INR cercano a este valor.
Enfermería tiene un importante papel en los pacientes anticoagulados, ya que debemos hacer ver a los pacientes que la alimentación debe ser una dieta saludable y es importante hacer saber que no hay alimentos prohibidos en los pacientes con Sintrom, pero sí existen algunos alimentos que se deben limitar ligeramente en su consumo como son principalmente los de hoja verde debido a su riqueza en

en vitamina k, que tiene una función antagonista al sintrom, ya que esta vitamina es conocida como la vitamina antihemorrágica porque interviene en numerosos factores que participan en los procesos de coagulación, evitando así hemorragias. Pero también su elevado consumo puede alterar el valor del resultado de INR.

2 Objetivos

- Conocer los alimentos que un paciente en tratamiento con Sintrom debe limitar.
- Exponer la importancia de una dieta saludable en pacientes anticoagulados.

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

Así como la vitamina K es una vitamina liposoluble que se almacena en el hígado, huesos y páncreas, esta vitamina contiene proteínas que ayudan en los factores de coagulación, por lo tanto ayuda a coagular la sangre, por lo que un exceso o déficit de esta vitamina podría alterar el resultado de nuestros valores de INR en pacientes anticoagulados.

Aunque la vitamina K puede ser sintetizada por nuestro organismo, también está presente en multitud de alimentos que ingerimos en la dieta diaria, sin pensar que un consumo por exceso o déficit puede alterar gravemente los procesos de coagulación. Los alimentos de origen animal, a excepción del hígado pueden tomarse, ya que no contienen cantidades excesivas de vitamina K.

Es importante saber que los alimentos ricos en vitamina K no están prohibidos para este tipo de pacientes pero si deben ser controlados y por lo tanto moderar su consumo en la dieta.

Enfermería debe saber cuales son los alimentos ricos y bajos en vitamina K, ya que puedan interaccionar con la dosis de sintrom correspondida y pueda alterar el valor de INR del paciente a tratar.

A continuación les exponemos algunos de los alimentos ricos y bajos en contenido de vitamina K:
Alimentos ricos en vitamina K: brócoli, col de Bruselas, espinacas, lechuga, perejil, acelgas, cereales, judías, chocolate, espárragos
Alimentos con bajo contenido en vitamina K: zanahoria, coliflor, berenjena, champiñón, manzana, melocotón, sandía, huevo, aceite de oliva, lentejas, pescado y arroz, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Para la elaboración de este trabajo consideramos que es de vital importancia que cualquier enfermero sea de la índole que sea, sepa discernir entre cuales son los alimentos más y menos ricos en vitamina K, ya que como hemos visto es una vitamina que puede alterar en gran medida los valores de nuestro INR.
Por ello consideramos que en especial en el ámbito de atención primaria, en la consulta del sintrom sea de utilidad dar charlas o dar información dando visibilidad a cuáles son los alimentos más ricos en vitamina K para que nuestros pacientes deben tener especial atención en su consumo y que los valores del INR se alteren lo mínimo posible.
Como ya hemos explicado en apartados anteriores hay alimentos más ricos en vitamina k que son especialmente las verduras que tienen hoja verde, aunque también hay otros como el chocolate, por ello consideramos que cualquier paciente que esté anticoagulado con sintrom debe poseer y entender esta información, ya que son numerosos los casos que el paciente toma su dosis de sintrom de manera adecuada y el resultado de INR sale por encima o por debajo del rango, esto puede ser debido entre otros factores a que el resultado ha sido alterado por la alimentación que ha tenido el paciente.

6 Bibliografía

1. Núñez A, Moltó A, Núñez I, Poza A, Torres AM, Oyola D. Guía sobre anticoagulación oral en la consulta de enfermería. Hygia. [Internet] [2009]; 70: 14-22. Disponible en: http://ruc.udc.es/bitstream/2183/10188/2/MartinezRodriguez_Generosa_tfg_2013.pdf.
2. Martí-Fábregas J, Delgado-Mederos R, Mateo J. Limitaciones del tratamiento anticoagulante. Neurología. [Internet] [2012]; 27(Supl 1): 27-32. Disponible en: http://ruc.udc.es/bitstream/2183/10188/2/MartinezRodriguez_Generosa_tfg_2013.pdf.

Capítulo 23

CUIDADOS DE QUEMADURAS DE PRIMER Y SEGUNDO GRADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

PAULA PÉREZ SOLER

ALICIA VALENZUELA GÓMEZ

1 Introducción

Una quemadura es una lesión de la piel en la que se produce una desnaturalización de las proteínas tisulares y una alteración de las capas de la piel llegando a producir una completa destrucción de los tejidos. Se produce tras un traumatismo físico y/o químico. Las quemaduras pueden clasificarse de la siguiente forma:
Por grados
• Primer grado/superficiales. Afectan a epidermis. Rojas, dolorosas, secas y sin ampollas.
• Segundo grado: superficial y profunda.
- Superficial: Epidermis y parte de las dermis. Rojas, con ampollas y pueden ser dolorosas y estar inflamadas.
- Profunda: Epidermis y dermis. Pueden verse blancas o carbonizadas. Pierden sensibilidad.
• Tercer grado/hipodérmicas: dañan los huesos, los músculos y los tendones subyacentes. No hay sensación en la zona, ya que las terminales nerviosas han sido destruidas
Por superficie corporal quemada (SCQ)

Pudiendo ser quemaduras leves (SCQ menor a 15%) y graves (SCQ mayor a 15%). Los métodos más utilizados para el cálculo de la SCQ son el de Lund Browder (especialmente en niños), la regla de los 9, y la regla de la palma de la mano.
Se cree que en España alrededor de 300 de cada 100.000 personas sufren quemaduras al año. Generalmente, la mayoría de estas lesiones se atienden en Atención Primaria, estando protocolizado que se atiendan quemaduras de primer grado, de segundo grado profundas con SCQ inferior al 2%, de segundo grado superficial y SCQ inferior a 15% (niños inferior al 10%) y de tercer grado con SCQ inferior al 2%.

2 Objetivos

Conocer la evidencia actual de los posibles tratamientos habitualmente utilizados en quemaduras de primer y segundo grado en el ámbito de la Atención Primaria.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de las bases de datos Scielo, Biblioteca Cochrane, Cuidatge, Cuiden y ENFISPO, sin límite cronológico y siguiendo los criterios de inclusión y exclusión seleccionados (artículos en español y con acceso gratuito). Seleccionamos entre varios 2 artículos.

4 Resultados

La revisión sistemática seleccionada incluyó 23 artículos, en los cuales se utilizaron distintos tratamientos para las curas de las quemaduras. Se obtuvieron resultados en cuanto al tiempo medio de cicatrización con cada tratamiento, cuales eran los efectos secundarios de ellos y, además del coste-beneficio de estos tratamientos.
La sulfadiazina argéntica presenta actividad antimicrobiana, eficaz frente a todas las bacterias, pero se observó que la cicatrización de las quemaduras con su uso era más lento que con áloe vera o miel, pero no con la nitrofurazona. También se comparó su uso con la cura húmeda (hidrofibra de hidrocoloide o apósitos de plata nanocristalina) siendo mejor la evolución con este último tratamiento.
La cura húmeda tanto para el control del exudado como para proporcionar humedad mostró resultados aceptables en la evolución de las quemaduras, apósitos de alginato o hidrofibra y apósitos hidrocoloides, respectivamente.

Se observó también que la sulfadiazina argéntica presenta varios efectos secundarios, resistencia a microorganismos, irritación, decoloración de la herida (produciendo dificultad para valorar la quemadura), retraso de la cicatrización. Su uso a largo plaza puede producir, también, toxicidad renal, hepática y leucopenia.
En cuánto al coste-beneficio, la hidrofibra de hidrocoloide es más rentable que la sulfadiazina argéntica.
El caso clínico seleccionado plantea el caso de una mujer con una quemadura producida con caldo hirviendo curada durante 10 días con povidona yodada. Se cambia la pauta de curas desde la consulta de enfermería de su centro de salud, siendo sustituida por la realización de una cura húmeda, en un inicio con urgoclean Ag (apósito con tecnología lipocoloide impregnado en plata l) y una vez aparece el tejido de granulación, urgostart plus (apósito con fibras poliabsorbentes impregnadas con la tecnología lípido coloidal).

5 Discusión-Conclusión

Existen gran variedad de tratamientos para quemaduras utilizados en la consulta de Atención Primaria.
- Las quemaduras de primer grado deberían ser tratadas con cremas hidratantes o áloe vera.
- Las quemaduras de 2.º grado se pueden tratar de diferentes formas, realizando una cura en ambiente húmedo, utilizando los diferentes apósitos disponibles en base al exudado de la herida.
- Si la quemadura se infecta, utilizar apósitos de plata o cadexómero yodado, y en último escalón, sulfadiazina de plata, ya que presenta muchos efectos secundarios.
- La cicatrización en quemaduras es variable, dependiendo del tratamiento utilizado, requiriendo más tiempo las de segundo grado.
- Se necesitan realizar más estudios para conocer cuál es el coste-beneficio de los tratamientos disponibles para la curación de las quemaduras.
- Es fundamental que el personal de Enfermería aumente su formación que quemaduras, reduciendo así la variabilidad en la práctica clínica enfermera. Además, individualizar cada caso y proporcionar unos cuidados de calidad, realizando una valoración inicial correcta y manejando todos los productos disponibles para curas.

6 Bibliografía

1. Rocío JS. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria [Internet]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100045&lang=es.
2. Investigación R. Caso clínico: abordaje de quemaduras de segundo grado en atención primaria. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 4 de mayo de 2023; Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-abordaje-de-quemaduras-de-segundo-grado-en-atencion-primaria/?utm_content=cmp-true.

Capítulo 24

CUIDADOS DE LOS CATÉTERES VENOSOS CENTRALES (CVC)

ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE

MIRIAM MORENO MANRIQUE

ANDREA BRAVO CARRILERO

RAQUEL MUELA RODRIGUEZ

ANA ROBLES CAMPILLO

1 Introducción

Los catéteres venosos centrales (CVC) son dispositivos muy empleados en hospitales, sobre todo en servicios de UCI, REA y neonatología, por ello es importante conocer su correcto mantenimiento y cuidados por parte de las enfermeras, al tener esta una parte esencial en el proceso del mantenimiento de estos dispositivos. Además, estos presentan una serie de complicaciones que es crucial conocer para mejorar los cuidados a los pacientes portadores de CVC así como prevenir dichas posibles complicaciones.

Entre las complicaciones encontramos complicaciones de tipo mecánico, derivadas de la habilidad del operador a la hora de la infección o de los posibles movimientos del paciente, estas pueden ser acodamientos, retirada involuntaria del catéter, etc.

Las complicaciones de tipo infeccioso y trombótico son las más importantes a tener en cuenta por enfermería, debido al importante papel que esta juega ante

ellas. Entre ellas encontramos la sepsis, bacteriemias, infecciones, oclusión del catéter, incompatibilidad de fármacos que se estén administrando, etc.
Dichas complicaciones generan una mayor estancia en las unidades hospitalarias, sobre todo las de pacientes críticos; lo que impacta a su vez en la gestión de los hospitales y de los sistemas sanitarios. Por otro lado tienen repercusión en la calidad de vida de los pacientes una vez vuelvan a la vida cotidiana.
Por ello es crucial conocer los diferentes cuidados de los CVC por parte de enfermería.

2 Objetivos

Agrupar la evidencia científica de hoy en día sobre dicho tema
Conocer y dar a conocer los cuidados de enfermería en el mantenimiento de los CVC.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, obteniéndose la información a través de diferentes fuentes académicas, incluyéndose revistas especializadas, artículos científicos, guías de práctica clínica y webs especializadas con información actual o en su defecto de publicación de los últimos 10 años.

4 Resultados

Los cuidados y mantenimiento de los CVC por parte de enfermería son claves en la prevención de complicaciones tempranas y tardías de estos dispositivos; para ello la evidencia reconoce una serie de momentos clave en el maneo de estos, que pueden disminuir los riesgos del paciente.
En primer lugar encontramos la vigilancia de la zona de inserción. Esta se hará diaria, buscando signos de alarma en el punto de inserción (eritema, rubor, dolor, supuración, etc.) sin levantar el apósito, no es recomendable el uso de antibióticos ni antisépticos de manera rutinaria, se usarán apósitos transparentes semipermeables que permitan observar la zona de inserción sin requerir de manipulación alguna y se debe registrar cerca del apósito las fechas de cura y cambio de apósito,
Con respecto a la cura, se debe mantener la zona de inserción seca, limpia y sin contaminación; el uso de antisépticos tópicos se harán previos a la inserción del

catéter y en los cambios de apósito, con soluciones de clorhexidina acuosa al 2% o alcohólica al 0,5%.
Se recomienda el uso de apósitos de poliuretano transparente que permiten mejor vigilancia sin necesidad de cambiarlos; no se deben cambiar a menos que estén sueltos o sucios o que lleven siete días sin cambiarse; en caso de usarse apósitos de gasa el cambio será cada dos días. En caso de pacientes sudorosos, supuración o sangrado se recomienda el vendaje de gasa.
También son importantes los cuidados y mantenimiento de los sistemas de infusión y accesorios del CVC. Para ello es importante el lavado higiénico de manos y uso de guantes limpios antes de la manipulación de estos; minimizar el número de llaves de tres vías posible y proteger las luces libres siempre con un tapón o bioconector; en este aspecto se recomienda sustituir las llaves de tres luces por bioconectores de tipo "octopus", también llamados "pulpitos"; los bioconectores se manipularán aplicando solución alcohólica durante 30 Segundos, registrar los cambios de los sistemas de suero. A la hora del cambio de catéter se cambiará todo lo demás. Las perfusiones lipídicas se cambiarán antes de las 24h, cambiándose el equipo y sistemas cada 12 horas. La nutrición parenteral se administrará por una luz exclusiva y se cambiará cada 24 horas.
El factor más crucial es el mantenimiento de la permeabilidad del catéter. Para ello se recomienda tener un protocolo de lavado y sellado en cada unidad. La técnica recomendada es el lavado a pulsos de 1ml y el uso de presión positiva al final del lavado. Se recomienda el uso de jeringas de 10ml. No se encuentran diferencias en el uso de suero o heparina a la hora de la prevención de complicaciones. También se recomienda el uso de válvulas antirreflujo.
Para la desobstrucción del catéter se recomienda el lavado con uroquinasa.
Con respecto al cambio de catéter no están recomendado el cambio rutinario. Retirar los catéteres que no sean imprescindibles; se cambiarán en caso de supuración en la zona de inserción. No se recomienda el cambio a través de guía metálica.

5 Discusión-Conclusión

Los CVC son dispositivos muy usados en la actualidad y que precisan de unos cuidados adecuados debido a los potenciales riesgos que tienen.
Enfermería es crucial en el mantenimiento y cuidados de estos.
Entre los cuidados encontramos la correcta higiene de manos, la vigilancia exhaustiva y adecuada de la zona de inserción, el uso adecuado de antisépticos tópicos, desinfección con clorhexidina, retirada de llaves de tres luces innecesarias,

uso de bioconectores y válvulas antirreflujo, cambio y manipulación correcta de los sistemas y equipo accesorios al catéter, así como el de las perfusiones; que en caso de ser lipídicas se cambiarán a las 12h, retirada de CVC innecesarios, evitar curas rutinarias que no sean imprescindibles y sobre todo mantenimiento de la zona limpia y seca.

6 Bibliografía

Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Catéter venoso central: inserción, mantenimiento y retirada. (2010). Hospital Universitario Reina Sofía.https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h1_cateter_venoso_central.pdf

Hull, G. J., Moureau, N. L., & Sengupta, S. (2018). Quantitative assessment of reflux in commercially available needle-free IV connectors. The Journal of Vascular Access. Published. https://doi.org/10.5301/jva.5000781

Cayón, J. D., Iza Castanedo, V., Monje Álvarez, A., San Emeterio Pérez, C., Soler Dorda, G., Camus Burgueño, E., Fuentevilla Montes, R., Barquín Pomar, G., Martínez Ochoa, E., Moreno De La Hidalga, M. a. Á., Antolín Juárez, F., Gomez Cosío, L., Gomez Peral, P., Hernández Hernández, M. Á., Maestre Alonso, J. M., & Díaz Mendi, A. R. Guía para la inserción y mantenimiento de catéteres. https://www.scsalud.es/c/document_library/get_file?uuid=690873bd-bc46-4bc4-96db-a01818abc7ed&groupId=2162705

Bacteriemia Zero. Protocolo prevención de las bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales (brc) en las uci españolas (2015). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad y consumo de España. https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/PROTOCOLO_BACTERIEMIA_ZERO.pdf

Capítulo 25

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU INTERVENCIÓN EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO

MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

LAURA RAMIREZ MUÑOZ

IVAN POVEDA CANTERO

MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ

NATALIA CAVA RUIZ

1 Introducción

La depresión posparto (DPP), un trastorno del estado de ánimo, puede afectar a las nuevas madres. Esto se debe a que el nacimiento de un nuevo miembro de la familia genera cambios significativos en la vida de todos los miembros de la familia.
La "baby blues" o la melancolía posparto no debe confundirse con la depresión posparto.
El trastorno del estado de ánimo más frecuente en las nuevas madres se caracteriza por síntomas leves, como labilidad emocional, apetito irregular o irritabilidad, que comienzan unos días después del nacimiento del bebé y no duran más de dos semanas. Se cree que alrededor del 30 al 75 por ciento de las mujeres posparto se ven afectadas por este trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por

síntomas leves como irritabilidad o una combinación de estos. Por el contrario, la depresión posparto, incluidos los síntomas, afecta del 10 al 15 por ciento de las nuevas madres. Los problemas cognitivos como la memoria o los déficits de atención también pueden contribuir a la depresión posparto, al igual que los sentimientos de culpa o fracaso.
Además, entre el primer y el último mes después del parto, comienza la depresión posparto y dura mucho más de 4 semanas iniciales, 6 meses iniciales y una extensión sin fin.
Si la familia va a manejar con éxito esta situación, todos los miembros de la familia, pero especialmente la madre, deben aprender nuevos roles y habilidades para manejar sus nuevas responsabilidades.

2 Objetivos

Los objetivos principales de este estudio son conocer qué intervenciones diagnósticas y terapéuticas puede proporcionar una enfermera en un caso de depresión posparto y cómo la enfermería desempeña un papel en la depresión posparto.

3 Metodología

Los términos ”depresión posparto”, ”puerpera”, ”tristeza posparto” e ”intervención” se utilizaron en la búsqueda de artículos en las bases de datos Google Scholar y Dialnet para realizar este estudio. También se incluye la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

4 Resultados

Hacer un diagnóstico requiere ser capaz de identificar los factores etiológicos que tienen un impacto en la apariencia externa de un PPD. En esta lista se incluyen:
- Puede verse afectado por la falta de apoyo social, eventos de vida traumáticos o estresantes, el tipo de pareja y relación, o el estado social y económico de uno.
-La ansiedad y la depresión de una persona o de un familiar también pueden ser factores.
Como resultado, la enfermera debe monitorear cuidadosamente el historial médico del paciente y el estado actual mientras está atenta a cualquier indicación de PPD.

Los manuales de diagnóstico de referencia de psicopatología también se pueden utilizar para encontrar un PPD. Trastorno depresivo no especificado con inicio periparto es como el DSM 5 se refiere a esta condición. Este manual ya aclara que el DPP puede comenzar antes del parto, durante el embarazo o en las semanas posteriores a las etapas.
Finalmente, es crucial que el profesional de la salud realice una entrevista semiestructurada con la paciente para conocer sus expectativas sobre la maternidad, si son realistas o no, y si experimenta o no sentimientos de insuficiencia, baja autoestima o falta de confianza
Los autores destacan una serie de herramientas que la enfermera puede dar al paciente que servirían como defensas frente a las intervenciones de enfermería de DPP. En particular, harían hincapié en:.
- Una llamada telefónica de seguimiento.
- Visitas a domicilio si es necesario.
- Educación relacionada con la salud.

Este punto final, la educación para la salud, debe servir como el enfoque principal de la enfermera, ya que ofrece al paciente consejos útiles y sugiere una serie de cambios en el estilo de vida.
De la misma manera que los recursos mencionados anteriormente, servirían como mecanismos.

5 Discusión-Conclusión

La depresión posparto es una de las complicaciones posparto más frecuentes y afecta hasta un 15-20 % de las mujeres en todo el mundo, siendo las mujeres de nivel socioeconómico bajo-medio las más susceptibles. Una evaluación exhaustiva de los factores de riesgo y un diagnóstico diferencial preciso son cruciales porque la psicoterapia es el tratamiento de referencia para los trastornos de todos los niveles de gravedad.
Aquí hay algunos consejos que podrían ser útiles para prevenir o disminuir los efectos negativos de la depresión posparto.
- Detección temprana.
- Una evaluación de la salud mental de las nuevas madres.
- Fomentar el asesoramiento postnatal.

6 Bibliografía

-https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670

-Pubmed
-www.scielo.org

Capítulo 26

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL SONDAJE VESICAL

MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

LAURA RAMIREZ MUÑOZ

IVAN POVEDA CANTERO

MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ

NATALIA CAVA RUIZ

1 Introducción

Una sonda vesical es un tubo flexible que se introduce a través de la uretra y se fija con un globo a la vejiga para crear una vía de drenaje temporal, continua o intermitente desde esta hacia el exterior con fines diagnósticos o terapéuticos. En el ámbito hospitalario, enfermeras con formación especializada realizan el cateterismo vesical, técnica invasiva, aséptica y habitual.

Se requiere un catéter vesical en alrededor del 10 al 15 por ciento de los pacientes hospitalizados; sin embargo, este procedimiento conlleva un riesgo significativo de infección urinaria. La sonda vesical está relacionada con hasta el 75 % de los casos de UTI nosocomiales, y la micción bacteriana es una posibilidad en el 10 % al 30 % de estos casos. afectando la cantidad de tiempo que un paciente debe llevar la sonda de manera significativa. Para prevenir complicaciones como infecciones del tracto urinario, obstrucción del catéter, hematuria, etc., es fundamental que la persona que cuida el catéter aprenda a cuidarse adecuadamente. Dado que

puede afectar cualquier factor potencialmente modificable durante la inserción del catéter urinario, la enfermería juega un papel crucial en la prevención de las ITU.
En los siguientes escenarios, se recomendaría el cateterismo vesical:.
- Si experimenta retención urinaria, evacúe la vejiga.
- Recoger una muestra limpia de orina.
- Control estricto de la diuresis, particularmente en pacientes con enfermedad renal.
- Mida cualquier resto de orina después de una micción espontánea.
- En algunos procedimientos quirúrgicos, de forma preventiva.
- Irrigación constante de la vejiga para administrar medicamentos o en caso de hematuria.

2 Objetivos

- Protocolizar los cuidados de enfermería con el objetivo de evitar o reducir el riesgo potencial de una infección del tracto urinario.
- Conocer principales complicaciones del sondaje vesical.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuidado por parte del personal de enfermeria:
- Buscar síntomas de uretritis, pielonefritis, cistitis y fiebre superior a 38 grados centígrados. También debe buscar dolor, enrojecimiento o secreción donde se inserta el catéter, así como orina con mal olor. Entre el 30 y el 40 por ciento de todas las infecciones nosocomiales tienen como origen un foco urinario, generalmente debido a un catéter vesical.
- En pacientes con sonda vesical, los sistemas de drenaje abiertos aumentan la probabilidad de bacteriuria y reducen su incidencia hasta casi un 50%. Escherichia

coli (35 %), enterococos (16 %), Candida (10 %), Klebsiella (8 %), Proteus (7 %) y Pseudomona Aeuruginosa (6 %) son los microorganismos más frecuentes.

- Crear normas higiénicas. En el caso de los hombres, lavar la zona genital con jabón neutro, retirar el prepucio para limpiar el glande y reposicionar la piel para evitar una fimosis producida secundariamente, secar bien con una toalla limpia y evitar contaminar la bolsa al manipular la válvula de drenaje. No se recomienda el uso regular de antisépticos tópicos o antibióticos en el meato urinario.
- Verificar si la sonda está bloqueada de alguna manera para evitar la distensión de la vejiga y la acumulación de orina, lo que podría provocar una infección o un coágulo debido a la acumulación de sedimentos en la sonda o un catéter torcido.
- Asegurarse el catéter y la bolsa de modo que estén siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar tirones y torceduras. Se aplicará una corrección de cinta hipoalergénica en el muslo. Vigile el estado de la fijación y cualquier lesión que pueda resultar de la presión de la sonda en esa región.
- Para evitar la contaminación, evite que la bolsa de recogida entre en contacto directo con el suelo. Antes de llegar a más de 2/3 de su capacidad máxima, la bolsa debe vaciarse aproximadamente cada 3-6 horas.
- Estar atento a cualquier hematuria o coágulos; pueden ser causados por una serie de cosas, incluido un traumatismo en la vejiga, una vía falsa, un tirón involuntario de la sonda o incluso una descompresión abrupta de la vejiga. Si es necesario, se debe sustituir la sonda vesical por una sonda de tres vías para realizar el lavado manual de la sonda con una técnica completamente estéril. Si la obstrucción persiste, se debe realizar un lavado continuo.
- Examinar las posibles lesiones del tracto urinario causadas por el catéter vesical para asegurarse de que el látex o la silicona, el material del catéter, no provoque sensibilidad ni alergias.
- Estar atento a la aparición de urgencia vesical, que son contracciones vesicales incontrolables provocadas por un objeto extraño como la sonda. Cuando ocurren estos espasmos, pueden ser incómodos, agonizantes e incluso requerir el uso de medicamentos.
- Estar atento a las fugas de la sonda que podrían impedirle orinar debido al desbordamiento de orina. Habría que sustituir una sonda de mayor calibre.
- Retiene una adecuada hidratación hídrica (aproximadamente. 1,5-3l), favorece la diuresis y evita la formación de incrustaciones en el catéter urinario.
- Reemplazar estrictamente el catéter urinario en de acuerdo con el plazo prescrito y el tipo de material, según las indicaciones del fabricante y la prescripción médica.

5 Discusión-Conclusión

La técnica de cateterismo vesical es actualmente un procedimiento que se realiza de forma regular, generalizada a nivel hospitalario o de atención primaria, y ya no es dominio solo del servicio de urología sino también de otros servicios como medicina interna o urgencias.
Dado que colocar un catéter es una puerta de entrada de bacterias al cuerpo que podría provocar infecciones o sepsis generalizada, es crucial que las enfermeras sigan un protocolo. El cateterismo urinario se utiliza en muchas indicaciones médicas, tanto diagnósticas como terapéuticas.
Para prevenir posibles complicaciones e infecciones provocadas por una atención deficiente, el personal de enfermería debe recibir una buena formación y formación técnica.

6 Bibliografía

- Pigrau, C. (2013). Infecciones del tracto urinario nosocomiales. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 31(9), pp.614-624.
- Qutaishat, S., Muhle, K., Kallman, C. and Roehrs, V. (2007). Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Successful Development and Implementation of a Urinary Catheter Bundle. American Journal of Infection Control, 35(5), p.E63.

Capítulo 27

LOS CUIDADOS PALIATIVOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR

MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

LAURA RAMIREZ MUÑOZ

IVAN POVEDA CANTERO

MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ

NATALIA CAVA RUIZ

1 Introducción

Una afección pulmonar conocida como fibrosis pulmonar ocurre cuando se desarrolla una cicatriz como resultado del tejido pulmonar dañado. Se vuelve más difícil para los pulmones funcionar correctamente a medida que el tejido afectado se espesa y se endurece, lo que dificulta la respiración del paciente. Las toxinas ambientales, ciertos medicamentos, los trastornos del tejido conectivo o la enfermedad pulmonar intersticial (un grupo de enfermedades que causan inflamación o cicatrización en los pulmones) son causas potenciales de fibrosis pulmonar, pero en la mayoría de los casos, no se identifica la causa. Fibrosis pulmonar idiopática es el nombre que se le da a esta condición.

La fibrosis pulmonar idiopática en particular, una enfermedad pulmonar intersticial, puede tener un efecto grave en el pronóstico de un paciente. Aunque la fibrosis pulmonar no se puede revertir, los tratamientos y medicamentos pueden ayudar a aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Se argumenta que los cuidados paliativos juegan un papel importante en el tratamiento de este tipo de patologías porque las dificultades en el manejo de los síntomas que experimentan los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas avanzadas son comparables a las que experimentan los pacientes oncológicos.
Los expertos en cuidados paliativos pueden tratar tanto los efectos secundarios del tratamiento como los signos y síntomas de la fibrosis pulmonar. Pueden ayudarlo a descifrar información médica complicada y ajustar sus opciones de tratamiento de acuerdo con sus requisitos y objetivos únicos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es exponer los cuidados paliativos en pacientes con fibrosis pulmonar por parte del personal de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados paliativos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son un enfoque que "mejora la calidad de vida de los pacientes y familiares que enfrentan problemas asociados a enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana y el cuidado evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales". Aunque esta área de la medicina está muy relacionada con las enfermedades oncológicas, los pacientes con fibrosis pulmonar pueden beneficiarse de esta unidad porque sus síntomas y calidad de vida se asemejan a los de una enfermedad oncológica.

En el tratamiento de enfermedades respiratorias avanzadas, los cuidados paliativos son una herramienta fundamental. Los pacientes complejos que tienen fibrosis pulmonar avanzada son derivados a equipos de cuidados paliativos específicos.
Los dos síntomas que con mayor frecuencia presentan estos pacientes cuando se acercan a la muerte son la disnea y la tos, ambos de extrema dificultad de manejo. Los broncodilatadores inhalados, los corticosteroides inhalados y el oxígeno de alto flujo deben usarse como tratamientos iniciales para ellos. Los opiáceos deben utilizarse entonces como paso final en su tratamiento. A pesar de tomar todas estas precauciones, estos pacientes aún presentan una disnea muy severa que comienza mientras descansan y empeora mucho más. Sin embargo, el abordaje escalonado de la disnea solo consigue controlar a la mitad de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas avanzadas, de los cuales la mitad debe vivir con una disnea muy invalidante. En la última semana de vida, es importante recalcar que la desaturación y el aumento de la disnea son signos de mal pronóstico. ejecutar directivas anticipadas y, en general, participar en la toma de decisiones. La toma de decisiones está ligada a una mejor percepción de la calidad de vida y cuidados al final de la vida menos agresivos. Se discutió la situación de los pacientes, lo que redujo el número de admisiones y favoreció las muertes domiciliarias.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, los pacientes con fibrosis pulmonar conocen bien el pronóstico y el diagnóstico. Dada la rápida progresión de la enfermedad, podrían beneficiarse del seguimiento por equipos de cuidados paliativos domiciliarios, entre los que se encuentra el personal de enfermeria, porque presentan disnea progresiva e incapacitante y tos persistente. Además de controlar la disnea y el alivio de los síntomas de los medicamentos opioides, la atención de estos equipos también ayuda a despejar confusiones, facilitar las decisiones sobre el final de la vida y disminuir el número de ingresos y muertes que se producen en los hospitales, si el paciente así lo desea.

6 Bibliografía

- Pubmed https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29801974/
https://fibrosispulmonar.info/es/viviendo-confibrosis-pulmonar/
cuidadospaliativos-en-fibrosis-pulmonar

- https://dialnet.unirioja.es/

Capítulo 28

CANALIZACIÓN DE PICC EN UCI

CARMEN RAMIREZ ROSILLO

ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO

JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN

ALBA GOMEZ DIAZ

MARINA GUILLEM SÁNCHEZ

1 Introducción

En el ambito hospitalarios nos encontramos multidad de veces la necesidad de administrar diferentes fármacos por via parenteral para recuperación del paciente por alguna patologia, sedaciones para intervenciones quirúrgicas etc...
Se pueden canalizar varias vias de acceso intravenoso para esta administración y dependiendo del caso clinico que presente el paciente y el lugar donde vaya a instalarse en el hospital se escogerá una de las muchas opciones que se presentan, por ejemplo:
- Cateter central de 2,3 o 4 luces.
- PICC(Cateter central de inserción periferica)
- Via Periferica de diferentes calibres desde el 26 al 14, siendo cuanto mas numero menor diametro.

En este caso clinico nos centraremos en el PICC, ya que se divisan multitud de facilidades y posibilidades en este cateter.
Es el enfermero por elección el que suele coger estas vias, con cantidad de exitos canalizando.

El PICC podemos mantenerlo en el tiempo con menos riesgos de infección que una via central puesto que se canaliza en el brazo del paciente y no en el cuello, esto para la comodidad del paciente es muy importante.
Se escoge por preferencia el PICC de 3 luces antecubital, con luz proximal, media y distal.
En varios hospitales de España se ha considerado un equipo de enfermeria y medicina conjunto para la valoración y seguimiento de los PICC hospitalarios. Reduciendo asi la cantidad de infecciones y sepsis.

2 Objetivos

-Conocer las ventajas del PICC en medios hospitalarios y los beneficios que presenta.
-Asegurar un conocimiento de la tecnica de PICC.

3 Caso clínico

Acude un paciente de 45 años, varón, con antecedentes personales de DM1, intervenido de urgencia por una colecistitis hace 3 dias y sin mas complicaciones de esta.
Entra por el SUH con fiebre de 48h de evolucion de hasta 39º con sensación distermica. Nauseas y falta de apetito.
En el servicio de urgencias se realiza analitica completa que objetiva una sepsis bacteriana de origen desconocido. Se realiza ecografia de abdomen y TAC.
Se diagnostica una infección generalizada en relación a la intervención quirurgica de 3 dias atras.
El paciente es trasladado al servicio de critico para manejo de la infección.
A su llegada a urgencias se habia canalizado via periferica del nº 18 en MSI en el dorso de la mano.
Se procede a canalizar PICC por parte de enfermeria tras consensuar todos los medicamentos que los facultativos iban a preescribir.
Material:
-Paños esteriles, bata y guantes para enfermero que canaliza.
- Cateter nº18 de via periferica
- Dilatador.
- Bisturi.
- Guia metalica.
-Cateter definitivo.

- 3 llaves de paso.
- Jeringa con SF 0.9%
- Ecografo y plastico esteril para ecografo.
-Fijaciones de via.

Metodo y procedimiento:

Se procede a lavar la zona de elección a insertar el cateter, intentando siempre que sea vena basilica por encima de la flexura del codo.

Una vez lavado y desinfectado con clorhexidina alcholica se visualiza con el ecografo la vena, canalizando un 18, despues introduciremos la guia metálica girando la cabeza del paciente hacia nosotros para evitar que se vaya a la cabeza(si realiza una extrasistole en monitor estaremos en corazón pero deberemos retirar porque estara muy introducida), mas tarde el dilatador que podremos hacer un pequeño corte para no desgarrar la piel, y finalmente el cateter definitivo.

Se fijará con el sistema de click y realizaremos radiografia de torax para comprobar que esta bien ubicado.

4 Discusión-Conclusión

Cuando vamos a elegir el lugar para la venopunción debemos tener en cuenta una serie de factores previos:

La duración del tratamiento. Si se cree que va a ser menor de 6 horas, se escogerá el dorso de la mano. Si se estima que la duración va a ser mayor, se preferirá el antebrazo.

El tipo de soluto. Si es irritante se aconsejan las venas gruesas.

El tamaño de la aguja. Para venas pequeñas, agujas de pequeño calibre y para venas mayores, agujas de mayor diámetro. En los adultos los calibres que mas se emplean son el de 20G (color rosa) y el de 18G (color verde). En los niños y adultos en los que hay que elegir una vena de pequeño calibre, se utiliza el catéter de 22G (color del azul).

El tipo . Preferiblemente venas que sean flexibles y rectas.No se debe pinchar cualquier trayecto venoso que esté inflamado y/o enrrojecido.

Siempre dará menos problemas y será mas fiable una via central, bien canalizada y cuidada en medios de antisepsia.

5 Bibliografía

Perry A, Potter PA. Guía clínica de enfermería. Técnicas y procedimientos básicos. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998

Capítulo 29

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA PARA MEJORAR LAS ACTITUDES Y CONFIANZA DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA FRENTE AL SOPORTE VITAL INMEDIATO

ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE

ANA ROBLES CAMPILLO

RAQUEL MUELA RODRIGUEZ

ANDREA BRAVO CARRILERO

MIRIAM MORENO MANRIQUE

1 Introducción

En 2009, en España se incorporaron al mundo laboral más de 9000 enfermeras (1). En el ámbito de sus competencias se halla la atención y cuidados a pacientes críticos y la atención a una parada cardiorrespiratoria (PCR) (2).
La parada cardíaca (PC) es la principal causa de muerte prematura en el mundo Occidental, ocasionando entre 15.000 y 25.000 muertes al año solamente en Es-

paña (3). Además, en nuestro país actualmente se dan 52.300 PCs, de las cuales; 22.300 son intrahospitalarias (PCRIH) (4).
En 2011 en EEUU se estimaba que había aproximadamente 200.000 paradas cardiacas intrahospitalarias (PCRIH) anuales (5) y en 2017 la American Heart Association (AHA) informaba de que la cifra ascendía a 292.000 PCs en población adulta (6). Bualnes y Hetne afirman que la incidencia de PCRIH mundial oscila entre 1 y 3.8 por cada 1000 ingresos (7).
En nuestro país solo sobreviven el 20% de las PCRIH y el 11% de las extrahospitalarias (2,4,8,9). Y teniendo en cuenta todas las PCs, la supervivencia no supera el 10% de los casos. Por ello, la atención a PCs es un problema sanitario y social global, de gran magnitud y que precisa un abordaje urgente por parte de las políticas sanitarias de todos los países.
El Consejo Europeo de Resucitación (ERC –European Resuscitation Council-) exponía en las recomendaciones de 2015, cinco claves para la prevención de PCRIH que conforman la cadena de prevención (2,10). Entre estas se halla la educación al personal sanitario, destacándose a enfermería por ser el primer interviniente en el reconocimiento y atención a PCRIH (2,11,12).
Además, entre las competencias de enfermería se encuentra la toma de decisiones clínicas y la utilización de habilidades para mejorar los cuidados del paciente (13); siendo la atención a una PCR y la prevención de esta una de las competencias de la profesión.
Para ello, el Consejo de Resucitación de Reino Unido lanzó en 2002 el curso de Soporte Vital Inmediato, donde se enseñaban los conocimientos y las destrezas para reconocer y tratar a un paciente crítico antes de sufrir una PCR, manejar la vía aérea con técnicas básicas, así como proporcionar una desfibrilación rápida y segura usando desfibriladores manuales o automáticos externos (DEAs) (14).
Por su parte, el National Resucitation Council desarrolló un curso de Soporte Vital para Enfermeras en 1999, conteniendo mayores conocimientos que el soporte vital básico, pero sin ser tan complejo como el avanzado (11,12). En Manchester, se introdujo en 2002 el curso de manejo del enfermo agudo (Acute Illness Management) para enfermeras (15). Finalmente, el ERC desarrolla un curso de SVI para enseñar a reconocer y tratar a pacientes que se deterioran (2).
Soar et al. sugerían que estos cursos deberían implantarse en el último año de carrera de enfermería y medicina; pues mejoran los conocimientos, habilidades prácticas y la autoconfianza de estos (14). Sullivan afirmaba que el empleo de material práctico, con simulación y videos podría mejorar considerablemente la adquisición y retención de estas habilidades (16).
Además, esta formación mejora el trabajo en equipo y la adopción de roles es-

pecíficos en las situaciones de parada (2,17).

2 Objetivos

• Principal
Mejorar las habilidades y confianza de estudiantes de enfermería en el manejo del paciente crítico que empeora, mediante una formación práctica en población universitaria.
• Secundarios
◦ Conocer los conocimientos en SVI de los estudiantes de enfermería al terminar el grado
◦ Conocer la autoconfianza que tienen los estudiantes de enfermería al terminar el grado
◦ Evaluar la efectividad de la intervención formativa en SVI.

3 Metodología

• 4.1 Diseño del estudio. Población. Muestra.
Se llevó a cabo un estudio cuasi experimental con diseño pre-post sin grupo control, tomando los datos del grupo experimental en situación basal como control. Tras el desarrollo de la intervención, se evaluó la efectividad de la actividad formativa.
La población diana estuvo compuesta por 61 alumnos de 4º curso de grado de Enfermería matriculados en la asignatura "Enfermería Clínica Avanzada: Cuidados Críticos", pertenecientes a la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba.
Se llevó a cabo un muestreo no aleatorio, reclutando a los participantes por conveniencia, después de que fueran citados a la actividad formativa. Un total de 48 estudiantes aceptaron voluntariamente participar en el estudio.
• 4.2 Selección de participantes: criterios de elegibilidad.
Los participantes fueron seleccionados entre aquellos que expresaron su deseo manifiesto de participar voluntariamente en el estudio y según los siguientes criterios de inclusión:
Criterios de inclusión:
• Estudiantes matriculados en el presente curso en la asignatura de Enfermería Clínica Avanzada: Cuidados Críticos.
• Aceptación y firma del consentimiento informado
Criterios de exclusión:

• Negación a participar en el estudio.
• Formación previa en urgencias (Trabajadores con formación previa en emergencias, urgencias, primeros auxilios, como Técnicos en Emergencias Sanitarias, celadores y/o auxiliares de urgencias, médicos)
• 4.3. Descripción de la intervención.
La intervención consistió en una actividad formativa teórica y práctica con simulación y ejercicios basados en casos prácticos sobre el manejo del paciente que se deteriora . Toda la formación y desarrollo del curso fue diseñado y supervisado por personal titulado y con competencias reconocidas para este tipo de intervenciones (enfermeras, médicos e instructores de soporte vital). De igual forma, se empleó como documento base el manual de Soporte Vital Inmediato según la Guía Clínica del ERC de 2015 (2).
La actividad formativa se dividió en dos fases:
• Formación teórica: Se utilizó el formato de "clase magistral" incluida en la asignatura de Enfermería Clínica Avanzada y de Cuidados Críticos, con una duración de 4 horas.
• Formación práctica: Llevada a cabo en el aula de habilidades prácticas y aprendizaje simulado de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba, con una duración 2 horas.
Para la realización del aprendizaje simulado se emplearon maniquíes de reanimación cardiopulmonar con dispositivos de retroalimentación (simulador Resusci Anne QCPR ® con software SimPad ® y SkillGuide ®), para acompañar la reanimación en cuanto a las compresiones (ritmo, profundidad, frecuencia, liberación del tórax a cada compresión) y ventilaciones (frecuencia, volumen).
• 4.4 Variables y escalas de medición.
Variables resultado:
◦ Puntuación del cuestionario de autoconfianza (cuantitativa discreta).
◦ Puntuación del cuestionario de conocimientos en SVI y reconocimiento del paciente que se deteriora (cuantitativa discreta).
Variables independientes:
◦ Sociodemográficas: edad (años), sexo (hombre/mujer), y nivel de estudios (formación académica distinta a la de Grado de Enfermería), situación laboral (estudiante, trabajador, desempleado…).
Escalas de valoración: a) Conocimientos, actitudes y habilidades en SVI. Se utilizó un cuestionario original, específico y propio, confeccionado ad hoc y no validado, basado en las recomendaciones del ERC (2015) y en los cuestionarios propuestos por Rice et al, Vural et al y Sánchez et al. (2,17,18,19). El cuestionario estaba compuesto por 20 preguntas tipo test, con 4 opciones de respuesta, donde sólo una

era válida. Cada respuesta correcta se valoró con 1 punto. Las respuestas incorrectas no tuvieron valor negativo sobre la puntuación total. La puntuación mínima y máxima del cuestionario fue de 0 y 20 puntos, respectivamente. Se estableció un punto de corte en 10 puntos, considerando a la puntuación por encima como aprobados y las puntuaciones inferiores como suspensas. b) Autoconfianza. Se empleó el cuestionario original basado en los propuestos por Porter et al, Franklin et al, y Santhna et al (20,21,22) por encontrar en ellos ítems que relacionan confianza con RCP. La puntuación del cuestionario oscila entre 11 y 55 puntos. No hay preguntas con valores negativos. Se estableció un punto de corte en 33 puntos, siendo los superiores a 33 considerados como alta autoconfianza y los inferiores a 33 como baja autoconfianza.

• 4.5 Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se presentaron con la media y la desviación estándar y rango, siendo mostradas las variables cualitativas en frecuencias y porcentajes. Para contrastar la bondad de ajuste a una distribución normal de los datos provenientes de variables cuantitativas, se empleó la prueba de Saphiro-Wilk (N<50) y se llevaron a cabo pruebas de representación gráfica como gráficos P-P y Q-Q. La homocedasticidad se contrastó con la prueba de comparación de varianzas de Levene.

Para el contraste de hipótesis bivariante se realizó la prueba t de Student para dos medias pareadas (paramétrica) o Wilcoxon (no paramétrica), mientras que para las variables cualitativas se usó la Chi cuadrado y el test exacto de Fisher cuando estuvo indicado según normalidad de los datos. Para la comparación de tres o más medias independientes, se empleó el test ANOVA o Kruskal Wallis, según parametricidad. Por otra parte, la correlación entre las variables cuantitativas se analizó a través del coeficiente r de Pearson (r).

Todas las pruebas de contraste estadísticos se llevaron a cabo con un error alfa inferior al 5%, y la inferencia de parámetros con una seguridad del 95%.

• 4.6 Aspectos éticos

El estudio fue elaborado respetando los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki (1964), en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina (1997), así como cumpliendo los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética. El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación Biomédica de Andalucía en enero de 2020.

A todos los participantes se les entregó información por escrito de los objetivos y compromisos del estudio, e igualmente, se solicitó la aceptación del consen-

timiento informado por escrito, como requisito imprescindible, para su posterior participación.

4 Resultados

• Características de los participantes.
La población objeto de estudio eran 61 estudiantes, de los cuales asistieron a la cita 53, y de ellos, se excluyeron a 5. De esta forma, 48 estudiantes realizaron las encuestas basales y de ellos, 45 también completaron los cuestionarios tras la formación teórica y práctica.
• Situación basal
De los 45 alumnos, el 82,2 % eran mujeres. La media de edad global fue de 21,9 años (1,9) IC 95% (21,37-22,55). De los 48 participantes, 30 (66,7%) tenían 21 años y solo 3 (6,6%) tenía más de 25 años; siendo la edad máxima de 30 años.
Con respecto al nivel de estudios, 37 individuos (78,7%) provenían de bachillerato antes de iniciar el Grado de Enfermería y solo 2 personas (4,5%) tenía otra carrera. En cuanto a la situación laboral, solo 1 participante (2,2%) trabajaba en el momento del estudio.
En cuanto al cuestionario de autoconfianza, sobre un máximo de 55 puntos, la puntuación media fue 33,3 (4,5) puntos IC 95% (31,9-34,6), y el rango fue de 22 a 42. Por intervalos de puntuación, 4 participantes (8,9%) presentaron una puntuación entre 11 y 24 puntos; 40 estudiantes (88,9%) obtuvieron entre 25 y 40 puntos; y solo 2 (2,2%) llegaron a obtener más de 40 puntos.
Con respecto al test de conocimientos en SVI, sobre una puntuación máxima de 20 puntos, la puntuación media fue 10 (1,8) puntos IC 95% (9,5-10,5). El rango de puntuación fue de 6 a 13 puntos. Hubo 27 participantes (60%) que no superaron los 10 puntos en el test; los 18 restantes (40%) obtuvieron una puntuación comprendida entre 11 y 15 puntos.
No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la puntuación obtenida en el test de autoconfianza. Sin embargo, la puntuación fue mayor en los hombres obteniendo una media de 34,5 (2,6) puntos IC 95% (32,3-36,7) frente a las mujeres, cuya media fue de 33 (4,8) puntos IC 95% (31,4-34,6) ($p>0,05$)
Igualmente, los resultados en el test de conocimientos de SVI fueron ligeramente superiores en los hombres con una media de 10,4 (2,2) puntos IC 95% (8,5-12,2) frente a las mujeres con 9,9 (1,7) puntos IC 95% (9,4-10,5) ($p>0,05$).
Tampoco se encontraron diferencias significativas entre edades en la autoconfianza. Los individuos que tenían 21 años obtuvieron una puntuación media en el

test de autoconfianza de 33,4 (4,3) IC 95% (31,8-35,0) frente a los individuos con edades entre 22 y 30 años, que obtuvieron una puntuación media de 33,1 (4,9) IC 95% (30,4-35,8) (p>0,05)

De manera similar, en el test de conocimientos de SVI, los participantes con 21 años presentaron una puntuación media de 10,2 (DE 1,7) IC 95% (9,5-10,8) frente a las personas de entre 22 y 30 años, con una puntuación media de 9,7 (DE 1,8) IC 95% (8,7-10,7) (p>0,05).

• Situación post intervención

Una vez finalizada la intervención se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en el test de autoconfianza y en los conocimientos en SVI con respecto a la situación basal (p<0,001).

Se observó un incremento medio en la puntuación obtenida en el test de autoconfianza de 4,4 puntos (3,4), abarcando diferencias de puntuación desde -2 a +12 puntos; obteniéndose una media final de 37,7 puntos (DE 4,4) IC 95% (36,3-38,9) (p<0,001). A su vez el porcentaje de población que superó el corte del test aumentó, pasando de 24 participantes (53,3%) a 36 participantes (80%) (p<0,05) .

También hubo un aumento en la puntuación obtenida en el test de conocimientos en SVI; el incremento medio fue de 4,7 puntos (DE 2,8) con un rango de variación de la puntuación entre -1 y +10 puntos; la media final que la muestra obtuvo fue a 14,7 puntos (DE 1,9) IC 95% (14,2-15,3) (p<0,001). Igualmente, la prevalencia de aprobados fue mayor; pasando de 26 participantes (57,8%) a 45 participantes (100%) (p<0,001).

Finalizada la intervención 35 participantes (77,8%) presentaban una puntuación total en el test de autoconfianza entre 25 y 40 puntos y 10 estudiantes (22,2%) llegaron a obtener más de 40 puntos.

De igual forma, para el cuestionario de conocimientos, 26 alumnos (57,8%) obtuvieron una puntuación entre los 11 y los 15 puntos; los 19 restantes (42,2%) obtuvieron una puntuación mayor a 15 puntos, siendo 18 puntos el máximo alcanzado, obtenido por 2 participantes.

• Cuestionario de conocimientos en SVI: análisis por pregunta

En relación a las preguntas más acertadas, en el momento basal la pregunta 2 fue la que presentó mayor porcentaje de aciertos (100%), seguida de las cuestiones 6, 13 y 19 con un porcentaje de acierto de 97,8%, 95,6% y 95,6% respectivamente.

Por otro lado, la pregunta 11 obtuvo el menor porcentaje de aciertos, con un 2,2%, seguida de las cuestiones 7, 10 y 1 con un porcentaje de aciertos de 4,4%, 15,6% y 20%, respectivamente.

Finalizada la intervención, las preguntas 2, 6 y 13 fueron las que presentaron mayor cantidad de aciertos, con un 97,8% de la muestra; manteniéndose las pre-

guntas 6 y 13 con el mismo porcentaje de aciertos y bajando en un 2,2% la pregunta número 2. Le siguieron las preguntas 4, 18 y 20 con un porcentaje de acierto del 95,6%.
Por otro lado, las preguntas 3 y 7 fueron las que tuvieron menos aciertos, con un 24,4% de acertados. Le siguieron las preguntas 12 y 15 con un 55,6% de aciertos y las preguntas 8 y 14 con un 60% de aciertos. La pregunta 11 pasó de un 2,2% de aciertos a un 75,6%; también aumentaron los aciertos en la pregunta 1, incrementándose de un 20% a un 75,6%; y la pregunta 10, que se incrementó de un 15,6% en el momento basal a un 71,1% de aciertos tras la intervención.
• Correlación entre autoconfianza y conocimientos
Finalmente, se estudió la asociación entre las dos variables resultado (cuantitativas) del estudio, autoconfianza y conocimientos, mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados obtenidos muestran independencia entre ambas variables ya que ningún valor de "r" alcanza la significación estadística. Por otro lado, sí se observó una asociación significativa entre la autoconfianza pre-intervención y la autoconfianza posterior a la formación en SVI ($r=0,71$, $p<0,001$).
A pesar de la independencia obtenida a través del coeficiente de correlación, se llevó a cabo un segundo análisis para relacionar conocimientos y autoconfianza. Para ello, se dividió la muestra en terciles de puntuación de conocimientos en la situación pre y post-intervención, analizando a continuación, el valor de la autoconfianza obtenido para cada tercil de conocimientos.
Aunque el nivel de autoconfianza aumentó en la situación post-intervención, no se hallaron diferencias significativas entre los diferentes terciles de conocimientos en SVI. Finalmente, la Figura 5 tiene como propósito reflejar la tendencia lineal ascedente de la autoconfianza asociada a mayor nivel de conocimientos en SVI.

5 Discusión-Conclusión

Se llevó a cabo una intervención basada en la simulación con el objetivo de valorar su eficacia en la formación en SVI. Además, se pretendía conocer los conocimientos en SVI y la atuoconfianza percibida en población universitaria y su modificación tras realizar la formación.
La preocupación por parte de la comunidad científica en torno a la atención de PCRIH por parte de enfermería se hace patente con gran cantidad de trabajos que abordan este problema. En este sentido, intervenciones como las de Babar et al. mostraron que los conocimientos en soporte vital básico solo eran adecuados en

el 38,4% de las enfermeras (23). El estudio transversal realizado por Madavan et al. añadió que los conocimientos en SVA también eran inadecuados en la mayoría de profesionales de la salud (24). En este trabajo la prevalencia de participantes con conocimientos adecuados fue de un 40% coincidiendo además con otras intervenciones como la de Selmin et al. en la que afirmaban que el entrenamiento de los estudiantes de enfermería en SVI es inadecuado (25). Por otro lado, encontramos diversidad de trabajos que afirman que la formación en SV en las facultades de enfermería es insuficiente y necesita mejorar (18, 26-28).

Autores como Smith et al. afirmaban que solo el 34,4% de los estudiantes de enfermería presentaban autoconfianza a la hora de reconocer y tratar a un paciente crítico (15). En este sentido, nuestros resultados mostraron que un 53,3% de la población presentaba autoconfianza ante estas situaciones; esta diferencia podría explicarse por el reducido tamaño de nuestra muestra y por el uso de herramientas diferentes para medir la autoconfianza.

Son diversos los trabajos que han manifestado que la formación del tipo SVI aumenta considerablemente la atención y conocimientos por parte de enfermería en el paciente crítico (2,12-15,17,27,29-31) lo que supondría además un aumento de la supervivencia de las PCR (2,27,29,30). En este sentido tras realizar la formación en SVI los estudiantes manifestaron un aumento significativo en los conocimientos en SVI (de 10 ± 1,6 puntos a 14,7 ± 1,9 puntos; $p<0,001$) y su autoconfianza (de 33,3 ± 4,5 puntos a 37,7 ± 4,4 puntos; $p<0,001$) coincidiendo también con diversos autores en que esta formación aumenta también la confianza de los estudiantes (14,15,17,25).

Con respecto a la correlación entre conocimientos y autoconfianza; diversos autores coinciden en que el aumento de conocimientos en el tratamiento del paciente crítico incrementa la confianza de las enfermeras en estas situaciones (2,14,15,17,25,30); sin embargo, los resultados de nuestro estudio muestran que no habría una correlación lineal: grado de asociación entre conocimientos pre y autoconfianza pre ($r=0.014$), entre conocimientos pre y autoconfianza post ($r=-0.03$), y conocimientos pot y autoconfianza post ($r=0.05$). Si bien es cierto que los resultados del estudio muestran un aumento progresivo de la autoconfianza conforme aumentan los conocimientos en SVI. Esto podría deberse al moderado tamaño muestral (n=45) y al empleo de una escala de medición de autoconfianza no específica.

En relación con el aprendizaje por simulación existe una amplia evidencia de su uso para mejorar la formación y autoconfianza de los estudiantes y profesionales de la salud (14,16,25,32-36). Los resultados de nuestro estudio mostraron que el uso de esta metodología mejoró significativamente los conocimientos y la confi-

anza auto percibida de la muestra.
Conclusiones
La intervención basada en formación con simulación clínica, incidiendo sobre aspectos teóricos y prácticos de SVI ha mostrado mejorar las habilidades y autoconfianza de los estudiantes de enfermería en el manejo del paciente crítico que empeora.
Por otra parte, debido a que los resultados no son concluyentes, es necesario desarrollar una escala validada para la autoconfianza en la atención a pacientes críticos.
Igualmente, es necesario desarrollar más trabajos con una duración mayor para ver el grado de retención de conocimientos en el tiempo.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección. Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025. 2012 p. 116.
2. Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Resuscitation. 2015; 95:1-80
3. Rosell-Ortiz F, López-Messa JB, Mellado-Vergel FJ, et al. Aspectos epidemiológicos, variabilidad y supervivencia en la atención a la parada cardiaca extrahospitalaria por servicios de emergencia en España. Consejo Español de Resucitación. Disponible en: https://www.cercp.org/images/stories/recursos/2012/NOTICIAS/cercp/Proyecto_Registro_Parada_Cardiaca_EH_en_Espaa.pdf
4. Perales N, del Nogal F. Una estrategia para el sistema nacional de salud ante la parada cardiaca. Consejo Español de RCP; 2019.
5. Merchant R, Yang L, Becker L, Berg R, Nadkarni V, Nichol G et al. Incidence of treated cardiac arrest in hospitalized patients in the United States. Critical Care Medicine. 2011;39(11):2401-6.
6. Holmberg MJ, Ross CE, Fitzmaurice GM et al. Annual Incidence of Adult and Pediatric In-Hospital Cardiac Arrest in the United States. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2019 Jul 9;12(7):e005580.
7. Buanes EA, Heltne JK. Comparison of in-hospital and out-of-hospital cardiac arrest outcomes in a Scandinavian community Acta Anaesthesiol.Scand. 2014,58 (3):316-22.
8. Rosell-Ortiz F, Escalada-Roig X, Fernández Del Valle P, Sánchez-Santos L, Navalpotro-Pascual JM, Echarri-Sucunza A, et al. Out-of-hospital cardiac arrest

(OHCA) attended by mobile emergency teams with a physician on board. Results of the Spanish OHCA Registry (OSHCAR) Resuscitation. 2017;113:90-5. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2017.01.029
9. Perales N. Plan Integral ante la parada cardiaca hospitalaria. Un sisyema para salvar vidas: recomendaciones. Ed Aran Madrid 2019
10. Smith G. In-hospital cardiac arrest: Is it time for an in-hospital 'chain of prevention'?. Resuscitation. 2010;81(9):1209-11.
11. Heng WJK, Seow E, Tham KY. Life support Course for nurses in singapore. Singapore Med J. 2011; 52(8): 557
12. Heng WJK, Fong MK, Wee FC, Anantharaman V. The role of nurses in the resuscitation of in -hospital cardiac arrests. Singapore Med J. 2011; 52(8): 611
13. Formación | Perfil del Profesional [Internet]. Consejogeneralenfermeria.org. 2019 [citado 18 Diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/primer-ciclo/perfil-del-profesional
14. Soar J, Perkins GD, Harris S, Nolan J. The immediate life support course. Resuscitation 2003; 57: 21-6. DOI: 10.1016/s0300-9572(03)00027-3
15. Smith J, Rushton M. Improving student nurses' confidence in managing the acutely ill patient. British Journal of Nursing, 2018; 27(3): p124-9
16. Sullivan N. An Integrative Review: Instructional Strategies to Improve Nurses' Retention of Cardiopulmonary Resuscitation Priorities. Int. J. Nurs. Educ. Scholarsh. 2015; 12(1): 37–43
17. Rice B, Gallagher P, Mc Kenna N, Traynor M, Mc Nulty T. The immediate life support course: implementation into an undergraduate nursing programme. Nursing in Critical Care. 2009; 14(6): 297-302. DOI: 10.1111/j.1478-5153.2009.00358.x.
18. Vural M, Feridum M, Kerimoğlu O, Kizkapan F, Kahyaoğlu S, Tuğrul S, et al. Cardiopulmonary resuscitation knowledge among nursing students: a questionnaire study. Anatol J Cardiol. 2017; 17: 140-5. DOI: 10.14744/AnatolJCardiol.2016.7156
19. Sánchez-García AB, Fernández-Alemán JL, Alonso Pérez N, Hernández-Hernández I, Navarro-Valverde R, Rosillo-Castro D. Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Enfermería Global. 2015; 39: 230-45.
20. Omer T. Nursing Students' Perceptions of Satisfaction and Self-Confidence with Clinical Simulation Experience. Journal of Education and Practice. 2016; 7(5): 131-8 https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1092418.pdf
21. Franklin A, Burns P, Lee C. Psychometric testing on the NLN Student Satisfac-

tion and Self-Confidence in Learning, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire using a sample of pre-licensure novice nurses. Nurse Education Today. 2014; 34: 1298–1304
22. Santhna L, Norzamnah A, Hamidah H, Samsiah M. Level of Confidence among Nursing Students in the Clinical Setting. Procedia Social and Behavioral Sciences. 2011; 18: 404–7
23. Irfan B, Zahid I, Khan MS, Khan OAA, Zaidi S, Awan S, Bilal S, Irfan O. Current state of knowledge of basic life support in health professionals of the largest city in Pakistan: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2019 ; 19(1): 865. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6868838/
24. Nambiar M, Nedungalaparambil NM, Aslesh OP. Is current training in basic and advanced cardiac life support (BLS & ACLS) effective? A study of BLS & ACLS knowledge amongst healthcare professionals of North-Kerala. World J Emerg Med. 2016; 7(4): 263-9. doi: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2016.04.004.
25. Kose S, Akin S, Mendi O, Goktas S. The effectiveness of basic life support training on nursing students' knowledge and basic life support practices: a non-randomized quasi-experimental study. Afr Health Sci. 2019; 19(2): 2252-62. doi: 10.4314/ahs.v19i2.51.
26. Dal U, Sarpkaya D. Knowledge and psychomotor skills of nursing students in North Cyprus in the area of cardiopulmonary resuscitation. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2013; 29(4): 966–71. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3817787/
27. Madden C. Undergraduate nursing students' acquisition and retention of CPR knowledge and skills. Nurse Education Today. 2006; 26(3): 218–27.
28. Chandrasekaran S, Kumar S, Bhat SA, Saravanakumar Shabbir PM, Chandrasekaran V. Awareness of basic life support among medical, dental, nursing students and doctors. Indian Journal of Anaesthesia. 2010; 54(2): 121–6.
29. Bhanji F, Donoghue AJ, Wolff MS, Flores GE, Halamek LP, Berman JM, Sinz EH, Cheng A. Part 14: Education: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation. 2015; 132: 561–73.
30. Tobase L, Peres HHC, Gianotto-Oliveira R, Smith N, Polastri TF, Timerman S. The effects of an online basic life support course on undergraduate nursing students' learning. Int J Med Educ. 2017; 8: 309-13. doi: 10.5116/ijme.5985.cbce. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5699862/#r3
31. Gallagher P, Rice B, Tierney P, Page K, McKinney A. An evaluation of a critical care course for undergraduate nursing students. Nursing in Critical Care. 2011; 16(5): 261-9.

32. La Cerra C, Dante A, Caponnetto V, Franconi I, Gaxhja E, Petrucci C, Alfes CM, Lancia L. Effects of high-fidelity simulation based on life-threatening clinical condition scenarios on learning outcomes of undergraduate and postgraduate nursing students: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2019; 9(2): e025306. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025306.
33. Kiernan LC. Evaluating competence and confidence using simulation technology. Nursing. 2018; 48(10): 45-52. doi: 10.1097/01.
34. Lynn MC, Twigg RD. A new approach to clinical remediation. J Nurs Educ. 2011; 50(3): 172-5. doi: 10.3928/01484834-20101230-12.
35. Haukedal TA, Reierson IÅ, Hedeman H, Bjørk IT. The Impact of a New Pedagogical Intervention on Nursing Students' Knowledge Acquisition in Simulation-Based Learning: A Quasi-Experimental Study. Nurs Res Pract. 2018; 2018:7437386. doi: 10.1155/2018/7437386.
36. Kimhi E, Reishtein JL, Cohen M, Friger M, Hurvitz N, Avraham R. Impact of Simulation and Clinical Experience on Self-efficacy in Nursing Students: Intervention Study. Nurse Educ. 2016; 41(1): E1-4. doi: 10.1097/NNE.0000000000000194.

Capítulo 30

ENFERMERÍA Y LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL (PIA) DE LOS PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA

MARÍA INÉS GIL GARCÍA

LORENA CERRILLO PÉREZ

ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ

LORENA PATERNA SERRANO

1 Introducción

La presión intraabdominal (PIA) es estimada como una medida importante para poder llegar a evaluar el estado de salud de un paciente enfermo en una unidad o servicio de cuidados intensivos (UCI). La medición de la PIA se realiza mediante un catéter de presión intraabdominal (CPIA), que se inserta a través de la pared abdominal y que se conecta a un monitor para así poder registrar los niveles de presión. Los enfermeros son los responsables y encargados de la colocación y la monitorización del CPIA, así como de interpretar los posteriores datos y poder comunicar con veracidad los hallazgos al equipo médico.

La PIA se le define y conoce como la presión existente dentro del abdomen, que es ocasionada por la normal acumulación de líquidos, gases y tejidos en el espacio intraabdominal. El aumento exponencial de la PIA puede ser ocasionado por un conjunto o una serie de problemas médicos, entre los que están incluidos los traumas, infecciones, embarazo, distensión abdominal y lesiones en el hígado o en el tracto gastrointestinal. La medición de la PIA es importante porque un aumento en los niveles de PIA puede causar una serie de complicaciones graves, incluyendo falla renal, falla respiratoria y falla en la circulación.

2 Objetivos

Exponer por parte de enfermería las medidas y la importancia de la medición de la PIA y de los cometidos a realizar desde el trabajo enfermero.

3 Metodología

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

4 Resultados

La colocación del CPIA se realiza generalmente en el lado izquierdo del abdomen, debajo del ombligo. El catéter se inserta a través de la pared abdominal utilizando una técnica estéril. Una vez que el catéter está en su lugar, se conecta a un monitor para registrar los niveles de presión. Los enfermeros deben monitorear constantemente los niveles de presión y asegurar que el catéter esté funcionando correctamente. Si se detecta algún problema con el catéter, deben notificarlo inmediatamente al equipo médico.
La medición de la PIA también se utiliza para evaluar la respuesta del paciente a diferentes terapias. Por ejemplo, si un paciente está recibiendo tratamiento para reducir la acumulación de líquidos en el abdomen, los enfermos deben monitorear los niveles de PIA antes y después del tratamiento para evaluar su eficacia.

La medición de la PIA es una herramienta importante para evaluar el estado de salud de los pacientes en una UCI. Los enfermeros son responsables de la colocación y la monitorización del CPIA, así como de interpretar los datos y comunicar los hallazgos al equipo médico. Es importante que los enfermeros se conozcan con la técnica de colocación del catéter y sepan cómo interpretarlo.
El trabajo del enfermero en la medición de la PIA en una UCI se divide en varios pasos:
1. Preparación: El enfermero prepara todo el material necesario para la colocación del CPIA y asegura que el paciente esté en una posición adecuada. También explica al paciente el procedimiento y obtiene su consentimiento.
2. Limpieza y desinfección de la zona de inserción: El enfermero limpia y desinfecta la zona de inserción del catéter con un antiséptico.
3. Inserción del catéter: El enfermero inserta el catéter a través de la pared abdominal utilizando una técnica estéril.
4. Conexión al monitor: Una vez que el catéter está en su lugar, el enfermo lo conecta al monitor para registrar los niveles de presión.
5. Monitoreo constante: El enfermo monitorea constantemente los niveles de presión y asegura que el catéter esté funcionando correctamente. Si se detecta algún problema con el catéter, notifique inmediatamente al equipo médico.
6. Interpretación de los datos: El enfermero interpreta los datos recogidos y comunica los hallazgos al equipo médico.
7. Evaluación de la respuesta al tratamiento: Si el paciente está recibiendo tratamiento para reducir la acumulación de líquidos en el abdomen, el enfermo monitorea los niveles de PIA antes y después del tratamiento para evaluar su eficacia.
8. Mantenimiento y retirada del catéter: El enfermero se encarga de mantener el catéter limpio y libre de infecciones y de retirarlo cuando ya no sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Del estudio e investigación realizada por parte del profesional enfermero se llega a la conclusión y opinión a destacar de que lo más esencial e importante será que el enfermero debe aprovecharse de las técnicas de colocación del catéter y tener siempre los conocimientos para poder interpretar los datos recogidos, el monitoreo constante que es esencial, respuesta al tratamiento, así como el mantenimiento en todo momento y la posterior y correcta retira del catéter. Además, deben estar en contacto constante y en continua comunicación con el equipo

médico responsable del paciente para informar cualquier situación especial o cambio en el estado del afectado.

6 Bibliografía

1. Sosa Hernández Roberto, Sánchez Portela Carlos A, Hernández Iglesias Sergio Santiago, Barbero Arencibia Ricardo. Procedimientos para el monitoreo de la presión intraabdominal. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2007 Mar [citado 2023 Ene 13] ; 11(1): 2-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942007000100002&lng=es.
2. Pájaro Medina, Magdevy, León Cabrera, Licet, Leyva Peguero, Yileisy, & Ascanio Rodríguez, Carlos. (2015). Variaciones de la presión intraabdominal como criterio de complicación en pacientes operados. MEDISAN, 19(3), 345-353. Recuperado en 13 de enero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000300007&lng=es&tlng=es.

Capítulo 31

ENFERMERÍA Y EL PROCESO DE SEDAR ADECUADAMENTE AL PACIENTE ANTES DE LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA (CVE)

MARÍA GALLEGO ALONSO

ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO

FRANCISCA AROCA DESCALZO

JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ

SARA TIRADO CALONGE

1 Introducción

Los pacientes con arritmias cardíacas deben acudir de inmediato a los servicios de emergencia del hospital. Estas alteraciones del ritmo cardíaco pueden ser muy rápidas (taquicardia), muy lentas (bradicardia) o irregulares. Mareos, dolor torácico, pérdida del conocimiento o palpitaciones si el ritmo cardíaco está elevado son síntomas que se manifiestan con frecuencia.

Nos concentraremos en las arritmias que resultan de la cardioversión eléctrica urgente en el presente caso. Esto podría ser una fibrilación auricular rápida o un aleteo auricular rápido. Las consecuencias hemodinámicas (hipotensión y alteración del estado neurológico), así como frecuencias cardíacas muy elevadas, son síntomas típicos del paciente. Podría resultar fatal si no se trata rápidamente.

La cardioversión eléctrica es el proceso de detener una arritmia cardíaca rápida y ayudar al corazón a regresar a un ritmo sinusal normal dándole una breve descarga eléctrica controlada. Este método se desarrolló en la década de 1960 y todavía se usa en la actualidad. Todas las células miocárdicas del corazón se despolarizan como resultado de la energía que se les aplica y, después de un breve período de repolarización, se reanuda el ritmo cardíaco normal (las aurículas se despolarizan y luego los ventrículos se contraen). El éxito depende tanto de la densidad de corriente lograda como del potencial de patología subyacente.

2 Objetivos

- Establecer y conocer las intervenciones de enfermería previas a una cardioversión eléctrica.
- Identificar los cuidados enfermeros durante y post-cardioversión en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para 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

Conocemos las intervenciones de enfermería necesarias antes y después de la cardioversión eléctrica de emergencia gracias a una revisión de la literatura y protocolos actualizados. La realización de un electrocardiograma, la apertura de una vena para tomar muestras de sangre y la administración de medicamentos son ejemplos de cómo la enfermería contribuye significativamente al proceso de ayuda al diagnóstico del servicio de emergencia. Adicionalmente, la adecuada preparación del material requerido y su uso efectivo. Como enfermeras, debemos antes de la cardioversión:

- Acostar al paciente desnudo, extrayéndole cualquier objeto metálico y, en su caso, su prótesis dental.

- Seguimiento del paciente (uso de oxímetro de pulso, manguito de presión arterial y electrodos).
- Canulación de vena, idealmente en miembro superior derecho (ya que la descarga eléctrica se administrará en el lado izquierdo).
- Colocación de un desfibrilador con capacidad de cardioversión en el lado izquierdo del paciente; debemos vigilar al paciente mientras usamos los electrodos.
- Tener a mano un carro en caso de que se requiera un procedimiento de intubación, aspiración o atropina IV.
- Preparar el sedante del paciente (por orden médica), normalmente una infusión de fentanilo IV o una combinación de propofol y midazolam.
-Tratar de calmar la ansiedad del paciente, tranquilizándolo y explicándole el procedimiento al que se someterá.

Durante la cardioversión eléctrica:
- Antes de administrar la descarga, asegurarse de que el desfibrilador esté configurado en modo "sincronizado" y listo.
- Administración de oxígeno (máscara venturi al 50 por ciento) previa a la sedación.
- Dar al paciente la medicación que necesita para autosedarse, según la prescripción de su médico.
- Aplicar gel conductor en las palas del desfibrilador o, si se utilizan parches, colocarlos directamente sobre la piel.
- Elegir la energía que el médico considere necesaria, y este se encargará de aplicar la(s) descarga(s) necesaria(s).
- Verificar el estado del paciente en el monitor para ver si se ha iniciado el ritmo sinusal y luego realice un electrocardiograma.

Después de la cardioversión, la atención de enfermería incluirá:
- Administración continúa de oxígeno hasta que se elevan los niveles de conciencia.
- Vigilar y realizar un seguimiento de los signos vitales.
- Examinar la piel en busca de posibles quemaduras y aplique una crema hidratante o sulfadiazina de plata según sea necesario.
- Eliminación, limpieza y reemplazo de materiales según sea necesario.
- Una bitácora informatizada de todo el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Si bien la cardioversión eléctrica es un procedimiento habitual en las urgencias hospitalarias, los profesionales que la realizan deben tener una formación previa, tanto por el personal de enfermería, que es crucial, aunque es el médico quien realmente la realice. Las revisiones e inspecciones de los equipos son manejadas por este, por lo que es fundamental para el correcto funcionamiento del equipo. El personal de enfermería ayudará a que el procedimiento sea rápido y sin errores siguiendo el protocolo adecuado. Estar presente antes, durante y después de esta técnica le dará al paciente seguridad y tranquilidad, además de nuestra cercanía con él.

6 Bibliografía

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

Capítulo 32

LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA OPERACIÓN DE JUANETES DE LOS PACIENTES

MARÍA INÉS GIL GARCÍA

LORENA CERRILLO PÉREZ

ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ

LORENA PATERNA SERRANO

JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA

1 Introducción

El hallux valgus, también conocido como ”juanete”, es la afección más prevalente en el antepié y se caracteriza por una deformidad progresiva de la articulación del dedo gordo del pie, lo que provoca dolor y dificultad para caminar, así como la dificultad para encontrar el zapato más adecuado. Se estima que entre el 25 y el 35 por ciento de la población se ve afectada, y las mujeres constituyen la gran mayoría. Se puede identificar por la desviación en valgo del dedo gordo del pie y la desviación en varo del primer metatarsiano. El calzado inapropiado, particularmente aquellos con tacones excesivos, o la genética pueden ser los culpables de 6 a 8 cm como resultado de la biomecánica o ambas. Tras una fase conservadora con aparatos ortopédicos, ortesis y tratamientos podológico-traumatológicos mínimamente invasivos combinados con el calzado adecuado, el

tratamiento primario es la cirugía ambulatoria individualizada. La cirugía es un tratamiento eficaz en el 85% de los casos, pero requiere cuidados postquirúrgicos especializados por parte de profesionales y del paciente privado. El personal de enfermería necesita conocer las características de la patología para realizar un diagnóstico precoz, derivar a un paciente, realizar una investigación adecuada y brindar una atención adecuada con base en el tratamiento seleccionado. Es importante recordar que los pacientes diabéticos necesitan especial consideración y cuidado.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conocer las indicaciones y sugerencias postquirúrgicas para la intervención del hallux valgus por parte del personal de enfermería.

3 Metodología

Para profundizar en este capítulo se realizó una investigación basada en una revisión bibliográfica de la literatura científica recientemente publicada y una búsqueda sistemática de libros y artículos científicos en revistas académicas utilizando las frases de palabras clave de este tema.

4 Resultados

La propia afectación del paciente, que muchas veces no repercute negativamente en la calidad de vida del paciente, pero sí determina, es la única opción de tratamiento conservador que le queda dada la restricción y el dolor asociado tras probar todas las ortesis plantares específicas del paciente en base a la biomecánica previa exploración y elección del calzado adecuado. Cualquier profesional médico calificado, incluido un traumatólogo, cirujano o podólogo, elegirá el tipo de procedimiento más adecuado para el paciente. El paciente debe comprometerse plenamente a seguir cualquier rehabilitación de seguimiento necesaria, lo que requiere consentimientos informados previamente firmados, para recuperarse lo mejor posible. Saldrá del procedimiento usando un ”andador”, que es una bota o zapato que puede sostener la extremidad lesionada durante la mayoría de los procedimientos. Se establecerán revisiones de control, así como los tratamientos individuales de su herida quirúrgica, pero también es fundamental que esté

debidamente instruido en los cuidados que se le aplican en su domicilio, confirmando así la afirmación de qué plan de tratamiento analgésico. El personal de enfermería estará a cargo de la atención, ya sea en un centro sanitario o privado posquirúrgico, y confirmará que el paciente ha comprendido las instrucciones específicas del informe médico, respondiendo a las dudas que pueda tener. Se dividen en las siguientes categorías:
El miembro afectado debe mantenerse elevado durante las 48 horas posteriores al procedimiento, el vendaje afectado debe aplicarse localmente con frío, el yeso no debe cubrirse con ropa durante las 48 horas posteriores al procedimiento y se deben usar zapatos posquirúrgicos mientras se camina y mantener el talón, ejercitar el dedo del pie afectado y el tobillo del miembro afectado en flexo-extensión, tomar el analgésico que le recetó el médico y acudir a urgencias.

5 Discusión-Conclusión

Conocer las características de la lesión es necesario para que podamos llevar a cabo nuestras responsabilidades del personal de enfermería. Un diagnóstico oportuno e instrucción en cuidados conservadores, junto con el conocimiento para derivar pacientes a especialistas a la luz de los hallazgos del estudio con respecto a la deformidad. Para tratar a los pacientes con una intervención de hallux valgus, ya sea en el centro donde se realiza la cirugía, en los controles o para instruirlos en consultas o instituciones de atención primaria, también debemos ser expertos en esta área. Por otro lado, de este cuidado, los propios síntomas y la rapidez de realizar un seguimiento individualizado, la prueba es importante.

6 Bibliografía

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

Capítulo 33

LA ORGANIZACIÓN DE PACIENTES POR PARTE DE ENFERMERÍA SEGÚN GRAVEDAD EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

MARÍA INÉS GIL GARCÍA

LORENA CERRILLO PÉREZ

ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ

LORENA PATERNA SERRANO

JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA

1 Introducción

Cuando una persona acude al servicio de las urgencias hospitalarias es recibido por el celador de puerta que lo acompaña hasta el servicio de admisión de urgencias para que se registre y dé sus datos, en este momento se convierte en un paciente del centro sanitario.
En la sala de espera, el paciente, es llamado por la enfermera de triaje, que es una sala donde la misma le preguntará cuál es su motivo, por el que viene a urgencias, qué síntomas tiene y le toma las constantes, como la tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y la glucemia, para priorizar la urgencia, es decir, asignarlo a un nivel y a un color, según el sistema de urgencias estandarizado.

Una vez que la enfermera de triaje ha cumplimentado todos estos datos, el paciente será derivado, a una zona de las urgencias o a otra, dependiendo, como se ha referido, al nivel de la urgencia y al tipo de dolencia que presenta. Cuando se trata de traumatismos o caídas, el paciente es derivado al servicio de especialidades médicas. Cuando se refiere dolor abdominal, dolor torácico o cualquier alteración en las constantes, es derivado a la zona de boxes.
La enfermera de triaje, en caso necesario, activa, y en determinación de las constantes obtenidas del paciente, el protocolo del box vital, en caso, de urgente necesidad de atención al paciente.
La sala de triaje es un punto caliente dentro del conjunto del servicio de las urgencias hospitalarias, puesto que los pacientes más graves tienen que ser atendidos antes que los menos graves, y la enfermera destinada en la misma, tiene que actuar con rapidez y profesionalidad cuando el momento lo requiere.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento de la sala de triaje de las urgencias hospitalarias.
- Describir las funciones que la enfermera de triaje desarrolla en su labor diaria en la clasificación de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Lo primero que necesita una enfermera para desarrollar su trabajo en la sala de triaje es conocer la estructura, el funcionamiento y la organización del propio servicio de las urgencias hospitalarias, puesto, que junto con los recursos, materiales y protocolo de actuación que se tienen en el servicio, debe gestionar y clasificar con precisión a los pacientes que acuden a que les atiendan.
La enfermera en triaje solicita también las pruebas pertinentes que crea que son necesarias para el paciente, adelantando así, de este modo, el tiempo de espera

y atención al paciente, así como, produce una fluidez en la atención médica realizada por los especialistas.
La clasificación que realiza la enfermera en la sala de triaje permite derivar a los pacientes a las zonas correspondientes precisas, ya sea boxes o especialidades.
Para ello, la enfermera llama por teléfono a los especialistas de ambas zonas, para demandar un hueco o simplemente para advertir de la entrada de un paciente. En estos casos, el personal de enfermería destinado en estos servicios, indican un box o una sala de especialidades para dicho paciente.
La enfermera de triaje es responsable del paciente desde el momento que entra en la sala, y puede gestionar cualquier prueba que sea necesaria para el mismo, desde placas radiológicas, hasta la realización de electrocardiogramas, adelantado, de este modo, como se ha dicho, el tiempo de espera y la urgencia vital del paciente a la demanda de su enfermedad.
En el caso de la entrada de un paciente en estado muy grave o crítico, la enfermera de triaje activa el protocolo del box vital, es decir, acude con el paciente al mismo, una vez que habla con el médico encargado de la guardia del mismo, acelerando su actuación para la pronta atención del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera de triaje juega un papel muy importante en el servicio de las urgencias hospitalarias porque es la primera profesional que evalúa al paciente, es decir, tomándole las constantes y realizando las pruebas que crea necesario, conllevándolo a una clasificación acertada. El no acierto en esta evaluación supondría un tiempo precioso en la recuperación del paciente e incluso en casos más graves, el empeoramiento de su mal o enfermedad.
Es por estos motivos que la enfermera de triaje debe estar perfectamente cualificada y al día en las técnicas y protocolos del servicio de urgencias, llevando consigo la responsabilidad de la realización de un buen triaje que sea positivo para el paciente.

6 Bibliografía

1. La clasificación del paciente en el servicio de las urgencias hospitalarios. Disponible en: https://www.revistamedica.com.
2. El triaje en las urgencias de los hospitales. Disponible en: https://www. revistamedica.com.

Capítulo 34

ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON SÍNDROME NEFRÓTICO PEDIÁTRICO

ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO

FRANCISCA AROCA DESCALZO

JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ

SARA TIRADO CALONGE

MARÍA GALLEGO ALONSO

1 Introducción

El síndrome nefrótico constituye la glomerulopatía más frecuente en la infancia. Se caracteriza por causar una proteinuria masiva (rango nefrótico cuantificado en orina de 24h ≥ 40 mg/m2/h o en orina de micción aislada con un cociente Proteína/Creatinina ≥ 0,2 mg/mg), hipoalbuminemia, edemas, dislipemia y un estado procoagulante y de inmunodeficiencia adquirida. Su etiopatogenia se relaciona con alteración de la inmunidad celular y mecanismos de tipo alérgico, en ocasiones formando parte de complejos sindrómicos con una base genética clara. Las formas idiopáticas son las más frecuentes, con una incidencia de 2-7 casos/100.000 niños menores de 10 años por año y una prevalencia de 15-20 casos/100.000 niños menores de 10 años por año. Presenta mayor incidencia en niños varones de entre 2 y 8 años de edad. Sin tratamiento produce daño renal progresivo, pudiendo ocasionar exitus debido a que provoca un estado de

inmunodeficiencia adquirida y protrombótico por pérdida de inmunoglobulinas y proteínas que regulan la cascada de coagulación.
Históricamente estos niños padecían con frecuencia sepsis y/o peritonitis bacterianas, siendo la más conocida la secundaria a infección por neumococo.
La infección por coronavirus Sars-Cov2 nos ha demostrado que puede provocar patología multisistémica, incluyendo afectación renal de diversas formas (daño renal agudo, síndromes nefrítico/nefrótico, hematuria o microangiopatía trombótica).

2 Objetivos

Estudiar a partir de un caso clínico la patología renal asociada a la infección respiratoria por coronavirus Sars-Cov2 en población pediátrica.

3 Caso clínico

Varón de 2 años y medio que acude a consulta de Nefrología Pediátrica por edemas faciales y oliguria. Carece de antecedentes patológicos, familiares ni personales de interés. En la anamnesis, la madre refiere que el niño había presentado 4 días antes tos, mucosidad y fiebre de hasta 38,2ºC, tratado con paracetamol oral. En las últimas 48 h notan disminución del volumen de diuresis y aparición de edemas faciales, con ganancia ponderal progresiva.
En la exploración física destacaba la presencia de edemas faciales y pretibiales bilaterales con leve ascitis, auscultación cardiopulmonar (ACP) y resto normales. Tensión arterial (TA) dentro de límites normales para edad, talla y sexo.
Se solicitó analítica de sangre con hemoconcentración en el hemograma (Hb 15,2 g/dl), leucopenia (3.200 leucocitos/mm3) y VSG 60 mm, en la bioquímica destacan urea 56 mg/dl, creatinina 0,5 mg/dl [FGe (Schwartz 2009): 94 ml/min/1,73m2], proteínas totales 4,3 g/dl, albúmina 2,2 g/dl, colesterol total 230 mg/dl, TG 356 mg/dl, PCR 45 mg/l, resto normal. En la orina de 24h presentaba proteinuria en rango nefrótico (72 mg/m2/h).
El frotis faríngeo resultó positivo para coronavirus Sars-Cov2 (técnica PCR). Se ingresó para completar estudio y tratamiento, con medidas de aislamiento siguiendo protocolo sanitario específico por pandemia secundaria a coronavirus SarsCov2, con monitorización de constantes vitales y medición de diuresis/balance por turno. Se efectuó estudio serológico para virus hepatotropos, VIH y Test de
Quantiferon negativos. Se comprobó estado vacunal completo para la edad.

Se inició tratamiento corticoideo con prednisona oral según protocolo de tratamiento de síndrome nefrótico infantil de la Asociación Española de Nefrología Pediátrica (AENP), asociando protección gástrica con omeprazol y profilaxis antiosteoporótica con vitamina D y calcio, así como tratamiento diurético con furosemida oral y medidas dietéticas (alimentación hiposódica normoproteica con restricción hídrica según balances y diuresis). El paciente permaneció hospitalizado 12 días, con evolución clínica favorable, sin complicaciones respiratorias en relación con la infección por coronavirus Sars-Cov2 y con buena respuesta al tratamiento. Negativización del neumopatógeno en 21 días.
Fue diagnosticado de síndrome nefrótico secundario a infección respiratoria por coronavirus Sars-Cov2.
Control posterior en consultas externas de Nefrología pediátrica, presentando síndrome nefrótico corticodependiente con recaídas aisladas con buena respuesta al tratamiento. En remisión desde hace 10 meses.

4 Discusión-Conclusión

Desde que se declaró la pandemia por coronavirus Sars-Cov2 en diciembre de 2019 esta infección respiratoria se ha asociado con patología multisistémica, incluyendo afectación renal. Una de las razones por las que este virus es más patógeno que los coronavirus previos es por la ubicuidad de su receptor, el receptor de la enzima angiotensina convertasa 2 (ACE2); su interacción con la proteína S de la cápsula del virus facilita la entrada a las células del epitelio respiratorio por un mecanismo de endocitosis. Su replicación intracelular provoca una importante respuesta inflamatoria con incremento de citoquinas y activación de linfocitos T, monocitos-macrófagos y neutrófilos. Secundariamente, se produce incremento de la permeabilidad vascular y edema, activando la cascada de coagulación y la formación de microtrombos que pueden viajar por la circulación sistémica.
La infección por coronavirus Sars-Cov2 puede provocar disfunción renal de origen multifactorial; relacionada con formación de microtrombos, aumento de liberación de citoquinas o nefrotoxinas y citotoxicidad directa del virus con afectación de células tubulares proximales, epiteliales (podocitos) y endoteliales. En general, este tipo de complicaciones son más frecuentes en adultos que en niños, en los que se suelen ver en relación con enfermedad renal crónica, pacientes inmunodeprimidos o afectos de síndrome nefrótico. Se describe un incremento significativo de daño renal agudo (DRA) en pacientes hospitalizados por infección por Sars-Cov2, describiéndose en algunas series en el 37% de niños

ingresados por esta infección en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), incidencia de DRA similar a la encontrada en niños con sepsis. Se ha identificado la infección por coronavirus Sars-Cov2 como factor de riesgo independiente para desarrollar DRA, con mayor relación que otras patologías subsidiarias de ingreso en UCIP. Ese DRA relacionado con Sars-Cov2 asocia peor pronóstico, con mayor morbi-mortalidad y necesidad de tratamiento con técnicas de depuración extrarrenal complejas por incremento de complicaciones por coagulopatía asociada. Las escasas series de biopsias renales practicadas en adultos con la infección mostraron predominio de glomerulosclerosis focal y segmentaria, en las series pediátricas se ha objetivado relación con cambios mínimos y otros patrones de afectación glomerular.

En el caso que se expone se presenta un niño previamente sano que debuta con un síndrome nefrótico en contexto de infección respiratoria por coronavirus SarsCov2, evolucionando a una forma corticodependiente con recaídas aisladas. El análisis de la evolución clínica de estos pacientes nos dirá si la infección por coronavirus Sars-Cov2 empeora el pronóstico a largo plazo o sirve de trigger para el desarrollo de patología en pacientes con predisposición genética para enfermedades autoinmunes, como se defiende en algunos estudios publicados recientemente.

5 Bibliografía

1. Román Ortiz E. Síndrome nefrótico pediátrico. Protoc diagn ter pediatr. 2022;1:317-37.

2. Fraga Rodríguez GM, Huertes Díaz B. Evaluación básica de la función renal en Pediatría. Protoc diagn ter pediatr. 2022;1:25-41.

3. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, et al. Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19): a review. JAMA. 2020;324:782–793.

4. Bjornstad EC, Krallman KA, Askenazi D, et al. Preliminary assessment of acute kidney injury in critically ill children associated with SARS-CoV-2 infection. Clin J Am Soc Nephrol. 2020;16:446–448.

5. Bjornstad EC, Krallman KA, Askenazi D et al (2020) Preliminary assessment of acute kidney injury in critically ill Children associated with SARS-CoV-2 infection. Clin J Am Soc Nephrol 16:446–448.

6. Neugarten J, Bellin E, Yunes M et al (2020) AKI in hospitalized patients with and without COVID-19: a comparison study. J Am Soc Nephrol 31:2145–2157.

7. Alvarado A, Franceschi G, Resplandor E et al (2021) COVID-19 associated with

onset nephrotic syndrome in a pediatric patient: coincidence or related conditions? Pediatr Nephrol 36:205–207.
8. Novelli L, Motta F, De Santis M et al (2021) The JANUS of chronic inflammatory and autoimmune diseases onset during COVID-19 – a systematic review of the literature. J Autoimmun 117:102592.
9. Bjornstad EC, Seifert ME, Sanderson K, Feig DI. Kidney implications of SARSCoV2 infection in children. Pediatr Nephrol. 2022 Jul;37(7):1453-1467.

Capítulo 35

ENFERMERÍA Y LA POSICIÓN DE PRONO CON LOS PACIENTES EN CUIDADOS INTENSIVOS

ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO

FRANCISCA AROCA DESCALZO

JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ

SARA TIRADO CALONGE

MARÍA GALLEGO ALONSO

1 Introducción

La posición prona es una técnica no invasiva utilizada en las unidades de cuidados intensivos para tratar el SDRA (síndrome de dificultad respiratoria aguda), es decir, la función pulmonar y estructural aguda y grave. secundario al daño inflamatorio de las membranas alveolares y edema pulmonar, que es causado por el aumento de la permeabilidad capilar pulmonar. Esta posición contribuye a aumentar la eficiencia funcional de los pulmones, lo que mejora la redistribución de la perfusión, la evacuación y la movilidad de las secreciones y, como resultado, mejora la ventilación. Esta no es una técnica sencilla, ya que en algunos casos es difícil de realizar (p. ej., en pacientes obesos, con fijadores externos, en mujeres embarazadas). Diversos estudios confirman la mejora de la oxigenación por esta técnica, pero ninguna mortalidad, lo que no ha sido probado hasta la

fecha. Esta es una técnica segura, aunque debe ser registrada durante las maniobras. La atención al paciente juega un papel importante en la prevención de complicaciones.
En la década de 1970, esta técnica se descubrió en un estudio de varios pacientes con insuficiencia respiratoria, en los que se observó que la pronación mejoraba la oxigenación. Actualmente, la terapia postural es un procedimiento cada vez más utilizado en las unidades de cuidados intensivos.

2 Objetivos

Describir la técnica de decúbito prono para poder ofrecer cuidados con la máxima calidad para el paciente y asegurar la seguridad de la asistencia.

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

Este tratamiento está especialmente dirigido a pacientes con el Síndrome de Distréss Respiratorio Agudo (SDRA).
Para la realización de esta técnica se necesita de uno o dos enfermeras, uno o dos auxiliares, dos celadores y un médico que esté presente en la unidad por si surgieran complicaciones. Se necesitará del siguiente material: sábanas, tres almohadas, empapadores, un rodete para la protección de la cara, alargaderas para en buen manejo de las vías y electrodos.
Para realizar el decúbito prono, el paciente debe estar sedoanalgesiado y relajado según prescripción médica. Se debe suspender, si el paciente estuviera con ella, la nutrición enteral, al menos una hora antes. Antes del procedimiento, comprobaremos heridas quirúrgicas, drenajes, catéteres, sondas y lo más importante, la correcta posición y sujeción del tubo endotraqueal comprobando la presión del neumotaponamiento.

Cuando vamos a iniciar la técnica, debemos colocar los brazos del paciente junto al cuerpo con las palmas de la mano hacia arriba. A continuación colocaremos las almohadas a la altura de la escápula, pelvis y tibias. Una vez puestas colocamos la sábana.
El personal necesario para la realización del prono, se coloca a ambos lados de la cama, sujetado ambas sábanas y enrollándolas hasta que queden bien pegadas al paciente. Muy importante, que esté en la cabecera de la cama , un enfermero/médico, que es el que va a controlar y sujetar el tubo endotraqueal para evitar una extubación y va a ser el que va a ir dando los pasos para dirigir la técnica a realizar.
Colocado el personal a ambos lados de la cama, comenzamos desplazando al paciente hacia el lado contrario que queremos girarlo. En el segundo movimiento, colocamos al paciente en decúbito lateral, elevando el lado más próximo al borde de la cama. Tras este movimiento, los que tienen las sábanas sujetas por debajo, pasan a sujetar las de arriba y viceversa, sin soltar la sábana (confirmando que el compañero tiene sujeta para poder cambiar mano y luego viceversa), acompañamos al paciente en el giro. Lo centraremos en la cama y comprobaremos su correcta alineación corporal.
Luego colocaremos los brazos, uno hacia arriba con rotación externa (para evitar lesiones) y el otro para abajo con rotación interna, así como la cabeza. En estos pacientes han de realizarse los cambios de brazos cada 2/3 h (posición de nadador) y de cabeza (siempre con un rodete en forma de U, para así liberar presión de la cara y dejar libre TOT y sonda).
Debemos de hidratar bien zonas de presión con ácidos grasos hiperoxigenados.
El paciente no debe permanecer en decúbito prono no menos de 16 h y hasta 24 h o más (esto ya dependerá de la decisión del médico).

5 Discusión-Conclusión

Una adecuada formación y conocimiento por parte del personal sanitario durante el proceso de la técnica de prono, nos ayuda a que los pacientes afectados por SDRA, mejoren su capacidad pulmonar y con esto conseguiremos evitar una mayor morbimortalidad, así como una larga estancia hospitalaria.
Es muy importante, que todo el personal sanitario de unidades de cuidados críticos, tenga conocimientos básicos de esta técnica, porque así en una situación crítica, nos evitaría muchas complicaciones. Elaborando un protocolo de actuación de la técnica, conseguimos un plan de cuidados para estos pacientes, y así conseguimos una herramienta de trabajo del personal de unidades de críticos con

el fin de aumentar la seguridad en la maniobra y disminuir las complicaciones.

6 Bibliografía

1. Campello-Vicente C, Vidal-Baños A, Del Saz-Caja M.ª I, Tomás-Robles A, Villaescusa-Carrillo M.ª C. La terapia decúbito prono desde la perspectiva de la enfermería en uci: una revisión integrativa. Revista Científica de Enfermería. Mayo;10: 1-16
2. Serrano JA, López N, Cazorla P, López AM, Payán A, Lao FJ. Ventilación en decúbito prono.
3. Bonet Procuras R, Moliné Pallarés A. Protocolo de colocación de paciente con síndrome de Distréss Respiratorio Agudo en decúbito prono. NURE inv.(Revista en internet) 2009 May-Jun.
4. Bengoechea Ibarrondo MB. Posición del prono en el síndrome de distrés respiratorio en adultos: artículo de revisión. Enferm Intensiva 2008;19(2):86

Capítulo 36

PRINCIPALES FUNCIONES DEL DIPLOMADO DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO

JOSE LUIS TOLMOS RIVERA

1 Introducción

El diplomado/a de enfermería se conoce como aquella persona con estudios universitarios que está capacitada para ofrecer una amplia gama de servicios a la atención en la salud de pacientes en centros sanitarios ya bien sean de carácter público o privado. La figura de este profesional siempre irá acompañada de su mano derecha, que será otro profesional sanitario conocido como el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que estará formado para asistir y ayudar en todo lo que necesite el diplomado/a de enfermería en cualquiera de las técnicas o procedimientos que deba llevar a cabo.

Hay que destacar, que la figura del diplomado en enfermería no solo consiste en atender las demandas del estado de salud de los pacientes, prescritas bajo un médico en un centro sanitario, sino que este trabajo va más allá de todo eso. Un profesional sanitario con estudios universitarios como es el diplomado en enfermería conocido con las siglas DUE, deberá contar con habilidades sociales y tener gran capacidad empática ya que en numerosas ocasiones tendrá un gran acercamiento con pacientes en estado grave y con sus familiares, tener esta capacidad en este puesto de trabajo es muy necesario, ya que se está tratando con personas enfermas.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo será que el diplomado de enfermería conozca todas y cada una de las funciones que esta capacitado para desarrollar en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación y búsqueda de diferentes trabajos científicos que estan vinculados con el tema escogido. La información se ha buscado en bases cientificas como Wikipedia, Google y Medline, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: profesional, enfermería, funciones.

4 Resultados

Las funciones del diplomado en enfermería son muy variadas, van desde prestar asistencia al médico hasta la asistencia a los propios pacientes. Al tener un abanico tan amplio de tareas, las resumiremos de forma ordenada a continuación:

-Una vez el paciente ha sido atendido y prescito por el médico, el diplomado en enfermería procederá a la administración de los medicamentos indicados.

- En ocasiones, será necesario aplicar algún tratamiento físico como: estiramientos o masajes en alguna zona corporal para aliviar dolor.
- Serán los encargados de observar la evolución del estado de salud de los pacientes, informando de cualquier cambio al personal facultativo, antes de tomar ninguna decisión.
- Prestar los cuidados que el paciente precise en cada momento.
- Realizar cualquiera de las técnicas o procedimientos indicados por el personal médico como pueden ser: curas de heridas como úlceras por presión, colocar sondas vesicales o nasogástricas, cambios de bolsas de colostomía etc..
- Fomentar el autocuidado del paciente y su cuidador para que cuando reciba el alta sepa realizar las tareas de forma rápida y sencilla.
- Proporcionar al paciente toda la información necesaria para que lleve a cabo unos hábitos de salud diarios que ayuden a mejorar su estado
- Mantener el material sanitario en unas condiciones óptimas para su utilización.
- Reponer carros de medicación y de enfermería dejándolos preparados para un nuevo uso.
- Reponer salas de curas y boxes con el material necesario.

- Procurar que los pacientes y sus familias se encuentren en un ambiente confortable, limpio, ordenado y seguro en las instalaciones sanitarias.
- Preparar adecuadamente a los pacientes realizando la toma de constantes y pruebas necesarias antes de las intervenciones quirúrgicas o exploraciones médicas.
- Administrar la alimentación por vía nasogástrica o PEG a los pacientes que así lo tengan pautado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la figura del diplomado/a de enfermería en los centros sanitarios es muy importante, se puede decir que son un eslabón fundamental en la cadena, debido a la cantidad de técnicas y procedimientos que el personal facultativo delega en ellos. Como hemos dicho, este profesional sanitario no solo atiende las demandas de salud de los pacientes y lleva a cabo las tareas propias a desarrollar en su puesto de trabajo, sino que tiene un papel muy importante a nivel social con los pacientes y las familias de los mismos, creándose un vínculo entre ambos que en muchas ocasiones ayuda a transmitir serenidad y tranquilidad haciendo que estos se sientan cuidados y respaldados.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermer%C3%ADa
2. https://www.euroinnova.edu.es/blog/que-es-due-en-enfermeria#::text=ENFERMERIA%3A%20EN%20EUROINNOVA-,%C2%BFQu%C3%A9%20es%20DUE%20en%20Enfermer%C3%ADa%3F,a%20los%20auxiliares%20de%20enfermer%C3%ADa.
3. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001934.htm

Capítulo 37

PATOLOGIAS Y CARACTERISTICAS DE TRASTORNOS DIGESTIVOS

CARMEN RAMIREZ ROSILLO

ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO

JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN

ALBA GOMEZ DIAZ

MARINA GUILLEM SÁNCHEZ

1 Introducción

Existen diversas patologias digestivas e intestinales en las que nos centraremos en este trabajo en las siguientes.
1.- Malabsorción intestinal /Esteatorrea. Enfermedad bastante frecuente en la que por múltiples motivos las vellosidades intestinales no pueden absorber el contenido alimenticio, especialmente grasas. Dando lugar a desnutrición y grasa en las heces (esteatorrea).
2.- Enfermedad Celiaca/Celiaquía. Típicamente infantil. Enfermedad autoinmune y con algún componente hereditario. Consiste en que al ingerir alimentos con gluten, dicho gluten junto con una alteración autoinmune destruye las microvellosidades intestinales impidiendo la absorción de sustancias (mucha diarrea y adelgazamiento).
3.- Síndrome diarreico. Casi siempre tiene origen toxiinfeccioso (a veces psicógeno). Su problema es la deshidratación y desnutrición, es decir, al haber

tantas deposiciones tan liquidas, el medio interno se queda sin agua, sin Na, sin K, etc. Derivando en un problema metabólico grave.
Forma de tratar la diarrea (especialmente en niños) es reponer el volumen que se ha perdido (vía intravenosa si fuese necesario, suero glucosado/fisiológico/salino/etc.)
4.- Enfermedad inflamatoria intestinal: Colitis Ulcerosa y enfermedad de Crohn. Origen autoinmune, evolución por brotes, en pacientes jóvenes. Con un difícil tratamiento. Las manifestaciones fundamentales son:
× Síndrome constitucional
× Diarrea
× Emisión de secreción purulenta y restos de mucosa por las heces
5.- Tumores intestinales: Poliposis intestinal y cáncer de colon. El intestino delgado apenas está afectado por tumores malignos, sin embargo, el intestino grueso (colon) es muy frecuente. Se afecta especialmente la tercera porción del colon (descendente, sigmoideo o recto), tiene un claro componente hereditario y hay una lesión precancerosa que si se detecta se puede salvar perfectamente al paciente, la poliposis intestinal (asintomática).
6.- Enfermedades infecciosas: Gastroenteritis-Toxiinfecciones alimentarias. Casi siempre son producidas por alimentos contaminados con:
× Bacterias (salmonelas y staphylococos frecuentemente)
× Virus (enterovirus)
× Hongos (cándida)
× Parásitos (tenias, poco frecuentes, y oxiuros/lombrices, más frecuentes en niños)
7.- Enfermedades parasitarias. Colonización del intestino por parásitos de muchos tipos. Los más importantes, que a veces no producen toxiinfección:
× Oxiuros
× Áscaris
× Tenias

2 Objetivos

-Conocer diversas patologias digestivas.
-Identificar causas digestivas inflamatorias y perjudiciales para la salud.
-Conocer las caracteristicas de enfermedades digestivas en el ser humano.

3 Caso clínico

Paciente que acude a su centro de salud por diversas molestias intestinales de varios dias de evolucion, siendo estas:
Vomitos y nauseas continuas en una semana de evolucion.
Fiebre y disminucion de las orinas.
Se realiza analitica completa y se estudia su historial y antecedentes.
Destaca el tratamiento de aspirina, el cual consensuando con el paciente se determina que toma una dosis superior a la establecida por error.
El paciente presenta un sindrome constitucional que se refiere a un periodo corto de tiempo, (días/Semanas) astenia, anorexia y adelgazamiento, ha perdido el apetito adelgazando mucho en poco tiempo. Puede tener muchas patologías, pero casi con seguridad el estómago estará afectado directa o indirectamente.
Este síndrome siempre se presenta con anemia ferropénica (debida a carencia de Fe)
Y ademas y la principal causa es una intoxicacion por aspirina puesto que la hematemesis: aparición de vómitos de contenido hemático (sangre), siempre que haya hematemesis estamos ante una situación de urgencia vital. Comúnmente llamada "vómitos en posos de café". Nunca vamos a saber que parte de la sangre vomitará el paciente y que parte seguirá por el trayecto en el tubo digestivo.
Si la hematemesis es muy severa, estamos frente a HDA (Hemorragia Digestiva Alta) no dará tiempo a que aparezca la melena. La mayor parte de las hematemesis (y melenas) se deben fundamentalmente a tres causas:
En este caso es una ingesta accidental de fármacos gastrotóxicos (Aspirina/Ac. Acetilsalicílico, corticoides [prednisona, prednisolona] sobre todo a grandes dosis y sin protector gástrico, algunos AINEs [ibuprofeno, endometacina] los que han causado estas molestias gastrointestinales y esta patologia por la que el paciente quedara ingresado en el hospital hasta su estabalizacion con tratamiento adecuado para ello, y asi poder tener una pronta recuperacion.

4 Discusión-Conclusión

Habria que estudiar una serie de enfermedades relacionadas con el aparato digestivo para poder determinar la causa y asi poner solución, entre estas patologias podemos encontrar varias como son:
GASTRITIS
Inflamación de la capa mucosa del estómago, especialmente en el antro pilórico. En principio, es una patología muy frecuente y benigna.

Existe una forma de gastritis llamada gastritis atrófica (especialmente problemática) que sólo se puede diagnosticar a través de una gastroscopia. Consiste en que los pliegues de la mucosa prácticamente no existen (pared del estómago enormemente adelgazada), puede considerarse una lesión precancerosa que precede a un adenocarcinoma gástrico.

TRASTORNOS DE LA SECRECIÓN GÁSTRICA

Generalmente son alteraciones funcionales (no obedecen a ninguna lesión) que pueden ser por exceso o hipercloridria, o pueden ser por defecto o hipocloridria. Estos trastornos se traducen en signos y síntomas:

× Sensación de acidez importante que puede llegar al vómito (hiper).
× Vómito ácido y corrosivo (hiper).
× Digestiones lentas (hipo)

ÚLCERA GASTRODUODENAL (UGD/Ulcus)

Puede aparecer indistintamente en cualquier parte del cuerpo del estómago o en el duodeno. Es más frecuente la úlcera duodenal.

Hasta hace 5-10 años se pensaba que la causa era una desproporción entre la secreción ácida corrosiva del estómago y la defensa de la mucosa que recubre el estómago (exceso de acidez o déficit de defensa mucosa).

Hoy se sabe que, curiosamente, es simplemente una enfermedad infecciosa porque en casi todos los pacientes con UGD al hacer un cultivo de tejido de la úlcera aparece "helicobapter pylori".

Se manifiesta con una ulceración generalmente circular y pequeña.

Solamente se puede diagnosticar a través de radiografía con contraste de bario (apenas se usa) o con una gastroscopia.

Complicaciones:

× Perforación: contenido del estomago se vierte en la cavidad peritoneal provocando una urgencia quirúrgica llamada "ABDOMEN AGUDO" necesitando intervención quirúrgica inmediata o en máximo 6-8 horas se provocará una peritonitis (irritación de todo el peritoneo) con absorción de sustancias provocando un shock, derivando en muerte.

Puede darse un neumoperitoneo (aire visible en una radiografía debido a perforación)

× Hemorragia: porcentaje alto de UGD sangran, a veces puede ser tan importante que puede llegar a provocar un shock hipovolémico/hemorrágico necesitando intervención inmediata para subir la tensión arterial.

× Adherencias: aparición de tejido fibroso cicatricial (por superar varias úlceras que se cicatrizan) que puede obstruir el trayecto duodenal, siendo también una urgencia vital llamada "ESTENOSIS PILÓRICA".

Tratamiento: Antiácidos y antibioticos.
CARCINOMA GÁSTRICO
Es poco frecuente, aparece más en mujeres y el pronóstico depende del estadiaje del tumor

5 Bibliografía

-Haubrich WS. Reconocimiento de las alteraciones funcionales. En: Haubrich WS, Kalser MH, Roth JLL, Schaffner F, eds. Gastroenterología.Barcelona. Salvat editores, 4ª ed, 1987.
- Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ et al. Rome II: a multinacional consensus document on functional gastrointestinal disorders. Gut 1999; 45(supl II): II1-II81.

Capítulo 38

LAS EHEALTH Y MHEALTH EN LA PREVENCIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN LOS SERVICIOS QUE ATIENDEN EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE

ANDREA BRAVO CARRILERO

MIRIAM MORENO MANRIQUE

ANA ROBLES CAMPILLO

RAQUEL MUELA RODRIGUEZ

1 Introducción

Una de las principales causas de daños previsibles y evitables en la sanidad mundial son los errores en la administración de medicación (EM), estimándose un coste de 42 millones de dólares en EEUU cada año; esto ha hecho que la OMS plantease en 2017 el reto de reducir el daño grave y prevenible asociado a medicamentos a la mitad en 5 años (1,2).

Encontramos diversidad de ámbitos con gran impacto de dichos EM: pacientes trasplantados, población anciana, unidades de urgencias y de cuidados críticos y

especialmente en pediatría; con una mayor incidencia y gravedad de dichos EM (2); y alcanzándose una incidencia de EM de un 30% de las emergencias extrahospitalarias pediátricas y de un 70% en UCI pediátrica y neonatal (3,4)

Para el abordaje de esta problemática encontramos de especial interés la e-Health (2-6). Dichos conceptos vienen definidos por el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para mejorar la salud de la población, usándose herramientas como el internet, webs, programas informáticos, etc; y más recientemente ha surgido el concepto de m-Health con el que se incluye toda ayuda o herramienta móvil o de un smartphone que nos ayude o facilite una mejor salud de la población (2-6).

Conforme a lo descrito, se contempla el uso de las e-Health y m-Health para el abordaje de la reducción de EM (2-6); pudiendo reducir estos en población anciana (5), e incrementándose su seguridad a un bajo coste. Pilch N et al. observan una reducción de los EM y Reacciones Adversas a la Medicación (RAM) mediante el uso de estas herramientas (6); Lehmann et al. muestran que una calculadora web redujo los EM y eliminó los errores graves en infusiones continuas intravenosas de medicación pediátrica (7). Otros autores añaden el abordaje interdisciplinar para incrementar la reducción de EM (8).

Otros autores comparan diferentes alternativas para este problema, entre las que encontramos la codificación informática, los programas de prescripción farmacológica vía intranet y el uso de diferentes herramientas de e-Health (9), tanto en población pediátrica (9) como en población adulta (10). Además, encontramos trabajos con herramientas de este tipo enfocadas a la atención de paradas cardiorrespiratorias pediátricas (2,11), otros las enfocan a la nutrición parenteral, entendida como fármaco, con una mejora significativa de esta y reducción de errores mediante herramientas de mHealth (12).

Para el abordaje de esta problemática encontramos diferentes etapas en la administración de medicación donde pueden darse los EM. Dichas etapas son: prescripción/pedido; transcripción; dispensación; administración; y seguimiento; dándose casi el 70% de los EM en las dos primeras etapas (2). Para cada etapa se han propuesto diversas herramientas de e-Health con el objetivo de reducir dichos EM.

En las etapas de prescripción y transcripción encontramos herramientas destinadas a la prescripción electrónica mediante sistemas computerizados de ingreso de ordenes de proveedores (CPOE); estos previenen los errores derivados de la mala escritura o su transcripción incorrecta y los pedidos en papel; incluyen soporte de dosificación, alertas de interacciones o alergias (2,13). Prgomet M et al. concluyen que estas herramientas reducen en un 85% la tasa de EM en UCI

pediátrica (14).
En la etapa de dosificación encontramos como herramienta los dispositivos computarizados de almacenamiento de medicamentos; sin embargo, no muestran evidencia de reducir los EM (2).
En la etapa de administración encontramos herramientas como el uso de jeringas precargadas, uso de código de barras para la administración de la dosis o el uso de bombas de infusión inteligentes programables. Estas tecnologías llegan a disminuir hasta un 50% los EM pero también crean otros nuevos tipos de errores derivados del uso incorrecto de dichas tecnologías (2). Encontramos aplicaciones móviles destinadas a la preparación de medicamentos pediátricos con una reducción del 66.5% de los EM y del tiempo de preparación de 40 segundos en medicaciones de emergencia prehospitalaria y hospitalaria (15).
Como podemos observar, los errores de medicación presentan una alta incidencia, teniendo además un alto coste económico para los sistemas de salud, así como en la salud de los pacientes, puesto que hay EM que pueden llegar a presentar una alta gravedad, destacándose en pacientes críticos, pediátricos o trasplantados, entre otros. Para reducir estos EM existen diferentes alternativas entre las que destacan con gran potencial el uso de tecnologías de e-Health y m-Health. Este potencial abarca diferentes aspectos; como la reducción de la incidencia de EM y la disminución de la gravedad de estos, lo que conllevaría una mejora en la seguridad del paciente, así como una disminución del gasto sanitario tanto público como privado; mayor eficiencia o menor coste frente a otras alternativas existentes, y pudiendo ser adoptadas fácilmente por los profesionales.
Como hemos podido ver estos EM tienen un mayor impacto en los pacientes pediátricos, más si estos se encuentran atendidos fuera del hospital y en situaciones críticas, teniendo como culmen los servicios de UCI, urgencias y atención prehospitalaria (2-4,7,9,11,14,15). Este mayor impacto es debido a multitud de factores, descritos algunos por autores como Gonzales K et al. (16) o Rinke M et al. que afirmaba que dichos EM eran muy comunes en servicios y situaciones de emergencia en pediatría, especialmente en personal no acostumbrado a tratar con pacientes pediátricos (17); dichos autores exponían además la necesidad de realizar intervenciones de seguridad en los grupos menos entrenados en la atención pediátrica, como es el caso de el personal de atención extrahospitalaria y urgencias (17).
Por ello veo de interés hacer una revisión de las distintas eHealth y mHealth que existen actualmente relacionadas con la seguridad de la medicación sobre todo en servicios que atienden emergencias pediátricas, englobándose servicios de UCI, urgencias y atención extrahospitalaria; donde el efecto de dichos errores

es mucho mayor; así como ver su eficacia y coste frente a otras alternativas.
Pregunta de investigación: ¿Son las e-Health y m-Health eficaces a la hora de reducir los errores de medicación en las situaciones de emergencia pediátrica a nivel hospitalario y extrahospitalario?
P: Errores de medicación en situaciones de emergencias pediátricas
I: Uso de e-Health y m-Health para reducir dichos EM
C: otras herramientas existentes para reducir dichos EM
O: Reducir incidencia y gravedad de EM y reducción de costes

2 Objetivos

- Realizar una revisión sistemática de las eHealth y mHealth existentes para reducir los EM en las emergencias pediátricas
- Analizar la eficacia reduciendo los EM que tienen las e-Health y m-Health

Objetivos secundarios

- Analizar coste económico y sanitario derivado del uso de e-Health y m-Health.
- Medir y Comparar los EM que ocurran con y sin el uso de estas tecnologías.
- Describir las posibles dificultades que puedan darse en su uso e implantación.

3 Metodología

Se realizará una revisión sistemática con la siguiente metodología. a. Estrategia de búsqueda:
Para la estrategia de búsqueda se consultarán las bases de datos MEDLINE, Scoopus, ProQuest, EMBASE, Web of Science y la revista Cochrane incluyéndose los artículos comprendidos entre enero de 2010 y diciembre de 2022. Los términos de búsqueda que se incluirán serán: “Pediatrics”, “medication error”, “Adverse drug”, “Adverse medication” “emergency”, “Urgent” “m-Health”, “e-Health”, “PICU”. Se usarán los operadores booleanos AND y OR. Como filtros se aplicará el acceso libre a texto completo, idiomas español e inglés.
Se adaptarán dichos términos MeSH a cada base de datos
La sintaxis más global que se usará será: (“m-Health” OR “e-Health”) AND “pediatrics” AND (“medication error” OR “Adverse drug” OR “Adverse medication”) AND (“Emergency” OR “Urgent” OR “PICU”)
Igualmente se adaptará según los resultados que se vayan obteniendo y se harán diferentes búsquedas con las diferentes palabras descritas.
“m-Health” AND “Pediatrics” AND “Emergency” AND “Medication error”
“e-Health” AND “Pediatrics” AND “Emergency” AND “Medication error”

“m-Health” AND “Pediatrics” AND “Urgent” AND “Medication error”
“e-Health” AND “Pediatrics” AND “Urgent” AND “Medication error”
“m-Health” AND “Pediatrics” AND “Emergency” AND “Adverse Medication”
“e-Health” AND “Pediatrics” AND “Emergency” AND “Adverse Medication” b. Criterios de inclusión y exclusión de estudios:
Se incluirán los artículos que sean revisiones sistemáticas, estudios experimentales y cuasiexperimentales y metaanálisis existentes; también se usará como criterio de inclusión la revisión por pares y el texto completo. Se excluirán aquellos estudios que presenten conflicto de interés por la posibilidad de sesgo, así como los artículos que no estén en los idiomas español o inglés. c. Clasificación y filtrado de documentos:
Para la clasificación y filtrado se clasificarán los estudios por el ámbito donde se hayan efectuado en caso de ser intervenciones: Urgencias, UCI, extrahospitalaria. Por otro lado, se clasificaran las revisiones por las diferentes herramientas que planteen en m-Health o e-Health.
Primeramente, se seleccionarán los artículos por su título y resumen. Posteriormente se analizará la metodología y evidencia que aporte cada artículo como método de filtrado. En caso de evidencia baja se usará como criterio de exclusión además de los ya descritos. d. Sistema de lectura crítica:
Se tendrán en cuenta como variables los tipos de intervenciones y estudios desarrollados; analizándose si es una revisión o un estudio de intervención; las diferentes herramientas que propongan los estudios para la reducción de EM; ámbito de uso, incluyéndose los ya descritos de UCI, Urgencias y atención extrahospitalaria; profesional al que va dirigida dicha herramienta (médico, enfermera, farmacéutico…). Por otro lado se analizarán las características del estudio según país, tipo de estudio, tamaño de la muestra e intervención realizada.
Los estudios se analizarán usando un software informático (Review Manager 5) con el que se administraran y agruparan los datos; además se seguirá la metodología descrita en el manual Cochrane para revisiones sistemáticas e intervenciones (18).
Como posibles variables a tener en cuenta estarán la diferencia en la tasa de incidencia de EM que encuentre cada estudio, y las variables que aporte cada uno, como los tiempos de administración, la incidencia en cada etapa de administración de la medicación, el personal que se ve beneficiado de dicha intervención y otras variables que se obtengan en los diferentes estudios y revisiones.
Para evaluar el posible sesgo de los estudios se usarán herramientas como la Herramienta de evaluación de calidad para estudios antes y después sin grupo control (BAQA)

En un principio toda la búsqueda y análisis será realizado por mi persona, pero para dar mayor consistencia y calidad a los resultados sería de especial interés tener otro autor independiente que realice la misma búsqueda y análisis de los resultados.

4 Bibliografía

1 Donaldson LJ, Kelley ET, Dhingra-Kumar N, Kieny MP, Sheikh A. Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. Lancet. 2017;389(10080):1680–1. doi:. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31047-4

2 Ehrler F, Siebert JN. PedAMINES: a disruptive mHealth app to tackle paediatric medication errors. Swiss Med Wkly. 2020 Aug 25;150:w20335. doi: 10.4414/smw.2020.20335. PMID: 32920794.

3 Hoyle JD, Crowe RP, Bentley MA, Beltran G, Fales W. Pediatric prehospital medication dosing errors: a national survey of paramedics. Prehosp Emerg Care. 2017;21(2):185–91. Doi:. http://dx.doi.org/10.1080/10903127.2016.1227001

4Lehmann CU, Kim GR, Gujral R, Veltri MA, Clark JS, Miller MR. Disminución de errores en infusiones intravenosas continuas pediátricas. Pediatr Crit Care Med. 2006;7(3):225– 30. Doi:. http://dx.doi.org/10.1097/01.PCC.0000216415.12120.FF

5 Holden RJ, Campbell NL, Abebe E, Clark DO, Ferguson D, Bodke K, Boustani MA, Callahan CM; Brain Health Patient Safety Laboratory. Usability and feasibility of consumer-facing technology to reduce unsafe medication use by older adults. Res Social Adm Pharm. 2020 Jan;16(1):54-61. doi: 10.1016/j.sapharm.2019.02.011. Epub 2019 Feb 26.

6 David J Taber, Pharm.D., M.S., BCPS, Nicole A Pilch, Pharm.D., M.S.C.R., John W McGillicuddy, M.D., Caitlin Mardis, Pharm.D., BCPS, Frank Treiber, Ph.D., James N Fleming, Pharm.D., BCPS, Using informatics and mobile health to improve medication safety monitoring in kidney transplant recipients, American Journal of Health-System Pharmacy,Volume 76, Issue 15, 1 August 2019, Páginas 1143–1149, https://doi.org/10.1093/ajhp/zxz115

7 Lehmann CU, Kim GR, Gujral R, Veltri MA, Clark JS, Miller MR. Disminución de errores en infusiones intravenosas continuas pediátricas. Pediatr Crit Care Med. 2006 Mayo;7(3):225-30. doi: 10.1097/01.PCC.0000216415.12120.FF

8 Manias E, Kusljic S, Wu A. Intervenciones para reducir los errores de medicación en entornos médicos y quirúrgicos para adultos: una revisión sistemática. Ther Adv Drug Saf. 2020 Nov 12;11:2042098620968309. doi: 10.1177/2042098620968309.

9 Maaskant JM, Vermeulen H, Apampa B, Fernando B, Ghaleb MA, Neubert

A, Thayyil S, Soe A. Interventions for reducing medication errors in children in hospital. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Mar 10;(3):CD006208. doi: 10.1002/14651858.CD006208.pub3.
10 Ciapponi A, Fernandez Nievas SE, Seijo M, Rodríguez MB, Vietto V, García-Perdomo HA, Virgilio S, Fajreldines AV, Tost J, Rose CJ, Garcia-Elorrio E. Reducing medication errors for adults in hospital settings. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Nov 25;11(11):CD009985. doi: 10.1002/14651858.CD009985.pub2.
11 Siebert JN, Ehrler F, Lovis C, Combescure C, Haddad K, Gervaix A, Manzano S. A Mobile Device App to Reduce Medication Errors and Time to Drug Delivery During Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation: Study Protocol of a Multicenter Randomized Controlled Crossover Trial. JMIR Res Protoc. 2017 Aug 22;6(8):e167. doi: 10.2196/resprot.7901.
12 Cervera Peris M, Alonso Rorís VM, Santos Gago JM, Álvarez Sabucedo L, WandenBerghe C, Sanz-Valero J. Management of the General Process of Parenteral Nutrition Using mHealth Technologies: Evaluation and Validation Study. JMIR Mhealth Uhealth. 2018 Apr 3;6(4):e79. doi: 10.2196/mhealth.9896
13 Radley DC, Wasserman MR, Olsho LE, Shoemaker SJ, Spranca MD, Bradshaw B. Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems. J Am Med Inform Assoc. 2013;20(3):470–6. doi:. http://dx.doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001241
14 Prgomet M, Li L, Niazkhani Z, Georgiou A, Westbrook JI. Impact of commercial computerized provider order entry (CPOE) and clinical decision support systems (CDSSs) on medication errors, length of stay, and mortality in intensive care units: a systematic review and meta-analysis. J Am Med Inform Assoc. 2017;24(2):413–22. doi:. http://dx.doi.org/10.1093/jamia/ocw145
15 Siebert JN, Bloudeau L, Combescure C, Haddad K, Hugon F, Suppan L, Rodieux F, Lovis C, Gervaix A, Ehrler F, Manzano S; Pediatric Accurate Medication in Emergency Situations (PedAMINES) Prehospital Group. Effect of a Mobile App on Prehospital Medication Errors During Simulated Pediatric Resuscitation: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2021 Aug 2;4(8):e2123007. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.23007. PMID: 34459905; PMCID: PMC8406083
16 Rinke ML, Moon M, Clark JS, Mudd S, Miller MR. Prescribing errors in a pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care. 2008 Jan;24(1):1-8. doi: 10.1097/pec.0b013e31815f6f6c. PMID: 18165799.
17 Siebert JN, Bloudeau L, Ehrler F, Combescure C, Haddad K, Hugon F, Suppan L, Rodieux F, Lovis C, Gervaix A, Manzano S. A mobile device app to reduce prehospital medication errors and time to drug preparation and delivery by emergency medical services during simulated pediatric cardiopulmonary resus-

citation: study protocol of a multicenter, prospective, randomized controlled trial. Trials. 2019 Nov 20;20(1):634. doi: 10.1186/s13063-019-3726-4. PMID: 31747951; PMCID: PMC6868759.
18 Higgins JP, Altman DG, Sterne JA, editor(s). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JP, Green S, editor(s). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Available from handbook.cochrane.org.
19 : Yepes-Nuñez JJ, Urrútia G, Romero-García M, Alonso-Fernández S. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Esp Cardiol. 2021. https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016

Capítulo 39

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA OTITIS MEDIA SECRETORA

FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ

ROSARIO LEÓN EXPÓSITO

BLANCA JODAR ROMERO

ALVARO MORENO GÓMEZ

LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS

1 Introducción

La otitis media secretora (OMS) es una inflamación del oído medio que provoca la acumulación de líquido en esta cavidad, sin evidencia de infección aguda. Es común en niños, pero también puede afectar a adultos. La causa principal es la disfunción de la trompa de Eustaquio, que conecta el oído medio con la garganta y regula la presión del aire en el oído. La OMS puede ser asintomática o causar molestias como pérdida auditiva temporal, sensación de plenitud o dolor leve en el oído.

Los factores de riesgo incluyen infecciones respiratorias frecuentes, alergias, exposición al humo del tabaco y el uso prolongado de chupetes. El diagnóstico se realiza mediante otoscopia y pruebas auditivas. El tratamiento puede implicar una estrategia de ”espera vigilante” para casos leves que tienden a resolverse por sí mismos, o se pueden recetar medicamentos para reducir la inflamación y mejorar la función de la trompa de Eustaquio.

En algunos casos persistentes, se puede requerir una colocación de tubos de ventilación para drenar el líquido acumulado. La OMS rara vez causa complicaciones graves, pero la pérdida auditiva prolongada puede afectar el desarrollo del lenguaje en los niños. Es fundamental realizar seguimiento médico adecuado para controlar la afección y evitar posibles complicaciones. El uso de medidas preventivas, como la vacunación contra enfermedades respiratorias y la evitación del tabaquismo pasivo, puede ayudar a reducir el riesgo de OMS.

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 juega un papel crucial en la atención y manejo de la otitis media secretora (OMS). Sus funciones abarcan desde la educación y prevención hasta la asistencia en el diagnóstico y tratamiento. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del enfermero en el abordaje de la OMS:
Educación y promoción de la salud: El enfermero puede educar a los pacientes y sus familias sobre la OMS, sus causas, síntomas y factores de riesgo. También puede proporcionar información sobre medidas preventivas, como la importancia de mantener una buena higiene respiratoria y evitar el humo del tabaco.
Evaluación y detección temprana: El enfermero puede llevar a cabo una historia clínica detallada y realizar un examen físico para detectar los signos y síntomas de la OMS. Identificar a los pacientes en riesgo y realizar tamizajes adecuados es esencial para un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.
Colaboración en el diagnóstico: El enfermero puede asistir al médico en la realización de pruebas de audición, como la audiometría, y en la otoscopia para confirmar el diagnóstico de OMS y descartar otras afecciones.

Monitorización y seguimiento: El enfermero puede llevar a cabo el seguimiento de los pacientes con OMS para evaluar la respuesta al tratamiento y la evolución de la afección. Esto puede incluir la medición de la audición y el seguimiento de la efectividad de las intervenciones.
Apoyo en el tratamiento: El enfermero puede administrar medicamentos recetados por el médico, como antiinflamatorios o descongestionantes nasales, y proporcionar cuidados generales para aliviar los síntomas.
Asistencia en procedimientos: En los casos en que se requiera la colocación de tubos de ventilación en los oídos, el enfermero puede colaborar en el procedimiento y brindar cuidados postoperatorios.
Educación sobre cuidados en el hogar: El enfermero puede enseñar a los pacientes y sus familias cómo manejar los cuidados en casa, como la administración de medicamentos, la limpieza del oído y las medidas para prevenir complicaciones.
El enfermero desempeña un papel fundamental en la atención integral de los pacientes con otitis media secretora. Su enfoque en la educación, detección temprana, asistencia en el diagnóstico y tratamiento, así como el seguimiento cercano, contribuye significativamente al bienestar y recuperación de los pacientes afectados por esta afección del oído medio.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación para el tratamiento de la otitis media secretora es seguir las indicaciones del médico especialista. El enfoque de tratamiento puede variar según la gravedad y la causa subyacente de la afección. Es importante administrar cualquier medicación recetada por el médico de manera puntual y siguiendo las dosis adecuadas.
Además, se deben seguir las medidas preventivas, como evitar la exposición al humo del tabaco y mantener una buena higiene respiratoria. Mantener la cabeza elevada durante el sueño también puede ayudar a mejorar el drenaje del líquido acumulado en el oído medio. El seguimiento regular con el médico y el enfermero es esencial para evaluar la respuesta al tratamiento y garantizar una recuperación adecuada.

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 40

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA OTOSCLEROSIS

FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ

BLANCA JODAR ROMERO

ALVARO MORENO GÓMEZ

LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS

ROSARIO LEÓN EXPÓSITO

1 Introducción

La otosclerosis es una enfermedad ósea del oído medio que afecta principalmente al hueso estribo, uno de los tres huesos pequeños que se encuentran en el oído medio. Esta afección se caracteriza por el crecimiento anormal del hueso estribo, lo que lleva a la pérdida de audición gradual.

La otosclerosis suele manifestarse en adultos jóvenes, entre los 15 y 45 años, y es más común en mujeres que en hombres. La causa exacta no se conoce completamente, pero se cree que puede tener un componente genético y estar relacionada con factores hereditarios.

Los síntomas iniciales pueden incluir pérdida auditiva gradual, dificultad para escuchar sonidos de baja frecuencia y la percepción de un zumbido en los oídos (tinnitus). Con el tiempo, la audición puede deteriorarse aún más, afectando la calidad de vida de la persona.

El diagnóstico de otosclerosis se realiza mediante una evaluación auditiva completa y pruebas de audición, como la audiometría y la impedanciometría. La tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM) también pueden ayudar a confirmar el diagnóstico.
El tratamiento puede incluir el uso de audífonos para amplificar el sonido o, en casos más avanzados, una cirugía llamada estapedectomía, en la que se reemplaza el hueso estribo por una prótesis para mejorar la conducción del sonido.
El seguimiento médico regular es esencial para evaluar la progresión de la otosclerosis y ajustar el tratamiento según sea necesario. La pronta detección y el manejo adecuado de esta condición pueden ayudar a preservar la audición y mejorar la calidad de vida del paciente.

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 el cuidado y manejo de pacientes con otosclerosis. Sus funciones abarcan desde la educación y el apoyo emocional hasta la asistencia en el diagnóstico y tratamiento. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del enfermero en el abordaje de la otosclerosis:
Educación al paciente: El enfermero proporciona información detallada sobre la otosclerosis, sus síntomas, progresión y opciones de tratamiento. También puede explicar cómo utilizar audífonos si son necesarios y brindar pautas para el cuidado auditivo adecuado.
Evaluación inicial y seguimiento: El enfermero realiza una evaluación auditiva inicial y realiza pruebas de audición para ayudar en el diagnóstico. Además, re-

aliza seguimientos periódicos para evaluar la progresión de la pérdida auditiva y la eficacia del tratamiento.
Apoyo emocional: La otosclerosis puede afectar la calidad de vida y el bienestar emocional del paciente. El enfermero brinda apoyo emocional y ayuda a abordar las preocupaciones y ansiedades relacionadas con la pérdida auditiva y el tratamiento.
Asistencia en procedimientos: Si se requiere cirugía de estapedectomía para reemplazar el hueso estribo, el enfermero puede colaborar con el equipo médico en el proceso preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio, asegurando la comodidad y seguridad del paciente.
Administración de medicamentos: En algunos casos, se pueden recetar medicamentos para el manejo de síntomas como el tinnitus. El enfermero puede administrar estos medicamentos y explicar su uso adecuado al paciente.
Educación sobre autocuidado: El enfermero enseña al paciente medidas para proteger su audición, como evitar la exposición a ruidos fuertes y proteger los oídos del agua durante el baño o la natación.
Coordinación del cuidado: El enfermero trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud, como audiólogos y otorrinolaringólogos, para brindar una atención integral y continua al paciente.
Seguimiento postoperatorio: Después de una estapedectomía, el enfermero realiza un seguimiento cercano para detectar cualquier complicación y garantizar una recuperación adecuada.
El enfermero desempeña un papel esencial en el cuidado y manejo de pacientes con otosclerosis. Su enfoque en la educación, apoyo emocional, evaluación auditiva, asistencia en procedimientos y coordinación del cuidado contribuye significativamente al bienestar y la calidad de vida de los pacientes afectados por esta condición del oído medio.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación para el tratamiento de la otosclerosis es consultar a un otorrinolaringólogo para una evaluación y diagnóstico precisos. Dependiendo de la gravedad y la progresión de la afección, el especialista puede sugerir opciones de tratamiento como el uso de audífonos para mejorar la audición.
En casos más avanzados, puede ser necesario considerar una cirugía de estapedectomía para reemplazar el hueso estribo y restaurar la audición. Sin embargo, cada paciente es único, por lo que es esencial recibir un enfoque personalizado y adecuado para el tratamiento.

Además, es importante seguir las indicaciones médicas y acudir a seguimientos regulares para evaluar la efectividad del tratamiento y realizar ajustes según sea necesario. Mantener una comunicación abierta con el equipo médico es clave para el manejo exitoso de la otosclerosis.

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 EL PACIENTE CON HIPOACUSIA SEVERA

FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ

ROSARIO LEÓN EXPÓSITO

BLANCA JODAR ROMERO

ALVARO MORENO GÓMEZ

LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS

1 Introducción

La otosclerosis es una enfermedad ósea del oído medio que afecta principalmente al hueso estribo, uno de los tres huesos pequeños que se encuentran en el oído medio. Esta afección se caracteriza por el crecimiento anormal del hueso estribo, lo que lleva a la pérdida de audición gradual.

La otosclerosis suele manifestarse en adultos jóvenes, entre los 15 y 45 años, y es más común en mujeres que en hombres. La causa exacta no se conoce completamente, pero se cree que puede tener un componente genético y estar relacionada con factores hereditarios.

Los síntomas iniciales pueden incluir pérdida auditiva gradual, dificultad para escuchar sonidos de baja frecuencia y la percepción de un zumbido en los oídos (tinnitus). Con el tiempo, la audición puede deteriorarse aún más, afectando la calidad de vida de la persona.

El diagnóstico de otosclerosis se realiza mediante una evaluación auditiva completa y pruebas de audición, como la audiometría y la impedanciometría. La tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM) también pueden ayudar a confirmar el diagnóstico.
El tratamiento puede incluir el uso de audífonos para amplificar el sonido o, en casos más avanzados, una cirugía llamada estapedectomía, en la que se reemplaza el hueso estribo por una prótesis para mejorar la conducción del sonido.
El seguimiento médico regular es esencial para evaluar la progresión de la otosclerosis y ajustar el tratamiento según sea necesario. La pronta detección y el manejo adecuado de esta condición pueden ayudar a preservar la audición y mejorar la calidad de vida del paciente.

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 el cuidado y manejo de pacientes con otosclerosis. Sus funciones abarcan desde la educación y el apoyo emocional hasta la asistencia en el diagnóstico y tratamiento. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del enfermero en el abordaje de la otosclerosis:
Educación al paciente: El enfermero proporciona información detallada sobre la otosclerosis, sus síntomas, progresión y opciones de tratamiento. También puede explicar cómo utilizar audífonos si son necesarios y brindar pautas para el cuidado auditivo adecuado.
Evaluación inicial y seguimiento: El enfermero realiza una evaluación auditiva inicial y realiza pruebas de audición para ayudar en el diagnóstico. Además, re-

aliza seguimientos periódicos para evaluar la progresión de la pérdida auditiva y la eficacia del tratamiento.
Apoyo emocional: La otosclerosis puede afectar la calidad de vida y el bienestar emocional del paciente. El enfermero brinda apoyo emocional y ayuda a abordar las preocupaciones y ansiedades relacionadas con la pérdida auditiva y el tratamiento.
Asistencia en procedimientos: Si se requiere cirugía de estapedectomía para reemplazar el hueso estribo, el enfermero puede colaborar con el equipo médico en el proceso preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio, asegurando la comodidad y seguridad del paciente.
Administración de medicamentos: En algunos casos, se pueden recetar medicamentos para el manejo de síntomas como el tinnitus. El enfermero puede administrar estos medicamentos y explicar su uso adecuado al paciente.
Educación sobre autocuidado: El enfermero enseña al paciente medidas para proteger su audición, como evitar la exposición a ruidos fuertes y proteger los oídos del agua durante el baño o la natación.
Coordinación del cuidado: El enfermero trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud, como audiólogos y otorrinolaringólogos, para brindar una atención integral y continua al paciente.
Seguimiento postoperatorio: Después de una estapedectomía, el enfermero realiza un seguimiento cercano para detectar cualquier complicación y garantizar una recuperación adecuada.
El enfermero desempeña un papel esencial en el cuidado y manejo de pacientes con otosclerosis. Su enfoque en la educación, apoyo emocional, evaluación auditiva, asistencia en procedimientos y coordinación del cuidado contribuye significativamente al bienestar y la calidad de vida de los pacientes afectados por esta condición del oído medio

5 Discusión-Conclusión

La recomendación para el tratamiento de la otosclerosis es consultar a un otorrinolaringólogo para una evaluación y diagnóstico precisos. Dependiendo de la gravedad y la progresión de la afección, el especialista puede sugerir opciones de tratamiento como el uso de audífonos para mejorar la audición.
En casos más avanzados, puede ser necesario considerar una cirugía de estapedectomía para reemplazar el hueso estribo y restaurar la audición. Sin embargo, cada paciente es único, por lo que es esencial recibir un enfoque personalizado y adecuado para el tratamiento.

Además, es importante seguir las indicaciones médicas y acudir a seguimientos regulares para evaluar la efectividad del tratamiento y realizar ajustes según sea necesario. Mantener una comunicación abierta con el equipo médico es clave para el manejo exitoso de la otosclerosis.

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

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON PÉRDIDA AUDITIVA BILATERAL

RAQUEL GARRIDO LOPEZ

CARMEN SILLER ZAMORA

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA

MARÍA MORANTE IZQUIERDO

1 Introducción

La pérdida auditiva bilateral se refiere a la disminución de la audición en ambos oídos. Es un término utilizado para describir la condición en la que ambas orejas presentan una pérdida de la capacidad auditiva, en contraposición a la pérdida auditiva unilateral, que afecta solo a un oído.

Esta pérdida de audición puede ser de diferentes grados, desde leve hasta profunda, y puede afectar a personas de todas las edades. Las causas de la pérdida auditiva bilateral pueden ser variadas e incluyen factores genéticos, lesiones en el oído, exposición prolongada a ruidos fuertes, infecciones crónicas, trastornos del oído interno, entre otros.

La pérdida auditiva bilateral puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas afectadas. Puede dificultar la comunicación, tanto en am-

bientes ruidosos como en situaciones cotidianas, y puede afectar el rendimiento escolar o laboral, así como las relaciones sociales.
El tratamiento para la pérdida auditiva bilateral puede variar según la causa y el grado de la pérdida auditiva. Puede incluir el uso de audífonos, implantes cocleares, terapias de rehabilitación auditiva y atención médica para tratar las condiciones subyacentes.
Es fundamental que las personas con pérdida auditiva bilateral busquen atención médica y audiológica especializada para obtener un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento adecuado. El apoyo de profesionales de la salud y el uso de tecnologías auditivas pueden mejorar significativamente la calidad de vida y facilitar la comunicación en personas con pérdida auditiva bilateral.

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 juega un papel esencial en el cuidado del paciente con pérdida auditiva bilateral, proporcionando un apoyo integral y asegurando una atención de calidad. Algunas de las funciones del enfermero en esta situación incluyen:
Evaluación y registro: El enfermero debe realizar una evaluación completa de la historia clínica y los síntomas del paciente para comprender la causa y el grado de la pérdida auditiva bilateral. Registrar esta información es fundamental para un seguimiento adecuado y para compartir datos con el equipo médico.
Comunicación efectiva: El enfermero debe aprender a comunicarse de manera clara y adecuada con el paciente, utilizando estrategias visuales, escritas y táctiles cuando sea necesario para asegurar una comprensión completa y una comunicación efectiva.

Educación al paciente y familiares: Brindar información detallada sobre la pérdida auditiva bilateral, las opciones de tratamiento, el uso de audífonos o implantes cocleares y las medidas para mejorar la comunicación en el hogar y en entornos sociales.
Apoyo emocional: La pérdida auditiva bilateral puede ser una experiencia emocionalmente difícil para el paciente y su familia. El enfermero debe brindar apoyo emocional, escucha activa y comprensión para ayudar al paciente a sobrellevar la situación.
Monitoreo y cuidado de los dispositivos auditivos: Si el paciente utiliza audífonos o implantes cocleares, el enfermero debe proporcionar instrucciones sobre su cuidado y mantenimiento, así como realizar seguimientos para asegurarse de que funcionen correctamente.
Adaptación del entorno: El enfermero puede ofrecer sugerencias para adaptar el entorno del paciente para facilitar la comunicación, como eliminar ruidos innecesarios o utilizar sistemas de asistencia auditiva en entornos educativos o laborales.
Participación en terapias de rehabilitación auditiva: El enfermero puede colaborar con el equipo de terapia auditiva para apoyar al paciente en su proceso de rehabilitación y adaptación a la pérdida auditiva bilateral.
Coordinación con otros profesionales de la salud: El enfermero trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico, el audiólogo, el especialista en otorrinolaringología y otros profesionales de la salud para asegurar una atención integral y un enfoque multidisciplinario del cuidado del paciente.
El enfermero desempeña un papel fundamental en el cuidado del paciente con pérdida auditiva bilateral, proporcionando evaluación, educación, apoyo emocional y colaborando con el equipo médico para asegurar una atención integral y mejorar la calidad de vida del paciente y su adaptación a esta condición.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para el paciente con pérdida auditiva bilateral es buscar atención médica especializada lo antes posible. Un audiólogo o especialista en otorrinolaringología puede evaluar el grado y la causa de la pérdida auditiva para ofrecer el tratamiento más adecuado. Dependiendo de la situación individual, el uso de audífonos o implantes cocleares puede ser recomendado para mejorar la audición y la calidad de vida. Además, el paciente debe informarse sobre las estrategias de comunicación visual y táctil para facilitar la interacción en su entorno. Participar en terapias de rehabilitación auditiva y buscar el apoyo emo-

cional y educativo son también medidas importantes para adaptarse a la pérdida auditiva bilateral. La detección temprana y la atención oportuna pueden contribuir a mejorar la audición y la comunicación del paciente afectado.

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 43

FUNCIONES DEL ENFERMERO ANTE EL PACIENTE CON LA ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE

RAQUEL GARRIDO LOPEZ

CARMEN SILLER ZAMORA

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA

MARÍA MORANTE IZQUIERDO

1 Introducción

La enfermedad de Ménière es un trastorno del oído interno que provoca episodios recurrentes de vértigo, pérdida auditiva, zumbidos en los oídos (tinnitus) y sensación de plenitud en el oído. Esta enfermedad afecta típicamente a un solo oído, aunque en algunos casos puede afectar ambos.
La causa exacta de la enfermedad de Ménière no se conoce completamente, pero se cree que está relacionada con una acumulación anormal de líquido en el laberinto del oído interno, lo que provoca cambios en la presión y el equilibrio.
Los síntomas de la enfermedad de Ménière pueden variar en intensidad y duración, y los episodios de vértigo pueden ser desencadenados por factores como el estrés, cambios en la dieta, fatiga y exposición a ruidos fuertes.

El diagnóstico de la enfermedad de Ménière se basa en los síntomas del paciente y en una evaluación auditiva y vestibular. No existe una cura definitiva para la enfermedad de Ménière, pero el tratamiento se enfoca en el alivio de los síntomas y la prevención de episodios recurrentes.
Las opciones de tratamiento pueden incluir cambios en la dieta, terapias de rehabilitación vestibular, medicamentos para controlar los síntomas de vértigo y, en casos graves y resistentes a otros tratamientos, cirugía. La educación del paciente sobre la enfermedad y el manejo de los síntomas también es crucial para mejorar la calidad de vida y reducir el impacto de la enfermedad de Ménière en la vida diaria del paciente.

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 esencial en el cuidado y apoyo del paciente con la enfermedad de Ménière, brindando atención integral para mejorar su calidad de vida y manejar los síntomas recurrentes. Algunas funciones del enfermero en esta condición incluyen:
Evaluación y registro: El enfermero debe realizar una evaluación detallada de los síntomas del paciente y su historial médico para comprender la gravedad de la enfermedad de Ménière y su impacto en la vida del paciente. Registrar esta información es crucial para el seguimiento y la planificación del cuidado.
Educación al paciente y familiares: Proporcionar información sobre la enfermedad de Ménière, sus síntomas, factores desencadenantes y opciones de tratamiento disponibles. El enfermero puede enseñar al paciente y a los familiares cómo llevar un registro de los episodios y qué medidas tomar durante un

ataque de vértigo.
Manejo del vértigo: Durante los episodios de vértigo, el enfermero puede ayudar al paciente a adoptar posiciones seguras y brindar apoyo emocional para reducir la ansiedad asociada con estos ataques.
Rehabilitación vestibular: El enfermero puede trabajar en colaboración con el equipo de terapia de rehabilitación vestibular para diseñar un programa de ejercicios que ayuden al paciente a mejorar su equilibrio y reducir la frecuencia e intensidad de los episodios de vértigo.
Seguimiento y monitorización: El enfermero realiza seguimientos regulares para evaluar la progresión de la enfermedad y la eficacia del tratamiento. También monitorea la adherencia del paciente a las recomendaciones médicas y brinda apoyo en caso de efectos secundarios de los medicamentos.
Apoyo emocional: La enfermedad de Ménière puede ser estresante y afectar emocionalmente al paciente. El enfermero ofrece apoyo emocional, escucha activa y consejería para ayudar al paciente a sobrellevar los desafíos asociados con esta condición.
Educación sobre cambios en el estilo de vida: El enfermero puede proporcionar recomendaciones sobre cambios en la dieta, reducción del estrés y prácticas de autocuidado para ayudar al paciente a manejar los desencadenantes y síntomas de la enfermedad.
El enfermero desempeña un papel vital en el cuidado del paciente con la enfermedad de Ménière, proporcionando evaluación, educación, apoyo emocional y colaborando con el equipo médico para asegurar una atención integral y mejorar la calidad de vida del paciente afectado por esta condición.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación para la enfermedad de Ménière es buscar atención médica especializada lo antes posible. Un especialista en otorrinolaringología o un audiólogo puede realizar una evaluación adecuada y determinar el enfoque de tratamiento más apropiado. El paciente debe seguir las indicaciones médicas, incluyendo cambios en la dieta, terapias de rehabilitación vestibular y medicamentos para controlar los síntomas de vértigo. Además, es esencial aprender a manejar el estrés y evitar factores desencadenantes conocidos. El apoyo emocional y la educación sobre la enfermedad son también fundamentales para adaptarse a la condición. La detección temprana y la atención oportuna pueden ayudar a mejorar la calidad de vida y reducir la frecuencia e intensidad de los episodios de la enfermedad de Ménière.

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 44

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON BAROTRAUMA

RAQUEL GARRIDO LOPEZ

CARMEN SILLER ZAMORA

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA

MARÍA MORANTE IZQUIERDO

1 Introducción

agua alrededor del cuerpo. Ocurre principalmente en los oídos, los senos paranasales y los pulmones, y puede resultar de una exposición rápida a altitudes elevadas, cambios de profundidad en el agua o cambios de presión en el entorno.

En los oídos, el barotrauma puede manifestarse como dolor, sensación de plenitud, pérdida auditiva temporal o zumbidos. En los senos paranasales, puede causar congestión, dolor facial y sensación de presión. En los pulmones, el barotrauma puede llevar a una lesión de las estructuras internas y, en casos graves, a un neumotórax (colapso del pulmón).

Las actividades que presentan un riesgo de barotrauma incluyen el buceo, vuelos en avión, submarinismo, buceo libre y el uso de cámaras hiperbáricas.

El tratamiento del barotrauma puede variar según la gravedad y la ubicación de la lesión. En muchos casos, el barotrauma es leve y se resuelve por sí solo. Sin

embargo, en situaciones más graves, puede requerir intervenciones médicas para aliviar la presión acumulada o tratar complicaciones asociadas.
La prevención del barotrauma implica ser consciente de los cambios de presión que puedan ocurrir durante ciertas actividades y tomar medidas para igualar gradualmente la presión, como el descenso o ascenso gradual en el caso del buceo. Si se sospecha de barotrauma o se presentan síntomas, es importante buscar atención médica para un diagnóstico adecuado y un tratamiento oportuno.

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 el cuidado del paciente con barotrauma, brindando atención y apoyo integral durante todo el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación. Algunas de las funciones clave del enfermero en esta situación son:
Evaluación inicial: El enfermero debe realizar una evaluación detallada del paciente para identificar los síntomas y la gravedad del barotrauma. Registrar esta información es esencial para el seguimiento y para compartir datos con el equipo médico.
Monitoreo constante: El enfermero debe monitorear de cerca los signos vitales y el estado del paciente para detectar cualquier cambio o complicación que pueda surgir debido al barotrauma.
Alivio del dolor: Proporcionar medicamentos para el alivio del dolor y utilizar técnicas de cuidados para reducir la incomodidad y el malestar del paciente.
Oxigenación adecuada: En caso de lesión pulmonar grave, el enfermero debe asegurar una adecuada oxigenación del paciente, administrando oxígeno según

las indicaciones médicas.
Educación al paciente y familiares: Brindar información sobre el barotrauma, las actividades que lo pueden desencadenar y las medidas preventivas para evitar futuras lesiones.
Seguimiento y cuidados postoperatorios: En situaciones que requieran intervención médica, el enfermero debe asegurarse de que el paciente reciba el cuidado adecuado y realizar seguimientos para evaluar la recuperación.
Apoyo emocional: El barotrauma puede ser una experiencia estresante y traumática para el paciente y sus familiares. El enfermero ofrece apoyo emocional, escucha activa y consejería para ayudar a sobrellevar la situación.
Prevención: El enfermero educa al paciente sobre la importancia de tomar precauciones y medidas preventivas para evitar futuros episodios de barotrauma, especialmente si participa en actividades de riesgo.
El enfermero desempeña un papel vital en el cuidado del paciente con barotrauma, proporcionando evaluación, monitoreo, alivio del dolor, educación, apoyo emocional y colaborando con el equipo médico para asegurar una atención integral y mejorar la calidad de vida del paciente afectado por esta condición.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación para el enfermo con barotrauma es buscar atención médica de inmediato. Si experimenta síntomas como dolor, presión, pérdida de audición o dificultad respiratoria después de una exposición a cambios de presión, es importante acudir al médico o al servicio de urgencias para un diagnóstico y tratamiento adecuado. Evite participar en actividades de riesgo, como buceo o vuelos en avión, si ha tenido recientemente un barotrauma o está experimentando síntomas relacionados. Siga las indicaciones médicas y tome precauciones para igualar gradualmente la presión, especialmente durante el buceo. La detección temprana y la atención oportuna pueden ayudar a prevenir complicaciones y mejorar la recuperación del enfermo con barotrauma.

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 45

ENFERMERÍA ANTE LA CATETERIZACIÓN DE ARTERIA RADIAL PARA MONITORIZACIÓN CONTINUA DEL PACIENTE

ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO

ALICIA LÓPEZ GÓMEZ

LORENA LÓPEZ MOLINA

MARTINA NARDONI MARRAU

DANIEL CARMONA RUIZ

1 Introducción

La canulación arterial es el segundo procedimiento más común en la unidad de cuidados intensivos. Estos dispositivos son esenciales para el tratamiento de cierto tipo de pacientes: aquellos que están hemodinámicamente inestables, que requieren la administración continua de fármacos vasoactivos y una evaluación periódica de los parámetros de medición de gases.
Las vías arteriales se utilizan cada vez más para monitorizar a los pacientes tanto en la unidad de cuidados intensivos (UCI) como en otras áreas del hospital.
Su uso está justificado en la realización de pruebas diagnósticas, monitorización hemodinámica y obtención de muestras de sangre arterial.

Las áreas más utilizadas para su colocación son la arteria radial, dorsal pedia, femoral y cubital.
• La arteria radial es la de más fácil acceso, se expone fácilmente cuando se realiza la extensión de la muñeca y causa menos complicaciones.
• La arteria dorsal pedia tiene fácil acceso y la perfusión tisular es buena.
• La arteria femoral tiene un mayor riesgo de infección, sangrado, hematomas e isquemia en caso de lesión arterial. La canalización la realiza un médico, el personal de enfermería colabora en la técnica.
• La arteria cubital se utiliza como vía de reserva porque tiene una circulación colateral limitada.
La cánula arterial permite la monitorización directa, precisa y continua de la presión arterial del paciente con un sensor que transforma la presión arterial en ondas visibles en una pantalla.
El personal de enfermería es responsable de la realización de la técnica, así como del mantenimiento, control y eliminación cuando ya no sea necesaria.

2 Objetivos

- Describir el proceso de canalización de una vía arterial de acceso radial
- Indicar los cuidados de enfermería en el mantenimiento y manipulación de las vías arteriales.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en buscadores y bases de datos científicas como Cuiden, Pubmed, Medline y Scielo. Se han revisado guías de cuidados en pacientes portadores de catéter arterial, así como protocolos de canalización de arteria radial.
Las palabras claves usadas fueron: catéter radial, enfermería, cuidados, vía arterial.

4 Resultados

Los profesionales sanitarios deben comprobar la calidad de la circulación sanguínea antes de realizar una punción arterial de la muñeca o de introducir un catéter radial. De esta forma, se intentan predecir el riesgo de isquemia, que puede derivar en una complicación grave, como la muerte del tejido de la mano

(necrosis). Para ello, se utiliza de forma rutinaria la maniobra de Allen o test de Allen.

Esta prueba consiste en: colocar la palma boca arriba, y con la mano cerrada en un puño, presionamos las arterias radial y cubital simultáneamente en ambos lados de la muñeca. Hacemos que el paciente abra la mano y separe los dedos, lo que mostrará que la palma y los dedos palidecen. La presión se libera en la arteria cubital, pero permanece en la arteria radial. Esta técnica simula el efecto de una inyección o colocación de un catéter y evalúa la capacidad de la arteria cubital para hacerse cargo de todo el flujo sanguíneo. Si pasan 10-15 segundos y no ha vuelto el color normal en la palma de la mano, se considera una contraindicación para una punción arterial radial, porque existe un alto riesgo de isquemia por la falta de riego sanguíneo en la mano.

Una vez que comprobamos que existe circulación colateral en la mano, pasamos a preparar el material necesario para la realización de la técnica:

- Antiséptico. Optamos por clorhexidina alcohólica 2%.
- Gorro y mascarilla para todas las personas presentes durante la técnica.
- Paños estériles, bata y guantes estériles. Para realizar la canalización arterial de la manera más aséptica posible.
- Gasas y compresas estériles
- Suero fisiológico 250-500cc con o sin heparina según protocolo.
- Infusor de presión o presurizador.
- Sistema de gotero con transductor de presión
- Cable de presión: para transmitir la información del transductor al monitor.
- Set de canalización de arteria radial
- Seda recta del 0 y bisturí
- Apósito transparente

Paso a paso del procedimiento:

- Colocamos al paciente en decúbito supino con el brazo estirado sobre la cama o en un soporte adaptado. Ponemos un rollo de gasa o venda debajo de la muñeca para mantener la extensión y fijamos con esparadrapo la mano para no perder la posición.
- Palpamos la arteria radial con la punta del dedo índice de la mano no dominante. Tocamos continuamente, liberando la presión y cambiando ligeramente su posición sobre la arteria, buscando la línea media, que es el área donde el pulso es más fuerte.
- Preparar el equipo y el campo estéril:

• Montamos el equipo para la monitorización de la tensión arterial: purgamos un suero fisiológico con el sistema de gotero de arteria, asegurándonos de que sale

todo el aire del tubo, y lo colocamos dentro de una bolsa presurizadora, subimos el manómetro a 300mmHg. Colocamos el transductor a nivel del corazón (lat189 eral a la intersección de la línea axilar media con el cuarto espacio intercostal) y lo conectamos al monitor. Para hacer el cero, abrimos el transductor al aire, ponemos a cero en el monitor y cerramos la entrada de aire del transductor.

• Colocaremos el equipo estéril en una mesa o bandeja cubierta con paño estéril.

• Realizaremos un lavado de manos quirúrgico y nos vestiremos con bata y guantes estériles

• Antes de la inserción, comprobaremos el equipo de canulación.

• Limpiamos la zona expuesta de la muñeca con antiséptico (clorhexidina, povidona, etc.) y dejamos que se seque al menos 1 minuto.

• Colocamos compresas y campos estériles alrededor de la zona de punción.

- Introducimos la aguja en la arteria:

• Palpamos de nuevo la arteria radial en la muñeca, usando la mano no dominante.

Continuamos palpando para guiar la introducción de la aguja en la arteria.

• Con la mano dominante, sostenemos el angiocatéter, con el bisel hacia arriba, entre el pulgar y el índice.

• Lo introducimos directamente en la línea media del pulso radial en un ángulo de 30-45 grados, cruzando la arteria.

• Avanzamos el angiocatéter hasta que veamos que sale sangre de color rojo brillante y pulsátil, que nos indica que la aguja está dentro de la luz arterial.

• Lo mantenemos inmóvil mientras introducimos suavemente la guía. Si no presenta resistencia, retiraremos el angiocateter. Si hubiera resistencia al introducirla, retiraremos todo y presionaremos para que no haya hemorragia ni hematomas y volveremos a empezar con un nuevo catéter arterial.

• Introducimos a través de la guía el catéter arterial, con un movimiento de torsión, asegurando el extremo distal de esta, para evitar que se pierda dentro del torrente sanguíneo del paciente. Según vamos insertando el catéter, vamos retiramos la guía, hasta extraerla por completo.

• Conectamos el sistema de presión al catéter (previamente purgado con suero salino) y nos aseguramos de que aparece onda de presión arterial en la pantalla del monitor.

- Limpiamos y fijamos el catéter:

• Limpiamos los restos de sangre con una gasa impregnada con suero fisiológico y secamos con otra gasa seca.

• Fijamos el catéter con puntos de sutura y tapamos con un apósito transparente.

Respondiendo al segundo objetivo, describiremos los cuidados necesarios para evitar la contaminación de muestras y disminuir el riesgo de infección.

- Mantenimiento:

• Vigilaremos el color y la temperatura de dedos y de la extremidad en la que está insertado el catéter

• Curaremos el punto de punción y cambiaremos el apósito según protocolo o cuando sea necesario. Este será transparente para que el punto de punción sea visible.

• Estaremos atentos a signos de sangrado e infección (enrojecimiento, calor, hinchazón)

• Verificaremos las conexiones del sistema en busca de burbujas de aire y las reemplazaremos cada 72 horas o según el protocolo.

• Comprobaremos en cada turno el nivel del transductor, calibrándolo si fuera necesario.

- Extracción de muestras:

Lo haremos de la manera más aséptica posible, utilizando guantes estériles y desinfectando el conector. Desecharemos la primera muestra y después de la extracción lavaremos bien el sistema evitando dejar rastros de sangre.

- Retirada del catéter:

Explicaremos al paciente lo que vamos a hacer. Realizaremos el lavado de manos higiénico, cerraremos el sistema arterial y retiraremos suavemente el apósito.

Quitaremos los puntos de sutura con guantes estériles y extraeremos rápida y cuidadosamente el catéter manteniéndolo paralelo a la piel. Inmediatamente después, aplicaremos presión con gasas estériles durante al menos 10 minutos o hasta ver que no hay sangrado, después colocaremos un apósito compresivo estéril. Además de verificar el color y la temperatura de la extremidad o los dedos, verificaremos si hay sangrado o hematomas en la zona de punción.

5 Discusión-Conclusión

La canalización de una vía arterial radial es un procedimiento invasivo que requiere de preparación y práctica por parte del personal que lo lleve a cabo.

La realización de la técnica, así como el manejo y los cuidados de estos catéteres, son asumidos por el personal de enfermería, por lo que la formación y capacitación son fundamentales.

Hay polémica sobre el uso o no del test de Allen y tras una revisión bibliográfica concluimos que siempre se debe asegurar una circulación colateral óptima de la mano. La eficacia del test de Allen en sí es cuestionable, existiendo constancia de

que sería mucho más eficaz si lo confirmáramos con técnicas de diagnóstico por imagen, como es el eco-doppler.
Otro punto de controversia a lo largo de los años sería el uso de una solución de lavado con o sin heparina. Varios estudios revisados muestras que los beneficios de usar una u otra son insignificantes, siempre que se mantenga una velocidad de flujo continuo de 2 a 4 ml/h.

6 Bibliografía

1. Peco R. Anatomía relevante para la canalización de la arteria radial y femoral. Anestesia y cuidados intensivos. [internet] .
Disponible en: https://campusvygon.com/canalizacion-arteria-radial-y-femoral/
.
2. Carmona Monge F.J., Martínez Lareo M, Núñez Reiz A. Enfermería intensiva. Canalización arterial radial guiada por ultrasonidos: descripción de la técnica y revisión de la literatura. [internet] Elsevier Vol. 22. Núm. 4. páginas 144-149Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeriaintensiva142-articulo-canalizacion-arterial-radial-guiada-porS1130239910001161.
3. AjitKaur. Cuidados a un paciente portador de una vía arterial. Nursing. Diciembre 2007. Páginas 41,42,43.
4. Inserción y cuidados de la canalización arterial. Revista sanitaria de investigación [internet] Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/insercion-y-cuidados-delacanalizacion-arterial/.
5. Yiju T.L. Cómo hacer una canulación de la arteria radial. [internet] Manual. MSD. Versión para profesionales. Disponible
68 en: https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/cuidadoscriticos/comohacer-procedimientos-vasculares-perifericos/como-hacer-unacanulacion-dela-arteria-ra.

Capítulo 46

ENFERMERIA ANTE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES CRONICAS

LORENA LÓPEZ MOLINA

ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO

MARTINA NARDONI MARRAU

DANIEL CARMONA RUIZ

ALICIA LÓPEZ GÓMEZ

1 Introducción

Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) son afecciones crónicas que afectan el sistema gastrointestinal y que pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas que las padecen. Estas afecciones incluyen la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, las cuales presentan síntomas comunes como dolor abdominal, diarrea y sangrado rectal, pero tienen patrones de inflamación y características diferentes.

Es una enfermedad compleja y multifactorial que se cree que es resultado de la interacción de diversos factores, tales como el ambiente, los genes y el sistema inmunológico. Aunque esta enfermedad puede afectar a cualquier persona, es más común que se diagnostique durante la adolescencia o en la adultez temprana.

El cuidado de enfermería es esencial en el manejo de los síntomas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Los enfermeros desempeñan un papel vital en la educación del paciente y la familia sobre la enfermedad, el manejo de los síntomas y la prevención de complicaciones. Además, el cuidado de enfermería en pacientes con EII implica la evaluación periódica del estado nutricional del paciente y la detección de posibles deficiencias nutricionales.

La gestión de los síntomas de las enfermedades inflamatorias intestinales requieren una aproximación multidisciplinaria, que incluye no solo el uso de medicamentos, sino también cambios en la dieta y en el estilo de vida. En este sentido, los enfermeros trabajan en colaboración con los médicos y otros profesionales de la salud para brindar una atención completa y personalizada a los pacientes con EII.

En resumen, es una enfermedad crónica que requiere atención de enfermería especializada para garantizar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes. Los enfermeros desempeñan un papel crucial en el manejo de los síntomas de la enfermedad, proporcionando educación, apoyo emocional y seguimiento continuo para asegurar una atención integral y de calidad para los pacientes con EII.

2 Objetivos

El objetivo del artículo es revisar la literatura sobre el papel de la enfermería en el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal, incluyendo el manejo de los síntomas y la educación del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de los cuidados enfermeros al paciente con enfermedad inflamatoria intestinal, empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes como páginas web, revistas y bases de datos sanitarias.

4 Resultados

El cuidado de enfermería en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal es fundamental para el manejo efectivo de esta afección crónica del sistema gastrointestinal. El enfoque principal del cuidado de enfermería en pacientes con EII

es proporcionar una atención integral y personalizada que aborde los síntomas y mejore la calidad de vida del paciente.
Para lograr este objetivo, los enfermeros deben realizar una evaluación completa del paciente, incluyendo la identificación de los síntomas y la evaluación del estado nutricional del paciente. También deben brindar educación sobre la enfermedad, la dieta y la medicación, así como apoyo emocional para ayudar a los pacientes a enfrentar los cambios en su vida diaria y manejar el estrés que puede resultar de vivir con una enfermedad crónica.
En particular, el manejo de la nutrición es un aspecto importante del cuidado de enfermería en pacientes con EII. Los pacientes con EII pueden experimentar deficiencias nutricionales debido a la mala absorción de nutrientes o al aumento de las necesidades nutricionales debido a la inflamación. Los enfermeros deben identificar y monitorear estas deficiencias nutricionales y trabajar con los pacientes para desarrollar planes de alimentación adecuados que satisfagan sus necesidades nutricionales individuales.
Además, el cuidado de enfermería en pacientes con EII implica trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, incluidos médicos especialistas en gastroenterología y nutrición, para brindar una atención integral. Los enfermeros pueden servir como enlace entre el paciente y los otros miembros del equipo de atención médica, asegurando que el paciente reciba una atención coordinada y coherente.
En conclusión, el cuidado de enfermería en pacientes con EII es crucial para el manejo efectivo de esta enfermedad crónica del sistema gastrointestinal. Los enfermeros desempeñan un papel clave en la evaluación y monitoreo de los síntomas del paciente, la identificación y el manejo de deficiencias nutricionales y el apoyo emocional del paciente. El cuidado de enfermería en pacientes con EII también implica trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud para brindar una atención integral y coordinada que mejore la calidad de vida del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la EII es una afección crónica del sistema gastrointestinal que requiere un enfoque integral en su manejo. El cuidado de enfermería es un componente vital de este enfoque integral y desempeña un papel crucial en el manejo de los síntomas del paciente, la identificación y el manejo de deficiencias nutricionales y el apoyo emocional del paciente.
Los enfermeros deben trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales

de la salud, como médicos especialistas en gastroenterología y nutrición, para brindar una atención coordinada y coherente al paciente. Esto incluye la identificación y el monitoreo de los síntomas del paciente, el manejo de las deficiencias nutricionales y la educación del paciente y la familia sobre la enfermedad, la dieta y la medicación.

En resumen, el cuidado de enfermería en pacientes con EII es esencial para garantizar el bienestar y la calidad de vida del paciente. Los enfermeros desempeñan un papel vital en la atención integral y personalizada del paciente, trabajando en colaboración con otros profesionales de la salud para brindar una atención coordinada y coherente. Como resultado, los pacientes con EII pueden recibir una atención de alta calidad que aborda sus necesidades individuales y mejora su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Cuidados de enfermería en la enfermedad inflamatoria intestinal por Carmen Rocío Alonso García, publicado en la revista Enfermería Global en el año 2017. Disponible en: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/259801.

2. Atención de enfermería en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal por Celia Rosa Ortega Fernández y María José García Hernández, publicado en la revista Enfermería Clínica en el año 2016. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articuloatencionenfermeria-pacientes-con-enfermedad-S1130862116300839.

Capítulo 47

ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE EL LA CIRUGÍA PARA ABRIR LA PARED TORÁCICA

LORENA LÓPEZ MOLINA

ALICIA LÓPEZ GÓMEZ

MARTINA NARDONI MARRAU

DANIEL CARMONA RUIZ

ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO

1 Introducción

Vamos a hablar de como cuida el equipo de enfermería en el proceso de la toracotomía en los pacientes. La Toracotomía es un procedimiento quirúrgico que se ha utilizado desde hace siglos para acceder a los órganos dentro de la cavidad Torácica.
La Historia se remonta a la antigua Grecia ,en la cual se llevaban a cabo actos quirúrgicos en el Tórax para tratar heridas de guerra y enfermedades pulmonares.
En la Edad Media ,la cirugía torácica se limitaba a la realización de sangrías y cauterizaciones para tratar enfermedades pulmonares.
Fue en el Siglo XIX cuando se comenzaron a realizar procedimientos quirúrgicos más complejos ,como la resección pulmonar y la reparación de malformaciones congénitas.

Durante la Primera Guerra Mundial ,la Toracotomía se empleó para tratar heridas de bala y las lesiones pulmonares por traumatismos de todo tipo.
En la Segunda Guerra Mundial , la Toracotomía se convirtió en un procedimiento estándar para el tratamiento de las heridas torácicas.
En las décadas siguientes se desarrollaron técnicas más avanzadas,como la Toracoscopia y la cirugía robótica que permitieron más precisión en las cirugías.
Hoy en día la C.Torácica trata enfermedades pulmonares como cáncer de pulmón,la tuberculosis y las enfermedades cardíacas congénitas y de reparación cardíaca.

2 Objetivos

Describir el papel del personal de enfermería en el cuidado del paciente sometido a toracotomía en los centros hospitalarios, así como los principales problemas asociados a este tipo de intervención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como COCHRANE LIBRARY Plus - Biblioteca Cochrane Plus en Español;MEDLINE Y PUBMED.
Se han evaluado los cuidados preoperatorios,intrapreoperatorios y postoperatorios ,de sus complicaciones y resultados de las Historias clínicas y registros de los pacientes de Cirugía Cardiaca y Torácica de los últimos 5 años.

4 Resultados

La Toracotomía es un procedimiento quirúrgico que requiere que se tomen medidas de cuidados adecuados para evitar complicaciones y promover la curación. Algunos de los cuidados de enfermería que se deben de tener son:
-Observación de signos vitales,los cuales se monitorearán de manera continua:frecuencia cardiaca,respiratoria,temperatura,presión arterial,saturación de oxígeno, para detectar cualquier tipo de desequilibrio postcirugía.
-Control del dolor,el cual puede ser intenso y prolongado tras cirugía.

Administrar analgesia pautada por facultativo y comprobación de ese control del dolor a través de escalas del dolor protocolizadas por la unidad.

-Cuidado de la herida ,manteniéndose limpia y seca y fijándonos en posible aparición de signos como inflamación local,enrojecimiento o secreción por parte de la herida quirúrgica.

-Prevención de Trombosis venosa profunda (TVP) por inmovilidad del paciente ,por lo que es importante la temprana movilización del enfermo y administración de anticoagulantes bajo prescripción médica.

-Fisioterapia respiratoria para prevenir complicaciones postcirugía .

El paciente debe de ser incentivado a realizar ejercicios respiratorios,contando además con la intervención de los Fisioterapeutas en la enseñanza y seguimiento de técnicas respiratorias para eliminar secreciones.

-Nutrición adecuada para promover la cicatrización y recuperación después de la cirugía.

Si el paciente tiene problemas para comer se estudiará dar diferentes suplementos proteicos con hidratos de carbono y fibra según pauta del facultativo y necesidades del enfermo.

-Apoyo emocional durante el ingreso y tras cirugía, ya que a veces dichos eventos pueden ser abrumadores para los pacientes.

Los problemas asociados a la Toracotomía pueden ser:

-El dolor es el más común tras la cirugía, ya que impide poder expandir los pulmones en la respiración dando sensación de limitación y ahogo.

Lo cual produce una inadecuada eliminación de las secreciones dando lugar a posibilitar que las mismas se infecten y produzcan Neumonías, sobre todo en los pacientes Geriátricos.

Miedo a la movilización por el mismo motivo, que producirá un aumento de las posibilidades de Trombosis venosa profunda.

Por todo esto el control analgésico adecuado del paciente es fundamental para la evolución posterior a la cirugía.

-La infección de la herida quirúrgica,la cual será curada localmente ,diaria y protocolizada todos los días y así mantener una coherencia y eficacia en los cuidados de enfermería de la herida quirúrgica de la Toracotomía.

-Fuga de aire y acumulación del mismo en el espacio entre los pulmones y la pleura provocando un Neumotórax (revisión por turno de los drenajes pleurales y mediastínicos si los tuviera).

-Lesión de órganos durante la realización de la Toracotomía como el corazón,pulmones,diafragma, paquete vascular,etc.

5 Discusión-Conclusión

Resaltamos, a modo de resumen, los principales aspectos que debe tener en cuenta el personal de enfermería que atiende al paciente sometido a toracotomía:
Control del dolor para que pueda realizar actividades de la vida diaria de manera normal y participar en el proceso de rehabilitación.
Prevenir complicaciones siendo proactivos en la valoración diaria de posibles signos y síntomas de infección local,infecciones respiratorias del tipo neumonía,neumotórax y TVP.
Ayudar al paciente a respirar adecuadamente y eliminar secreciones pulmonares a través de ejercicios respiratorios y fisioterapia respiratoria.
Cura de la herida quirúrgica por parte de todos los profesionales (y la familia)de la misma manera y protocolarizada a través de la formación y educación del trabajo en equipo.
Que haya un Feedback entre paciente ,familia y profesionales tanto en la educación para la salud,coordinación de cuidados ,resolución de dudas y problemas para llegar a una completa rehabilitación del paciente con las menos secuelas posibles.
Es importante que el paciente esté informado de los posibles contratiempos de la realización de la Toracotomía y realice la firma del consentimiento informado con toda la información dada de manera que el paciente entienda todo el proceso quirúrgico y su recuperación.

6 Bibliografía

-R. Hernández-Estefanía.
Las virtudes de un pionero.
Cir Cardiov, 15 (2008), pp. 211-216
-D.V. Feliciano, C.G. Bitondo, P.A. Cruse, K.L. Mattox, J.M. Burch, A.C. Beall Jr., et al.
Liberal use of emergency center thoracotomy.
-Autores: R. Jiménez Pérez, Mª Luisa Oliver Chamorro, Reyes Carrión Camacho, María Ángeles Rodríguez Pérez
Localización: Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia, ISSN-e 1697-638X, Vol. 9, Nº. 38, 2012
Am J Surg, 152 (1986), pp. 654-659
Medline

Capítulo 48

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PEDIATRIA Y LOS PACIENTES CON BRONQUIOLITIS

SARA EXPÓSITO CAUTADO

DAVID CUESTA PÉREZ

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

MARIA ELENA MORA MARTINEZ

1 Introducción

La bronquiolitis se define como una infección de las vías respiratorias inferiores causada en su mayoría por el virus respiratorio sincitial (VRS), perteneciente a la familia de los Paramyxoviridae.
Los pacientes que más sufren esta patología son los lactantes durante los primeros dos años de vida y en concreto entre los meses de noviembre y febrero, suponiendo un 18% de los ingresos hospitalarios, mientras que en adultos puede tomarse como un simple catarro de invierno.
Se trata de una enfermedad muy contagiosa transmitida por secreciones respiratorias, con un periodo de incubación de entre 4 y 6 días.
Cursa en un primer momento con síntomas de vías respiratorias altas como rinorrea, estornudos y tos, acompañados o no de fiebre no muy alta; a las 24-48

horas del inicio comienza la verdadera dificultad respiratoria, a la que se suma en algunas ocasiones, en particular en menores de un mes de vida, la apnea, momento en el que los padres acuden a urgencias con su bebé y se procede a su ingreso con el fin de aliviar los síntomas.
En cuanto a la exploración física nos fijaremos en el aumento de trabajo respiratorio del menor, reflejado en taquipnea (más de 60 respiraciones por minuto) y tiraje intercostal, la saturación de oxígeno en aire ambiente en muchos casos estará disminuida (entre 90 y 95%) y notaremos cierta irritabilidad desconsolada del menor; en la entrevista con sus padres es frecuente que nos comenten que han notado disminución o incluso rechazo de la alimentación.
Se valorará a partir de escalas, como la escala SCORE, el ingreso en planta o en UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos).
Como criterios de ingreso en planta destacamos como más importante la apnea, debido a las consecuencias neurológicas que la patología conlleva en caso de que esta perdure en el tiempo; además de deshidratación, inanición, hipoxemia, signos de insuficiencia respiratoria grave ya comentados anteriormente e imposibilidad para ser atendidos de una manera óptima por sus padres en el domicilio.
En cuanto a ingreso en la UCIP, este procedimiento se lleva a cabo en muy pocas ocasiones en niños anteriormente sanos (alrededor de un 2%), el porcentaje aumenta considerablemente si nos referimos a niños con patologías previas o factores de riesgo tales como prematuridad; factores puramente identificativos de ingreso en UCIP son síntomas refractarios a aerosolterapia administrada en planta, frecuencia cardiaca muy baja para su edad, saturación de oxígeno por debajo de 85%, irritabilidad inconsolable por sus progenitores y el consiguiente agotamiento por parte del niño.

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

4 Resultados

Al hablar del tratamiento para la bronquiolitis distinguiremos medidas no farmacológicas (que se aplicarán tanto en el domicilio por sus padres en caso de no ser necesario el ingreso hospitalario como en el hospital) del propio tratamiento basado en administración de fármacos.
Centrándonos en las primeras mencionadas, una de las más importantes y que más aliviará al lactante será el lavado y aspirado de las secreciones nasales, que se hará con suero fisiológico tantas veces como se precise (si se aprecian signos de obstrucción de vías aéreas superiores) y antes de cada toma; en cuanto a la alimentación, si el menor se encuentra en su domicilio y tolera mal las tomas se le ofrecerán cantidades más pequeñas en periodos de tiempo más cortos, en caso de estar ingresado y valorar pérdidas importantes de peso se consensuará la colocación de sonda nasogástrica para alimentación enteral; por último, mantendremos la cuna con elevación de la cabecera aproximadamente unos treinta grados para facilitar la movilización de secreciones y la respiración.
En cuanto al tratamiento farmacológico, se administrarán antitérmicos en caso de presentar fiebre y oxígeno mediante gafas nasales o mascarilla para mantener la saturación de oxígeno por encima de 92% (siempre que se consiga la saturación mencionada y se vea clara mejora en cuanto al patrón respiratorio se desconectará el dispositivo de oxigenoterapia para favorecer la mejora de la autonomía del lactante); no se habla del uso de ningún otro tipo de fármaco tales como antibióticos, broncodilatadores, corticoides… Ya que su eficacia en esta patología no está demostrada con cifras significativas.
En el ingreso en UCIP los cuidados varían, el menor permanecerá monitorizado (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y pulsioximetría), de esta manera el control será mucho más exhaustivo y centrado; se le realizarán pruebas, tales como gasometría arterial y venosa, radiografía de tórax…, que determinen de manera objetiva la mejoría o empeoramiento clínico; se canalizarán varias vías de acceso venoso para administrar líquidos con el fin de evitar la deshidratación; la alimentación se realizará por sonda nasogástrica o vía parenteral; en cuanto al soporte respiratorio se utilizará oxigenoterapia de alto flujo con el fin de evitar la CPAP y la intubación, esta última se utilizará en caso de que se aprecie un aumento del distrés respiratorio acompañado de disminución del nivel de conciencia y apneas consecutivas a pesar de la previa utilización de CPAP o BIPAP.

5 Discusión-Conclusión

La bronquiolitis del lactante es sin duda una de las patologías más frecuentes en dichas edades y una de las que acarrea mayores consecuencias a nivel respiratorio; viene dada por síntomas variables en función de las características del menor (como es normal en edades tan tempranas) y sus antecedentes.
En líneas generales se debería asesorar a los padres, una idea sería en las clases pre-mamá, en cuanto a la prevención y cuidados de esta enfermedad, así como de las técnicas más importantes que se llevan a cabo, tales como el lavado y aspirado nasal y la colocación de la cuna a treinta grados para favorecer la eliminación rápida de moco y la movilización de secreciones de una manera más fácil.
Como remate final, fomentar la entrevista tranquila con los padres o tutores legales del menor, ya que de ahí se obtiene mucha información y es una buena manera de transmitir tranquilidad y normalidad a la patología, de forma que ellos puedan transmitírsela a su hijo a la hora de calmar su irritabilidad, que favorecerá su mejoría, hablando en términos respiratorios.

6 Bibliografía

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

Capítulo 49

ENFERMERIA Y EL PROCESO DEL CORDÓN UMBILICAL DE LOS BEBÉS RECIÉN NACIDOS

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

DAVID CUESTA PÉREZ

SARA EXPÓSITO CAUTADO

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

MARIA ELENA MORA MARTINEZ

1 Introducción

El cordón umbilical es la parte de tejido que une al bebé a su madre a lo largo del embarazo y se encuentra uniendo el ombligo del feto a la placenta de la madre. Dentro de este podemos encontrar entre otras estructuras vasos sanguíneos que tienen como función intercambiar sustancias entre la mamá y el feto.
Mediante el cordón umbilical el feto obtiene el alimento junto con el oxígeno necesario. El cuidado del cordón umbilical se inicia en el mismo momento del nacimiento. Una vez finalizado el parto se pinza el cordón y se realiza el corte del mismo. Desuniendo al feto de la mamá. El tejido desvitalizado, llamado muñón, presenta gran facilidad para que proliferen bacterias, las mismas bacterias de nuestra piel, principalmente S. Aureus bacterias o del canal del parto, llegando a infectarse, a esa infección del cordón umbilical o muñón lo llamamos onfalitis.

La onfalitis puede complicarse poniendo en riesgo la vida del bebé. No obstante, la onfalitis en países con buena atención pediátrica Varía entre 0,1-2%. Este muñón debe de secarse, momificar y caer en un intervalo de 10-15 días. Referente a los cuidados hay gran cantidad de recomendaciones, no llegando a conclusiones con evidencias, por lo que la cura seca, de momento es la opción más recomendada y estandarizada.

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Dar a conocer los cuidados estándar del cordón umbilical.
Objetivos secundarios:
-Promover la educación de la salud a la comunidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

6 Bibliografía

1. Cuidados del cordón umbilical | EnFamilia [Internet]. aeped.es. http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/cuidadoscordon-umbilical.
2. Martín temprano M., Fernández García C. “Mejora en el cuidado del cordón umbilical del recién nacido” en Revista de enfermería C y L. Vol.2 N.2 pag

Capítulo 50

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

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

SARA EXPÓSITO CAUTADO

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

DAVID CUESTA PÉREZ

MARIA ELENA MORA MARTINEZ

1 Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en los buscadores y bases de datos más reconocidas: PubMed/ Elsevier/Scielo/Cuiden/Cochrane Library.
Se han revisado guías y protocolos para el manejo de las técnicas en el tratamiento y control del dolor a través de un acceso subcutáneo.
Así como recomendaciones de Organismos competentes: OMS /Conserjería de Sanidad/AEMPS/SECPAL/
La revisión de artículos se ha efectuado utilizando como palabra clave: Infusores, vía subcutánea, paciente terminal, cuidados paliativos.

4 Resultados

En los pacientes terminales que requieren de cuidados paliativos, por la propia evolución de su estado, existe la necesidad de elegir la vía subcutánea para la administración de los tratamientos, cuando no puedan tomar la medicación por vía oral: (presencia de náuseas, vómitos, disfagia, intolerancia a fármacos por vía oral, mala-absorción).
Es la vía de elección, pues mejora la eficacia de los tratamientos:
- Disminuye la aparición de efectos adversos de los medicamentos.
- Es necesaria cuando se quiere mantener una buena biodisponibilidad en el organismo, a través de la administración controlada, lenta y constante.
- Útil en los casos que cursan con alteraciones neurológicas: inconsciencia, confusión, agonía, en los que el objetivo a seguir sea el confort del paciente.
- Se pueden administrar mezclas con varios fármacos para un efecto sinérgico.
- Es una técnica muy sencilla y bien aceptada por el paciente y familia.
- Alto grado de seguridad.

Nos encontraremos con un efecto algo más lento en su inicio que la vía endovenosa, pero muy parecido al de la vía intramuscular, utilizando dosis sim-

ilares a las que administramos por vía oral, con la excepción de la Morfina y Haloperidol, que será la mitad de dicha dosis.
Se realizará acceso y colocación de vía subcutánea en las : Áreas infraclaviculares, en su 1/2 externa./ Región externa del brazo en Deltoides/ Abdomen, evitando la línea media/ Muslos, aunque es menos usada. Hay que evitar zonas de pliegues cutáneos, mamas y zonas de piel de difícil acceso.
Utilizaremos según el tipo de tratamiento un tipo de Infusor:
De administración continua, para un efecto constante a través de:
- Bombas electrónicas portátiles de infusión continua, donde podemos regular el ritmo de infusión y como desventaja, el poder cometer errores en relación a su programación y manejo.
- De administración continua a través de Infusores Elastoméricos con carcasa plástica que contiene en su interior un reservorio, que contiene la medicación a infundir con forma de globo o balón elástico, que se va progresivamente liberando por la acción de la retracción mecánica del mismo y regulado el ritmo por medio de una válvula, que será constante y no modificable.
-También se puede utilizar el acceso subcutáneo para administración Intermitente varias veces al día, con mucho menor uso, ya que no alcanza niveles plasmáticos tan estables.
Es fundamental que el paciente si es viable y su familia conozcan la técnica y la medicación a administrar.
Canalizaremos un acceso subcutáneo con palomilla de 23 o 25 G, desinfectando la piel previamente con movimientos circulares y conectaremos la palomilla al sistema de infusión elegido, purgando antes el sistema. Luego la fijaremos con una inclinación de 30-45º a la piel con un apósito transparente que permita visualizar es estado de la zona de punción.
También podemos utilizarla como administración en bolo cuando se precise la administración de fármacos de forma puntual o periódica.
Otra forma es infundir ambas a la vez, con una palomilla para el infusor y otra para la medicación en bolo.
Las únicas contraindicaciones para la administración de fármacos por vía subcutánea son:
Edema generalizado, anasarca/ Shock/ Coagulopatías graves.
La técnica para preparar la bomba de Infusión Elástomérica será :se carga en la jeringa de rosca Luerlok la medicación a administrar, completando con suero salino hasta 50 ml completando en el infusor de 24 H y hasta 100 ml en el de 48H y una vez cargada, se rellena el infusor. Esto se puede realizar en el propio domicilio del paciente o en el Centro de Salud. A continuación y tras purgar el

sistema, lo conectaremos a la palomilla y si los fármacos son fotosensibles, lo protegeremos de la luz bajo almohada.
El recambio de inserción y la palomilla se cambiarán cada 5-7 días y el infusor, si no es desechable, se puede recargar 2-3 veces.
Los fármacos más frecuentes que se administren serán: Morfina, Hioscina, Haloperidol, Midazolam, Metroclopamida, Furosemida, Ketorolaco, Dexametasona, etc.
El uso de este tipo de dispositivos resulta fundamental por la sencillez de su manejo en el domicilio. La técnica es también sencilla para sus cuidadores.

5 Discusión-Conclusión

En la práctica clínica en relación a la Atención al paciente terminal, se ha de aplicar el método científico a fin de adaptar los cuidados a la realidad y condiciones del paciente, su familia, entorno y recursos, estableciendo de ese modo un plan de cuidados integral donde se palíen los síntomas más molestos, a través de los infusores subcutáneos en el propio domicilio, siendo la alternativa más eficaz para prevenir y aliviar el sufrimiento.
Resulta eficaz que las intervenciones sean realistas, evitando el encarnizamiento terapéutico en el paciente terminal y el uso de actuaciones innecesarias. Es por eso que se ha llegado a la conclusión de extender en la Atención en los Cuidados Paliativos el uso de la vía subcutánea para la administración de los tratamientos en los que el fin a buscar sea el control de los síntomas que repercutan en el confort y bienestar del paciente, siendo el control del dolor un objetivo prioritario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 51

VOLUNTADES ANTICIPADAS. CARACTERÍSTICAS EN CASTILLA LA MANCHA

CARMEN RAMIREZ ROSILLO

ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO

JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN

ALBA GOMEZ DIAZ

MARINA GUILLEM SÁNCHEZ

1 Introducción

Las voluntades anticipadas se refieren a las decisiones que en vida, una persona mayor de edad y con capacidad para actuar en situaciones determina para cuando en las situaciones que no puede comunicarse en privado sobre sus deseos y destino físico, y expresar instrucciones se debe tener en cuenta para el tratamiento de su cuerpo u organos postmortem.
Sirve para ayudar a tomar las decisiones más adecuadas a nuestros deseos, valores personales o preferencias sobre cuidados o tratamientos e informa de estos a:
- Nuestros familiares (si no lo hemos manifestado antes).
- Profesionales sanitarios (toda declaración inscrita en el Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla- La Mancha queda archivada en un registro informatizado, de forma que cualquier médico que necesite consultarla podrá hacerlo

desde el Centro de Salud o el hospital). En caso necesario, los médicos de otras comunidades autónomas también podrán consultar nuestra declaración a través del Registro Nacional de Instrucciones Previas.
Podra ser representante legal cualquier persona mayor de edad y capacitada, salvo:
1. El notario ante quien se formule la declaración.
2. El personal del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla- La Mancha.
3. Los testigos.
4. El personal sanitario que deba aplicar las voluntades anticipadas.
5. Los gestores o propietarios de instituciones que financien la atención sanitaria del otorgante de la declaración.
El Representante deberá conocer su designación, aceptarla y firmarla.

2 Objetivos

- Conocer las caracteristicas y significado de las voluntades anticipadas, un uso correcto de ellas y los beneficios para la comunidad que se pueden obtener.

3 Metodología

En el presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en Pubmed, Scielo y Medline.
Con las palabras clave: ”voluntades anticipadas” y en uno de ellos se le adjunta ”castilla la mancha” obteniéndose un total de 105 resultados entre los 3 buscadores y desechando aquellos en los que no trataban del tema interesado en concreto o se centraban en otros asuntos que no procedían.
En total se ha cogido un total de 3 documentos dispuestos en la bibliografía.

4 Resultados

Los beneficios obtenidos de que se disponga de unas voluntades anticipadas redactadas, como protocolo y bien definidas nos proporcionarán estas disposiciones acerca del tema tratado:
- Se describen nuestros valores personales, que pueden ayudar en la interpretación del propio documento y servir de guía a los médicos a la hora de tomar decisiones clínicas.

- Se consideran instrucciones sobre la atención y tratamiento médico que se desea o no recibir en circunstancias específicas.
- Se designa un representante para que sirva de intérprete de las instrucciones contenidas en la declaración ante el médico prescriptor o el personal médico.
- Se describe si decidimos donar nuestro cuerpo u órganos. En este caso, el consentimiento de la familia no es necesario para la extracción o uso del cuerpo u órganos donados.

A continuación expondremos los beneficios que se reciben de este protocolo tan redactado y en uso en nuestra sociedad:

- Imponer como deber a los médicos, equipos médicos o cualquier otra persona que necesite cumplir con el documento de voluntades anticipadas de esa persona.
- Prevalecerá sobre las opiniones y declaraciones de los seres queridos, familiares o, en su caso, representantes designados por los autores de la declaración.

Las opiniones solo serán consideradas si la persona no puede expresar su opinión personalmente.

Mientras puedas actuar, su voluntad prevalece sobre lo que se expresa por escrito.

Las declaraciones no registradas también son válidas, pero se recomienda su inscripción en el Registro de Testamentos Anticipados de Castilla-La Mancha para hacer más accesible el contenido de la declaración a los profesionales sanitarios.

Con todo esto se propone que siempre es mejor deliberar sobre la causa y determinar las decisiones que a cada uno mas se le ajusten a sus preferencias en el futuro.

5 Discusión-Conclusión

Nótese que la declaración expresa las intenciones del otorgante de manera voluntaria, pero no se aplica a instrucciones que contravengan el ordenamiento jurídico o la buena práctica clínica, o que sean contrarias a los supuestos fácticos esperados de los beneficiarios cuando se expresa (es decir, cuando una declaración de testamento en vida refleja una situación particular).

La buena práctica clínica es un conjunto de prácticas médicas (protocolos consensuados, guías médicas, etc.) que se reconocen como adecuadas para el tratamiento de los pacientes. Ese es el curso de acción técnico correcto para los expertos en la materia, según las circunstancias o el ”mejor conocimiento científico disponible”.

6 Bibliografía

1. Martínez K. Los documentos de voluntades anticipadas [The living will]. An Sist Sanit Navar. 2007;30 Suppl 3:87-102. Spanish. doi: 10.23938/ASSN.0204. PMID: 18227883.
2. Busquets I Font JM, Hernando Robles P, Font I Canals R, Diestre Ortin G, Quintana S. Los documentos de voluntades anticipadas. La opinión de los representantes [Advance directives. Representatives' opinions]. Rev Calid Asist. 2016 Nov-Dec;31(6):373-379. Spanish. doi: 10.1016/j.cali.2016.02.006. Epub 2016 May 10. PMID: 27174650.
3. Angora Mazuecos, F. (2008, 21 de septiembre). Voluntades Anticipadas vs. Instrucciones Previas o Testamento Vital en Atención Primaria de Salud. medline. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300004&lang=es.

Capítulo 52

OBESIDAD EN ADOLESCENTES

AIDA NAVAS SIERRA

MªJESÚS FERNÁNDEZ CONDE

MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO

CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ

PAULA CUETO CANTERO

1 Introducción

La obesidad ha sido de siempre un aspecto muy negativo de la salud. Independientemente de la agresiva publicidad de las marcas comerciales, donde parece ser que estar delgado es sinónimo de belleza, de mejor envejecimiento, más atractivo social, etc., la obesidad es en si misma un aspecto importante relacionado con una deficiente calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud OMS valora dentro de los parámetros antropométricos saludables, la relación peso/estatura, llamado Índice de Masa Corporal, y determina que este parámetro debe situarse entre 20 y 25. Cuando este IMC es superior a 25 se esta estableciendo un sobrepeso y si pasa de 30, la situación sería de obesidad.

La obesidad per se esta muy relacionada con un desequilibrio entre el ingreso y el consumo o gasto energético de las calorías aportadas al organismo. Si el balance es positivo, es decir si la aportación de calorías al organismo es superior al gasto de las mismas, fisiológicamente se traduce con una acumulación calórica

corporal que finalmente indica un exceso de peso, que tradicionalmente es muy perjudicial para la salud de la persona y en consecuencia su calidad de vida.
Los adolescentes son un grupo de edad en la cual la obesidad es considerada casi como una enfermedad crónica debido a los números que se gestionan en las sociedades avanzadas o del primer mundo. Muchas veces no se trata de una sobre alimentación sino de una mala alimentación en la que los valores nutricionales de los alimentos están muy desorganizados.

2 Objetivos

El objetivo principal de nuestro estudio es identificar la actividad física como un apoyo importante a la dieta alimentaria en el tratamiento contra la obesidad en la edad adolescente.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se han localizados estudios e informes científicos en bases de datos de páginas científicas de internet como Pubmed, Dialnet, Cochrane, para posteriormente realizar una revisión bibliográfica de los mismos.
Las palabras claves utilizadas para esta localización de trabajos han sido: obesidad, adolescencia, actividad física.
Esta búsqueda se realizó entre los meses de mayo 2023 y julio 2023, y el intervalo admitido de publicaciones se limitó al intervalo desde el año 2000 a año 2022.

4 Resultados

Los estudios revisados indican que la adherencia a un estilo de vida, donde la combinación entre dieta rica en grasas y sedentarismo favorece un balance positivo grasos que orienta hacia una progresiva acumulación de grasa corporal, que pasando ciertos niveles se califica en el IMC como obesidad.
Los aspectos familiares tienen una importante influencia en la presencia de la obesidad en los adolescentes, primeramente, en el aspecto genético, donde la obesidad tiene un carácter fuertemente hereditario, pero también desde el aspecto educacional, donde la inculcación de hábitos de vida saludables con un aporte alimentario equilibrado, apoyado y reforzado por unas pautas de ejercicio regular, son los dos pilares fundamentales para el mantenimiento de un peso corporal saludable.

Algunos autores revisados indican que los factores socioeconómicos podrían de forma indirecta influir en la aparición de la obesidad en los adolescentes. Evidentemente una alimentación de calidad con el aporte nutritivo adecuado es un paso adelante hacia una alimentación sana, pero también indican que es mucho más importante en ese sentido una cultura de la alimentación correcta que la misma capacidad de obtención de ciertos alimentos.
Cuando los investigadores se refieren a realizar una dieta, no están indicando una disminución o reducción de la alimentación, sino se refieren a una restricción calórica de la misma, es decir una reducción de la ingesta energética. Pero también indican que solo la pérdida de peso inducido por la dieta no es suficiente para corregir los problemas metabólicos del musculo esquelético relacionado con la obesidad, se debe combinar y apoyar con la práctica de ejercicio físico para lograr la recuperación esquelética.
En referencia al ejercicio físico saludable, los autores consultados indican que este se debe realizar con regularidad, y que para optimizar el efecto del ejercicio físico se debe realizar una combinación entre ejercicios aeróbicos, donde los músculos necesitan la presencia de oxígeno, y los anaeróbicos donde estos músculos no necesitan el consumo de oxígeno. Deben ser ejercicios de intensidad media, pero sobre todo deben ser sostenidos en el tiempo.
Este equilibrio entre dieta alimentaria y ejercicio físico reporta muchos beneficios además del control de la obesidad, también aporta unos beneficios saludables para el organismo como mejorar la sensibilidad de la insulina, mejora el perfil lipídico, mejora la presión sistólica, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los adolescentes son un grupo etario muy afectado por la obesidad. Los deficientes estilos de vida manejados por estos jóvenes son una de las principales causas que los orientan hacia situaciones de deterioro de salud, entre los que se encuentra la obesidad.
Unos correctos patrones alimentarios a nivel de energética calórica, reforzados por unos hábitos saludables, en los cual la práctica de ejercicio de forma habitual, dentro las posibilidades de cada persona serian un correcto inicio de formación para evitar lo que posteriormente aparecerá, como son infinitas patologías relacionadas con la obesidad, del tipo endocrinas, cardiovasculares, musculoesqueléticas, respiratorias, etc.
Por ello, es una inversión en la formación de estos jóvenes y sus formadores, sería muy beneficiosa en pro de una mejor salud y en consecuencia de una buena

calidad de vida.
Por otro lado, esta inversión formativa, además de mejorar el bienestar de las personas, también ayudaría a descender los gastos económicos destinados a resolver las patologías aparecidas como consecuencia de la obesidad.

6 Bibliografía

Alba Martín, R. Prevalencia de la obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria.
Bancalari, R.; Díaz, C.; Marínez-Aguayo, A.; Aglony, M.; Zamorano, J.; Cerda, V.; Fernández, M. Garbin, F.; Cavada, G.; Valenzuela, M. y García H. Prevalencia de hipertensión arterial y su asociación con la obesidad en edad pediátrica. Rev. Med. Chile 2011; 139: 872-879.
Cordova, A.; Villa, G.; Sureda, A. Rodríguez-Marroyo, J. A. y Sánchez-Collado, M. P. actividad física y factores de riesgo cardiovasculares de niños españoles de 11-13 años.
Delmau, J. y Vitoria, I. Prevención de la obesidad infantil: hábitos saludables. An Pediatr Contin 2004;2(4):250-4
Domiínguez- Vázquez, P.; Olivares, S. y Santos, J.L. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil.
Gambetta, J. C.; Haladjian, M.; Castillos, J., Seré, G.; Blanco, C.; Sayaguez, B. y Duhagon, P. Obesidad y factores cardiovascular en la edad pediátrica. Arch Pediatr Uru 2008; 79(1): 7-14.
González Sánchez, R.; Llapur Lilián, R.; Díaz Cuesta, M.; Illa Cos, M.R.; Yee Lopéz, M. y Pérez Bello, D. Estilos de vida, hipertensión y obesidad en adolescentes. Revista cubana de Pediatría. 2015;87(3):273-284.
Guerra Cabrera, C.E.; Vila Díaz, J.; Apolinaire Pennini, J.J.; Cabrea Romero, A.C.; Santana Carballosa, I. y Almaguer Sabina, P.M. Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes. Revista electrónica de la Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur 2009;7(2).
Kaufer-Horwitz, M. y Toussaint, G. Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. Bol. Med. Hosp. Infant Mex.

Capítulo 53

INFLUENCIA DE LA TURNICIDAD NOCTURNA EN LA SALUD DEL PERSONAL DEL HOSPITAL.

AIDA NAVAS SIERRA

MªJESÚS FERNÁNDEZ CONDE

MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO

CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ

PAULA CUETO CANTERO

1 Introducción

El sueño es un fundamental aspecto de la salud que se regula por la alternancia entre la luz del día y la oscuridad de la noche, siendo de este modo uno de los principales biorritmos que se regula de manera circadiana.
El sueño es la fase de la vida en la cual el sistema neurofisiológico del organismo se resetea, se recupera para estar perfectamente disponible y operativo para la siguiente fase activa del día siguiente. Este está modulado por la alternancia de luz/oscuridad que regula la producción de melatonina, hormona generadora de la somnolencia en el organismo. Un descenso de la intensidad lumínica externa favorece la producción de esta hormona cuya función es la inducción al sueño.
El sueño está compuesto por varios periodos (REM, No REM) que se alternan en diferentes fases que van desde un sueño ligero hasta un sueño profundo. El sueño

es una parte fundamental de la vida y de su calidad. Si una situación de indefensión del organismo, como es la fase del sueño, perdura a través de la evolución de las especies, esto indica la importancia del mismo.
No todas las personas necesitan la misma duración de sueño diaria, pero la media habitual está en torno a las 7 horas diarias, aunque el parámetro más fiable es tener un sueño reparador y levantarse sin cansancio mental.
Las organizaciones sanitarias, con la obligación de responder a la atención asistencial durante las 24 horas del día, se ven obligadas a desarrollar unos cronogramas laborales con turnos rotativos, en cual se presenta el turno en horario nocturno.

2 Objetivos

- Identificar las consecuencias a nivel de salud que genera una turnicidad laboral nocturna en los trabajadores de los hospitales.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una búsqueda documental de estudios localizados en bases de datos de páginas científicas especializadas de internet como Cochrane, Pubmed, Medline, para posteriormente hacer una revisión de los mismos y utilizar la información obtenida para la realización de nuestro estudio.
Las palabras claves utilizadas para nuestra búsqueda han sido: turno nocturno, personal hospitalario, consecuencias.
El periodo de búsqueda documental se centró en los meses de junio 2023 y julio 2023, y se limitó el intervalo de publicaciones al periodo comprendido entre los años 2000 y 2022.

4 Resultados

Con referencia a los distintos estudios revisados observamos que la turnicidad nocturna es un importante factor de riesgo para la aparición de trastornos de salud en los trabajadores de los centros hospitalarios.
La primera observación que debemos señalar es, que según la Organización Nacional del Trabajo, la turnicidad en horario nocturno consiste en la jornada mínima de siete horas consecutivas comprendiendo un intervalo de tiempo laboral desde las doce de la noche y las cinco de la mañana.

El principal desajuste de salud, observado en nuestra revisión documental, generado por la turnicidad nocturno hace referencia a un progresivo trastorno del sueño.
Los profesionales con turnicidad nocturna actúan metabólicamente en contra de los biorritmos circadianos propios del organismo, ya que, si la baja intensidad lumínica del día genera somnolencias, estos deben vencer esta somnolencia y estar en plena actitud laboral durante todas las horarias del turno nocturno. Esto produce un desajuste a nivel neuroendocrino que finalmente se traduce a nivel de salud con alteraciones gastrointestinales como acidez, gastritis, úlcera péptica, etc., desgaste físico con la aparición de dolencias musculoesqueléticas, problemas cardiovasculares con la aparición de enfermedades coronarias (taquicardias, arritmias, etc.), etc.
En cuanto a la recuperación neurofisiológica, dormir durante el día, no reporta la misma recuperación del organismo (aunque sean las mismas horas de duración) que en la noche, por lo que los profesionales hospitalarios que laboran durante más años en este turno nocturno acaban tienen un mayor deterior psico-físico, que las personas que trabajan con menos antigüedad.
Las organizaciones sanitarias, en beneficio de una atención de salud de calidad de sus usuarios y pacientes, debería comenzar por cuidar la salud sus profesionales y gestionar unos turnos laborales que van en beneficio de una mejor calidad de vida de sus trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

El sueño es, en cualquier ser humano, una parte importante de la vida en la cual los organismos, lejos de estar en reposos, esta en plena fase de recuperación, tanto física como mental. Este sueño es un biorritmo que está regulado circadianamente por la alternancia de las fases luz/oscuridad del día.
Las organizaciones sanitarias preocupadas por dar una atención asistencial durante las 24 horas de día a sus usuarios, con cronogramas continuos donde hay presencia de turnicidad nocturna, que van en contra de los biorritmos saludables de sus profesionales.
La ejecución crónica de estos turnos en horario nocturno facilita la aparición de trastornos a nivel psicofísico en los profesionales hospitalarios que los ejecutan. Así es muy habitual identificar principalmente alteraciones del sueño, consecuencia de trastornos metabólicos como el desajuste hormonal. A raíz de esta alteración horaria de las horas del sueño van progresivamente apareciendo trastornos digestivos, cardiovasculares, endocrinos, etc., que restan mucha cali-

dad de vida a los trabajadores que siguen esta rotación horaria nocturna.

6 Bibliografía

Sarrais Oteo F, De Castro Manglano P. El insomnio. An sist Sanit Navar. 2007; 30 (supl.1): 121-34.
Lizarte Castillo M, Montero Madej A, Peral Bueno N, Postigo Higueras E. Efectos de la turnicidad sobre la ansiedad y salud psicológica en profesionales sanitarios de centros hospitalarios. ReiDoCrea Rev electrónica Investig y docencia Creat. 2012;(1):21-8.
Tellez-López A, Villegas-Guinea DR, Juárez-García DM, Segura Herrera LG, Fuentes Avilés L. Trastornos y calidad de sueño en trabajadores industriales de turno rotatorio y turno fijo diurno. Univ Psycol. 2015;14(2):695-706.
Hurst M. Qui dort la nuit de nos jours? Les habitud de sommeil des canadiens, Stat Canada, 2008;42-8.
Vanttola P, Härmä M, Viitasalo K, Hublin C, Virkkala J, Sallinen M et al. Sleep and alertness in shift work desorden: funding of a field study. Int Arch Occup Environ Health. 2019;92(4): 523-33.
Kerkhof GA. Shift work and sleep disorder comorbidity tend to go hand in hand. Chonobiol Int 2018 feb 1;35(2):219-28.
Kim BH, Lee HE. The association beteween working hours and sleep disturbance according to occupation and gender. Chronobiol Int. 2015; 32(8):1109-14.
Leyva Vela B, Llorente Canterano JF, Henarejos Alarcón S, Marínez Rodríguez A. Psychosocial andphysiological risks of shift work in nurses: a cross sectional study. Cent Eur J Public Health. 2018;26(3):183-9-
Wagstaff AS, Sigstad Lie JA, shift and night work and long working hours- a systematic review of safety implications. Scand J Work Environ Health. 2011;(3):173-85.

Capítulo 54

EL TRABAJO Y LOS CUIDADOS DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN LOS EXANTEMAS EN LA INFANCIA

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

JOANA LENDRINO LENDRINO

YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI

CRISTIAN LENDRINO LENDRINO

LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE

1 Introducción

La enfermería pediátrica juega un papel fundamental en el manejo y cuidado de los exantemas en la infancia. Los exantemas son erupciones cutáneas que pueden ser causadas por diversas enfermedades infecciosas o no infecciosas. La enfermería pediátrica desempeña un papel crucial en el cuidado y manejo de los exantemas en la infancia, ya que estas erupciones cutáneas son comunes y pueden ser causadas por diversas enfermedades infecciosas y no infecciosas. Los exantemas pueden generar preocupación y ansiedad tanto en los niños como en sus padres, y requieren una atención especializada y compasiva por parte de los profesionales de enfermería.

La enfermería pediátrica también se enfoca en brindar apoyo emocional tanto al niño como a sus padres, reconociendo las preocupaciones y el estrés que pueden

surgir debido al desarrollo de un exantema. La compasión y el cuidado que la enfermera proporciona son fundamentales para tranquilizar y guiar a las familias durante este proceso. La enfermera desempeña un papel crucial en el control de los síntomas, administrando medicamentos y aplicando medidas de alivio para reducir el malestar y el picor asociado con algunos exantemas. Los exantemas pueden ser síntomas de enfermedades virales como el sarampión, la rubéola, la varicela y otras afecciones que afectan a los niños en su etapa de desarrollo.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:
Objetivos principales:
1. Conocer y evaluar las principales actuaciones que se ejercen desde la enfermería en los exantemas en la infancia.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con el campo de la enfermería y los exantemas infantiles.

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 de 2023 y agosto de 2023.
Estrategia de búsqueda:
La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("childhood rashes" OR rashes) AND (nursing OR nurse OR infirmary OR "pediatric nurse").

4 Resultados

En la infancia, es común que los niños desarrollen exantemas debido a enfermedades virales como el sarampión, la rubéola, la varicela y la quinta enfermedad, entre otras. El trabajo de la enfermería pediátrica en los exantemas abarca diversas áreas de atención y cuidado, incluyendo:
• Identificación y diagnóstico: La enfermera pediátrica es responsable de identificar las características del exantema y determinar su posible causa mediante la

evaluación clínica del paciente. Esto incluye la revisión del historial médico del niño y la realización de un examen físico minucioso.
• Educación a los padres: La enfermera brinda información a los padres sobre la enfermedad que causa el exantema, los cuidados en el hogar, el manejo del malestar del niño y los signos de alarma que requieren atención médica inmediata.
• Control de síntomas: La enfermera pediátrica puede administrar medicamentos para aliviar el malestar y el picor asociado con algunos exantemas. También proporciona medidas de alivio, como baños de avena o compresas frías, para reducir el picor y la irritación en la piel.
• Medidas de aislamiento: En el caso de exantemas contagiosos, como la varicela, la enfermera asegura que el niño esté en aislamiento adecuado para prevenir la propagación de la infección a otros pacientes.
• Seguimiento y evaluación: La enfermera monitorea la evolución del exantema y la respuesta del niño al tratamiento, asegurándose de que se esté recuperando adecuadamente.
• Prevención: La enfermera puede educar a los padres sobre la importancia de la inmunización y otras medidas preventivas para reducir el riesgo de enfermedades infecciosas que pueden causar exantemas en la infancia.
• Apoyo emocional: El desarrollo de un exantema puede ser preocupante para los padres y estresante para el niño. La enfermera ofrece apoyo emocional tanto al niño como a sus padres, brindándoles tranquilidad y respondiendo a sus preguntas y preocupaciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo de la enfermería pediátrica en los exantemas en la infancia es esencial para proporcionar una atención integral y compasiva a los niños que enfrentan estas erupciones cutáneas. La enfermera despliega una amplia gama de habilidades, desde la evaluación clínica hasta la educación y el apoyo emocional, para garantizar el bienestar y la pronta recuperación del niño afectado. En resumen, la introducción del trabajo y los cuidados de la enfermería pediátrica en los exantemas en la infancia destaca la importancia de su rol en el cuidado de los niños que enfrentan estas erupciones cutáneas. A lo largo de este análisis, exploraremos a fondo cómo la enfermera pediátrica brinda una atención integral y compasiva, asegurando el bienestar y la pronta recuperación de los niños afectados por los exantemas.

6 Bibliografía

1. Ulloa Gutiérrez R, Ivankovich Escoto G, Yamazaki Nakashimada M. Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19 en niños y adolescentes: un llamado al diagnóstico. Rev Chil Infectol. 2020;37(3):199–201.
2. Plaza S, Álvarez J, Sáenz AM, Rosas M. Enfermedad de Kawasaki en paciente pediátrico en el contexto de la pandemia por COVID-19. Dermatología Venez. 2020;58(1):45–9.
3. Lázaro A, Albelo N, López R. Síndrome inflamatorio multisistémico en niños asociado a COVID-19 Multisystem inflammatory syndrome related to COVID-19 in children. Rev Cubana Pediatr. 2020;92(7):1–16.
4. Pouletty M, Borocco C, Ouldali N, Caseris M, Basmaci R, Lachaume N, et al. Paediatric multisystem inflammatory syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 mimicking Kawasaki disease (Kawa-COVID-19): A multicentre cohort. Ann Rheum Dis. 2020;79(8):999–1006.
5. Aquino R, Villanueva L. Síndrome de Kawasaki en población pediátrica durante la pandemia por la COVID-19 : realidad o mito. Rev Cubana Pediatr. 2020;92(1):1–4.
6. Xu S, Mingwu Ch, Weng J. COVID-19 and Kawasaki disease in children. Pharmacol Res. 2020;159.
7. Loomba R, Villarreal E, Flores S. COVID-19 and Hyperinflammatory Syndrome in Children: Kawasaki Disease with Macrophage Activation Syndrome in Disguise Cureus. 2020;12(8):4–10.

Capítulo 55

EVALUACIÓN DE LA DOSIFICACIÓN FARMACOLÓGICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PARTE DE LA ENFERMERA

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE

CRISTIAN LENDRINO LENDRINO

YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI

JOANA LENDRINO LENDRINO

1 Introducción

La correcta evaluación de la dosificación farmacológica a pacientes hospitalizados es un aspecto fundamental en la labor de la enfermera, ya que la administración adecuada de medicamentos es crucial para asegurar la eficacia del tratamiento y la seguridad del paciente. Los medicamentos son herramientas poderosas en el cuidado de la salud, pero su uso inadecuado puede tener consecuencias graves.

En esta introducción, exploraremos la importancia de la evaluación de la dosificación farmacológica realizada por la enfermera en el entorno hospitalario. La enfermera desempeña un papel esencial en el proceso de administración de medica-

mentos, asegurándose de que los fármacos recetados sean los adecuados para cada paciente y estén dosificados de manera precisa.
La revisión cuidadosa de las órdenes médicas, la realización de cálculos precisos, la consideración del historial médico del paciente y la verificación de la administración son algunas de las acciones que la enfermera lleva a cabo para garantizar una dosificación correcta.
La evaluación de la respuesta del paciente y la comunicación efectiva con el equipo médico también son aspectos fundamentales para lograr una dosificación óptima y evitar posibles errores.
Asimismo, la educación al paciente y a sus familiares sobre los medicamentos administrados y sus posibles efectos secundarios es un componente clave en el proceso de evaluación, ya que promueve la adherencia al tratamiento y la seguridad del paciente.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:
Objetivos principales:
1. Conocer y evaluar las principales actuaciones que se ejercen desde los enfermeros en la administración de medicamentos a los pacientes ingresados.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con el campo de la enfermería en la administración de medicamentos.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas:
Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre abril de 2023 y agosto de 2023.
Estrategia de búsqueda:
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“medicine administration” OR medicines) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

La evaluación de la dosificación farmacológica a pacientes hospitalizados es una responsabilidad esencial de la enfermera, ya que juega un papel crítico en garantizar la seguridad y eficacia de la administración de medicamentos. La dosificación adecuada de los medicamentos es crucial para lograr los resultados terapéuticos deseados y evitar posibles efectos adversos o complicaciones.
La enfermera lleva a cabo diversas acciones para evaluar la dosificación farmacológica de los pacientes hospitalizados:
• Revisión de prescripciones médicas: La enfermera revisa detalladamente las órdenes médicas para asegurarse de que los medicamentos recetados sean apropiados y estén correctamente dosificados según la condición y necesidades del paciente.
• Cálculos precisos: La enfermera realiza cálculos precisos para determinar la dosis correcta de los medicamentos, especialmente en casos de medicamentos que requieren ajuste según el peso corporal del paciente.
• Evaluación del historial médico: La enfermera analiza el historial médico del paciente, incluyendo antecedentes de alergias o reacciones adversas a medicamentos previos, para evitar administrar medicamentos contraindicados.
• Verificación de la administración: La enfermera verifica que los medicamentos a administrar coincidan con las órdenes médicas y se cumpla la dosis y frecuencia indicada.
• Evaluación de la respuesta del paciente: Después de administrar el medicamento, la enfermera monitorea cuidadosamente la respuesta del paciente y evalúa si se logra el efecto terapéutico esperado.
• Comunicación con el equipo médico: Si se detecta alguna discrepancia o preocupación sobre la dosificación de los medicamentos, la enfermera se comunica con el equipo médico para obtener aclaraciones y evitar errores potenciales.
• Educación al paciente y familiares: La enfermera proporciona educación al paciente y a sus familiares sobre los medicamentos administrados, su dosificación y posibles efectos secundarios, para fomentar el cumplimiento y la seguridad del tratamiento.
• Registro adecuado: La enfermera documenta de manera precisa y completa la administración de medicamentos en el registro médico del paciente, asegurándose de que quede un registro claro y actualizado de todas las dosis administradas.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir tras el análisis de los estudios analizados en nuestra revisión que, en conclusión, la evaluación de la dosificación farmacológica a pacientes hospitalizados por parte de la enfermera es un proceso crítico que requiere atención minuciosa y enfoque en la seguridad del paciente. La enfermera desempeña un papel clave en la administración segura y efectiva de medicamentos, contribuyendo a mejorar los resultados terapéuticos y la calidad de atención en el entorno hospitalario. La evaluación de la dosificación farmacológica realizada por la enfermera es una pieza fundamental en la atención hospitalaria, ya que contribuye directamente a la calidad y seguridad del cuidado brindado a los pacientes. A lo largo de este análisis, exploraremos en detalle la relevancia de esta labor y su impacto positivo en los resultados terapéuticos y en la experiencia general del paciente en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. Larochelle JM, Ghaly M, Creel AM. Clinical pharmacy faculty interventions in a Pediatric Intensive Care Unit: an eight-monthreview. J PediatrPharmacolTher. 2012; 3:263-9.
2. Rocha FSR, Lima CA, Torres MR.,Gonçalves RPF. Tipos e causas de erros no processo de medicação na prática assistencial da equipe de enfermagem. Revista unimontes científica. 2015; 17(1).
3. Teixeira TC, Cassiani SH. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. Acta Paul Enferm. 2014; 27(2):100-7.
4. Jacobsen TF, Mussi MM, Silveira MPT. Análise de erros de prescrição em um hospital da região sul do Brasil. Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde. 2015;6(3):23- 6.
5. Hardmeier A, Tsourounis C, Moore M, Abbott WE, Guglielmo BJ. Pediatric medication administration errors and workflow following implementation of a bar code medication administration system. J Healthc Qual. 2014 Jul-Aug; 36(4):54- 61; quiz 61-3.
6. Guerrero-Márquez G, Martínez-Serrano A, Míguez-Navarro C, López-Mirón JA, Espartosa-Larrayad M. Conocimiento de las enfermeras de las dosis de medicamentos en urgencias de pediatría. Enferm Clin. 2016;26(4):213-9. 35.
7. Daupin J, Atkinson S, Bédard P, Pelchat V, Lebel D, Bussières JP. Medication errors room: a simulation to assess the medical, nursing and pharmacy staffs ability to identify errors

Capítulo 56

LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y EL DELICADO PROCESO DE LA INTERVENCIÓN DEL TRASPLANTE SEGÚN LA ENFERMERA DE QUIRÓFANO

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI

JOANA LENDRINO LENDRINO

LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE

CRISTIAN LENDRINO LENDRINO

1 Introducción

Los trasplantes de órganos son procedimientos médicos complejos y delicados que ofrecen una segunda oportunidad de vida a muchas personas que padecen enfermedades terminales o crónicas. El éxito de un trasplante depende en gran medida del trabajo cuidadoso y coordinado del equipo de salud, y la enfermera de quirófano juega un papel esencial durante todo el proceso de intervención.
En esta ocasión, nos enfocaremos en el papel de la enfermera de quirófano en el delicado proceso del trasplante de órganos. La enfermera de quirófano tiene

la responsabilidad de preparar y asegurar que el quirófano esté completamente listo para el procedimiento. Esto incluye la verificación de todo el equipo, los instrumentos y el equipamiento necesario para garantizar un ambiente estéril y seguro.
Durante el trasplante, la enfermera asiste al cirujano y coordina la entrega adecuada del órgano donado. La enfermera también monitoriza de manera continua y precisa las constantes vitales del paciente receptor para detectar cualquier signo de complicaciones y actuar de forma rápida y efectiva en caso necesario. La enfermera de quirófano es responsable de administrar medicamentos intravenosos según las indicaciones médicas, garantizando una dosificación adecuada y evitando cualquier reacción adversa. Asimismo, la enfermera trabaja en estrecha colaboración con el equipo de trasplantes, manteniendo una comunicación efectiva y asegurándose de que todos los involucrados estén debidamente informados y actualizados sobre el progreso del procedimiento.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:
Objetivos principales:
1. Conocer y evaluar las principales actuaciones que se ejercen desde la enfermería en el proceso de los trasplantes de órganos.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con el campo de la enfermería y los trasplantes.

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 y revistas especializadas. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y agosto de 2023.
Estrategia de búsqueda:
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“organ transplants” OR transplants) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

Encontramos tras el análisis de los estudios analizados en nuestra revisión que además de sus habilidades técnicas, la enfermera de quirófano desempeña un papel vital en el apoyo emocional del paciente y sus familiares durante todo el proceso del trasplante. La delicadeza y la compasión son aspectos fundamentales para ayudar a los pacientes a enfrentar esta experiencia, llena de esperanza y ansiedad. Una vez finalizada la intervención, la enfermera continúa supervisando al paciente en la unidad de cuidados intensivos, brindando cuidados postoperatorios y asegurando una recuperación adecuada.

Durante el trasplante, la enfermera debe estar atenta a cualquier cambio en la condición del paciente, así como a la respuesta del órgano donado una vez que ha sido implantado en el receptor. Su experiencia y capacidad para reconocer signos de complicaciones son cruciales para tomar decisiones rápidas y precisas durante el procedimiento.

Después de la cirugía, la enfermera de quirófano continúa proporcionando cuidados intensivos al paciente en la unidad de recuperación, monitoreando su estado y asegurándose de que se sigan todas las indicaciones postoperatorias para evitar complicaciones y rechazo del órgano trasplantado.

La enfermera también juega un papel importante en la educación del paciente y sus familiares sobre los cuidados necesarios después del trasplante. Esto incluye la toma de medicamentos inmunosupresores, el manejo de síntomas y la promoción de un estilo de vida saludable para mantener la salud del órgano trasplantado a largo plazo.

Además, la enfermera de quirófano trabaja en equipo con otros profesionales de la salud, como el cirujano, el anestesiólogo y los especialistas en trasplantes, para asegurarse de que la atención al paciente sea integral y coordinada.

En el caso de trasplantes de órganos de donante vivo, la enfermera también brinda apoyo y educación tanto al donante como al receptor durante todo el proceso, asegurándose de que ambos estén preparados para la intervención y la recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir tras el análisis de los estudios analizados en nuestra revisión que, en conclusión, el proceso de intervención del trasplante de órganos es un logro médico significativo que requiere de una planificación y ejecución minuciosas. La enfermera de quirófano desempeña un papel esencial en cada etapa del pro-

cedimiento, asegurando la seguridad y bienestar del paciente receptor y contribuyendo al éxito de este delicado proceso médico. Su dedicación, experiencia y enfoque compasivo son vitales para brindar la mejor atención posible en estos casos tan especiales y significativos. Asimismo, la enfermera trabaja en estrecha colaboración con el equipo de trasplantes, manteniendo una comunicación efectiva y asegurándose de que todos los involucrados estén debidamente informados y actualizados sobre el progreso del procedimiento.

6 Bibliografía

1. Abad Moral M del C, López Martín I. El acompañamiento como cuidado esencial en el proceso de morir. ce [Internet]. 6nov.2018;1(02):78-7. Available from: https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/32
2. Lopera Betancur Martha Adíela. ACOMPAÑAR EN LA MUERTE ES UN PILAR DEL CUIDADO, UNA DOLOROSA OBLIGACIÓN Y UN DILEMA. Cienc. enferm. [Internet]. 2018.; 22(1): 65-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000100006&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100006.
3. Carrillo Algarra AJ, Mesa Melgarejo L, Moreno Rubio F. El cuidado en un programa de trasplante renal: un acompañamiento de vida. Aquichan [Internet]. 2018;15(2):266–77. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n2/v15n2a10.pdf
4. Antunes AV, Mota Sousa LM, Justo C, Ferrer J, Pedro Severino SS, Almeida Santos MJ, Frade F. Evaluación de la calidad de vida percibida de un paciente de trasplante de riñón. Enferm Nefrol [Internet]. 26 de junio de 2018;21(2):138-44. Disponible en: https://www.enfermerianefrologica.com/revista/article/view/3516
5. Herrera TC, Garcés MM, Salazar JO, Leiva PR. Evidencia del rol de enfermería sobre la donación de órganos en los últimos 5 años. Revista Confluencia [Internet]. 2021;4(2):106–11. Disponible en: https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/676
6. Rico Fuentes, M. (2019). Intervención enfermera en el cumplimiento terapéutico de los trasplantes (Bachelor's thesis). Universidad Autónoma de Madrid.

Capítulo 57

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE LAS INTOXICACIONES

ADELA JIMENEZ TENDERO

ESMERALDA TEBAR MARTINEZ

MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER

MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ

LAURA BALLESTEROS VILLEGAS

1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares en Enfermería deben estar capacitados para identificar los cuadros clínicos de las intoxicaciones de distintos tóxicos, así como conocer los protocolos establecidos a seguir.

Vamos a definir tóxico como cualquier sustancia química, natural o artificial, que produce un efecto dañino sobre los seres vivos al entrar en contacto con ellos. La intoxicación viene cuando un ser vivo se encuentra bajo los efectos perjudiciales de un tóxico.

La gravedad de la intoxicación depende de la toxicidad del producto, de la vía de

entrada, la dosis ingerida, y de la víctima en cuanto a edad, estado nutricional, sexo…

Los efectos adversos pueden ser locales o generales; los locales son inmediatos y limitados a la parte del cuerpo que ha estado en contacto con las sustancias tóxica, como erupciones, picor, quemaduras… Los efectos generales son más difusos y además aparecen en lugares alejados del órgano de entrada, ya que los síntomas aparecen una vez que se ha ingerido el tóxico.

Podemos sufrir intoxicación por vía oral o digestiva, respiratoria, cutánea… A lo largo del desarrollo del capítulo vamos a ver estas intoxicaciones, los síntomas, protocolos y las medidas generales que tomaremos como primeros auxilios en pacientes intoxicados.

2 Objetivos

Plasmar de forma general los tipos de intoxicación más comunes, los síntomas, y los tratamientos que se llevan a cabo en cada una de las circunstancias.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos tenido en cuenta nuestra amplia experiencia laboral, tanto en residencias de la tercera edad, en residencias de cuidados especiales o en el hospital general Universitario de Albacete.

También hemos realizado una revisión bibliográfica, consultado algunas publicaciones, a través del buscador Google Académico.

4 Resultados

Vamos a ver las vías de intoxicación más comunes, depende de la entrada del tóxico en el cuerpo puede influir la cantidad que haya penetrado en el organismo en un tiempo determinado, a veces nos encontramos con lesiones locales que nos van a indicar la entrada. Podemos distinguir entre la vía oral o digestiva por ingestión, la vía respiratoria por inhalación, la vía cutánea por contacto o inoculación.

-. VÍA ORAL O DIGESTIVA:

En la forma más frecuente de intoxicación, puede ocurrir tanto en el ámbito doméstico como en el entorno laboral.
* En el ámbito doméstico, nos encontramos los cosméticos, productos de limpieza o medicamentos como los productos principales y más frecuentes en las intoxicaciones.
Debemos leer las instrucciones del fabricante para evitar usos inadecuados, como es en el caso de las mezclas peligrosas en productos de limpieza como la lejía y el amoniaco. En cuanto a los medicamentos debemos dejarlos en lugares seguros y en sus envases originales. Además, debemos seguir las indicaciones de la prescripción médica.
Todo esto debe estar fuera del alcance de los niños, en sitios altos o cerrados con algún tipo de seguridad.

En el ámbito laboral las intoxicaciones pueden venir por insecticidas, órgano fosforados, hidrocarburos, alcoholes y metales pesados como el arsénico.
Los síntomas suelen ser náuseas, sudores, arritmias, hipertensión y coma.

El protocolo de los primeros auxilios en este tipo de intoxicaciones se basa en valorar el estado de consciencia de la víctima y mantener la vía aérea permeable. Si la víctima estuviera consciente le podríamos preguntar que es lo que ha ingerido, la cantidad y el tiempo que ha transcurrido.
Si la intoxicación ha sido por una sustancia con propiedades caucásicas nos pondremos guantes para no contaminarnos y le retiraremos los restos que tenga la boca a la víctima, no le daremos nada de comer ni de beber ni le provocaremos el vómito si no está indicado por el médico.

-. VÍA RESPIRATORIA:
En el caso de la intoxicación por inhalación la sustancias en forma de vapor, gas o polvo pueden llegar a los pulmones, por la boca o la nariz, y desde los propios pulmones extensos al resto del cuerpo.

La intoxicación por inhalación supone un 5% de los casos, además la mezcla más frecuente es lejía con amoniaco.
La intoxicación por inhalación supone un 5% de los casos, además la mezcla más frecuente es lejía con amoniaco.
Cuando la intoxicación se produce por inhalación de monóxido de carbono, que es un gas reconocido como asfixiante, es bastante peligrosa porque es un gas incoloro e inodoro, por lo tanto la persona que lo está inhalando no lo percibe, los síntomas más comunes son mareos, náuseas y cefaleas. La única forma de sobrevivir es respirando oxígeno puro.

-. INTOXICACIÓN POR VÍA CUTÁNEA:
Este tipo de intoxicaciones se dan más en los entornos laborales, se dan por la absorción o contacto con sustancias como plaguicidas, insecticidas, fungicidas, herbicidas…
En este caso, el tóxico puede llegar por absorción, contacto o por inoculación.

Los ácidos y las bases son una sustancias más peligrosas, ya que pueden ser cáusticas o corrosivas y ocasionan quemaduras muy dolorosas.
Si vamos a tratar un herido cáustico, debemos usar guantes para retirar la ropa contaminada, retiraremos también cualquier objeto que haya podido estar en contacto con el tóxico, como relojes, anillos… Lavaremos con abundante agua por lo menos durante 15 minutos, con poca presión, y trataremos la herida como si fuera una quemadura.

COMO MEDIDAS GENERALES:

En estos casos antes de auxiliar a la víctima debemos estar seguros y protegernos nosotros mismos para evitar riesgos. Debemos comprobar la permeabilidad de las vías respiratorias, la respiración y el pulso. Si fuera necesario iniciaremos una RCP, si respira, colocaremos a la víctima en posición lateral de seguridad.
Debemos evitar que siga absorbiendo el tóxico, con lavados abundantes durante 20 minutos con agua o suero fisiológico en los ojos. Si el contacto es cutáneo retiraremos la ropa y lavaremos con agua y jabón la piel. Si la intoxicación ha sido por inhalación, retiraremos a la víctima de la fuente y aplicaremos oxígeno puro.
En las intoxicaciones por ingestión oral descontaminaremos el tubo digestivo con carbón activado, o haremos un lavado gastrointestinal.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto las intoxicaciones se pueden dar por diversas vías, la más común es por la vía oral o digestiva, ya que podemos comer alimentos contaminados, beber productos tóxicos que estén mal etiquetados por confusión, si hemos estado manipulando algún tipo de producto tóxico y luego hemos tocado un alimento sin lavarnos las manos… Son acciones muy comunes que nos pueden llevar a la intoxicación digestiva.

En el caso de la respiración por inhalación, la más peligrosa es cuando inhalamos gas, ya que la víctima no es consciente ni percibe que se esté intoxicando.

Las intoxicaciones por vía cutánea son más comunes en el mundo entorno laboral en el que tengan productos químicos, las sustancias más peligrosas son los ácidos y las bases.

Al aplicar los primeros auxilios a cualquier víctima, en primer lugar debemos valorar la situación, para no correr riesgos nosotros mismos.
Después ayudaremos al herido con una actuación u otra dependiendo de la intoxicación que esté sufriendo.

Seguiremos siempre las indicaciones pautadas por los médicos.

6 Bibliografía

Enlaces consultados: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272003000200007&script=sci_arttext&tlng=pt
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-52562010000100009&script=sci_arttext
https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v26s1/ocho.pdf
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 58

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

SUSANA AVILA UBEDA

BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

CRISTINA GARCIA REYES

1 Introducción

Una convulsión tónico-clónica generalizada se induce con los fines terapéuticos durante la terapia electroconvulsiva, que se realiza en el campo de la psiquiatría. Como resultado, se necesita el equipo de alta calidad para este tratamiento.
Como es multidisciplinario, se debe incluir al psiquiatra, al anestesiólogo y a la enfermera realizado bajo la sedación y con la breve relajación muscular. Aunque actualmente se le usa para episodios maníacos, psicosis aguda y episodios depresivos mayores bipolares o unipolares, la esquizofrenia es la principal indicación para ello. Además, se puede tener en cuenta para las afecciones como la epilepsia resistente al tratamiento, la enfermedad de Parkinson y el síndrome neuroléptico maligno.

La alternativa de estas patologías es esta. No existen contraindicaciones absolutas, pero sí las encontramos algunas con: patologías cardiovasculares y cerebrales, riesgo de hemorragia, aneurismas, procesos degenerativos óseos severos, alteraciones endocrinas y riesgo anestésico. Esta terapia te ayuda a poder reducir el riesgo de fracturas óseas provocadas por la intensa actividad motora de la que se produce durante las convulsiones. Los riesgos y efectos secundarios de la terapia electroconvulsiva dependen de los problemas de la salud previos a la del paciente, depende de la edad, la susceptibilidad individual, y la cantidad de tratamientos, etc.

2 Objetivos

Describir lo que implica la terapia electroconvulsiva y lo que hace un técnico en cuidados auxiliares de enfermería en estos casos.

3 Metodología

La investigación que condujo al desarrollo del presente trabajo incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Las tres principales bases de datos, Pubmed, Medline y Scielo, se han utilizado para seleccionar artículos y realizar una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

El personal psiquiátrico determina el número y la frecuencia de las sesiones del paciente. Por lo general, se llevan a cabo dos o tres veces por semana cuando se trata de una situación aguda. Las sesiones de Terapia Electroconvulsiva también pueden ser de las siguientes dos variedades:

- El objetivo de la continuación es prevenir las recaídas y garantizar un mejor resultado del tratamiento agudo.
- El mantenimiento: En esta fase, la terapia se continúa a intervalos regulares o irregulares, posiblemente por el resto de la vida.

Los riesgos y efectos secundarios de la terapia electroconvulsiva dependen de la edad del paciente, susceptibilidad personal, condiciones médicas previas y otros factores de resultados potenciales.

También pueden ocurrir los siguientes efectos secundarios de esta terapia: mialgia, apnea prolongada provocada por el uso de relajantes musculares, náuseas,

vómitos, confusión, inquietud, deterioro cognitivo y dolor de cabeza. Se aconseja el uso de técnicas que intensifiquen las crisis convulsivas, como por ejemplo:
-Disminuir la dosis de fármacos anestésicos y anticonvulsivantes.
Si necesita detener los efectos de las benzodiazepinas, use flumazenil.
-Usar anestésicos menos potentes o hiperventilación previa para reducir los efectos secundarios.
Los deberes principales del auxiliar de enfermeria incluyen lo siguiente:
• Dar la bienvenida al paciente y brindar atención ambulatoria.
• Verificar la seguridad del dispositivo y completar exámenes preoperatorios y formularios de consentimiento.
• Procurar que el período de ayuno sea de entre 6 y 8 horas.
• Suspender la medicación contraindicada y administrar la prescrita.
• Verificar si hubo higiene bucal y ducha preoperatoria.
• Preparar al paciente entregándole una bata quirúrgica y los electrodos que necesita para su electrocardiograma y electromiograma. También se deben quitar las joyas, las prótesis y el maquillaje.
• Seguimiento y registro de signos vitales previos.
• Registro y control de peso semanal.
• Sugerir micción previa y vaciado rectal.

5 Discusión-Conclusión

Desde el siglo XX, la terapia electroconvulsiva se ha utilizado en el campo de la psiquiatría para tratar afecciones que involucran convulsiones tónico-clónicas. Actualmente se dispone de relajación muscular y anestesia general a mayor nivel de seguridad y bienestar a este método. El auxiliar de enfermería juega un papel crucial en la capacidad del equipo de salud para brindar al paciente un cuidado de calidad, ya que es el encargado de planificar, desarrollar y supervisar la terapia. Debes tener una formación adecuada para poder cuidar a estos pacientes, además de realizar cursos de formación y seguir el protocolo de cada centro sanitario.

6 Bibliografía

-www.google.com

Capítulo 59

ERITEMA DEL PAÑAL ANALIZADO POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

CRISTINA GARCIA REYES

SUSANA AVILA UBEDA

BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA

1 Introducción

El eritema o dermatitis de pañal, es una irritación común de la piel en el que aparecen áreas redondeadas de piel inflamada en la zona de los glúteos y zonas limítrofes al área genital. En ocasiones puede relacionarse con la ampliación del tiempo de exposición de la piel del bebé con el pañal húmedo, depende también del nivel de sensibilidad que el bebé posea en la piel.
El eritema de pañal o dermatitis se cura de manera simple con tratamientos fáciles de encontrar o de aplicar. Los principales síntomas que nos pueden inducir a pensar en un eritema son:
- Inflamación cutánea en zona de glúteos, muslos o zona genital.
- Picazón en dicha zona y sensibilidad cutánea.
- Irritación en la zona del pañal.

- Llanto, irritabilidad del bebé durante el cambio del pañal.

Pueden producirse casos en los que será esencial visitar al médico, los principales casos son:

- Cuando nos encontramos con un eritema, el cual produce episodios de fiebre.
- Cuando nos encontramos con una erupción que no es habitual.
- Cuando la erupción empeora o persiste en el tiempo después de haber aplicado el tratamiento oportuno.
- Cuando el eritema sangra, exuda o pica.
- Cuando el eritema produce quemazón e incluso dolor en el momento en el que el bebé orina o defeca.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo:

El principal objetivo de este trabajo es el de indicar las principales causas y métodos de prevención del eritema del pañal del recién nacido por un TCAE.

Como objetivo secundario:

Mostrar los cuidados a la madre para el cuidado de la piel del neonato.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica. Para ello se ha realizado búsquedas de información en diferentes páginas de ámbito científico en ciertas páginas como Scielo, Mediagraphic, Medline o isciiis.

Para la localización de dichas páginas se han utilizado buscadores como Pubmed, Cochrane o Google académico. También se han realizado búsquedas en libros de ámbito médico- científico relacionados con el tema.

Palabras claves: eritema, pañal, neonato, TCAE entre otras.

4 Resultados

Las principales causas que podemos encontrar por las que se producen los eritemas de pañal en el bebé pueden ser:

1. Excesiva expansión en el tiempo de un pañal húmedo o sucio: los bebes tienen la piel muy sensible, por lo que puede producirse sarpullidos en el caso de dejar mucho tiempo los pañales mojados o sucios puestos. Este tipo de sarpullido se puede presentar si el bebé tiene deposiciones frecuentes o diarreas.

2. Por fricción o roce: La ropa muy ajustada o el propio pañal pueden producir roces en la piel del bebé y llegar a formar el sarpullido.
3. Por la aplicación de un producto nuevo: La sensibilidad en la piel del bebé puede reaccionar en el momento en el que realizamos un cambio en los productos de higiene o hidratación que se utilizan normalmente, como pueden ser toallitas, pañales, cremas, etc. Los ingredientes contenidos en los productos, tales como talcos o aceites podrían producir un empeoramiento del problema.
4. Por el desarrollo de una infección micótica: La parte de la piel que se encuentra recubierta por el pañal tiene más riesgo de tener una infección, ya al ser más cálida y húmeda la convierte en el entorno perfecto para que se produzca una proliferación de bacterias y hongos. Este tipo de sarpullido infeccioso se suele producir en las zonas de los pliegues cutáneos, observándose puntos de un tono escarlata distendidos por las proximidades de estos pliegues.
5. Por el cambio en la alimentación: En el momento en el que a los bebes se les comienza a introducir los alimentos sólidos, la consistencia de las heces cambia, esto hace que el eritema del pañal se produzca con mayor probabilidad. Esto se produce porque al realizar cambios en la alimentación, también se puede producir un incremento de la cantidad de veces que el bebé defeca, produciendo que pueda estar más tiempo con el pañal sucio. En el caso de los lactantes las diarreas se pueden producir por intolerancia a algún producto que haya comido la madre.
6. Por poseer una piel excesivamente sensible: Los bebes con la piel excesivamente sensible son más propensos a padecer este tipo de eritemas.
7. Por el uso excesivo de antibióticos: estos pueden desarrollar un sarpullido, ya que la ingesta de este fármaco hace que se elimine las bacterias que controlan la proliferación de los hongos. El uso de este medicamento también aumenta la posibilidad de padecer una diarrea.
En los lactantes, el hecho de que la madre ingiera este tipo de medicamento también puede producir un eritema en el bebé. Como podemos prevenir todas estas causas para evitar a nuestro bebé le salga un eritema del pañal:
- Los cambios de pañal se realizarán con frecuencia: desechar de manera inmediata a las deposiciones o las micciones en el pañal del bebe es una manera adecuada de prevenir este tipo de eritema. Los pañales desechables contienen una especie de celulosa absorbente que suele evitar que la humedad del pañal esté en contacto directo con la piel.
- Lava la zona de la piel en contacto con el pañal con agua tibia en cada cambio del mismo: El uso de toallitas húmedas también son ideales para la limpieza de la piel de la zona del pañal, utilizadas con suavidad para evitar roces hacen que la limpieza de la zona resulte eficaz. Pero la mejor limpieza es la realizada con agua

y jabón suave.
- Secar la piel de la zona comprometida con suaves golpecitos mediante toallas: Si frotamos la zona con la toalla de manera consistente lo que conseguiremos no es un mejor secado, sino un roce que sensibilice más la piel de nuestro bebé.
- Aplicando cremas o pomadas adaptadas para esa zona específica: La aplicación de manera frecuente de cremas, pomadas o ungüentos, hace disminuir la probabilidad de aparición de dermatitis. La vaselina o el óxido de cinc son sustancias de gran eficacia para la prevención o desaparición de dicha dermatitis.
- El ajuste adecuado del pañal: ajustar de manera adecuada el pañal evitando que le quede demasiado flojo o demasiado apretado es también una manera eficaz de evitar este tipo de eritemas, ya que tanto uno como otro puede producir roces en la piel que pueden llegar a desembocar en una dermatitis.
- Falta de pañal: Dejar la piel al aire libre es la mejor forma de hacer que esta se seque de manera natural evitando las rozaduras.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el eritema del pañal es un tipo de dermatitis que si no se controla de manera adecuada puede llegar a desembocar en una infección micótica que puede producir excesiva irritabilidad a nuestro bebé e incluso periodos de fiebre.
Por lo tanto, conocer las causas por las que se pueden desarrollar este tipo de dermatitis, así como conocer la forma de prevenirlas puede ser esencial para que el bebé pueda poseer una piel saludable en la zona del pañal. La principal prevención es la educación, por lo que es imprescindible que durante el embarazo la madre se informe a través de los TCAE, o que su matrona o ginecóloga el informe de todas estas medidas de prevención para evitar este tipo de dermatitis.

6 Bibliografía

1. Sellarés Casas E, Moraga Llop FA. Infecciones cutáneas bacterianas. En: Moraga Llop FA, editor. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Vol I. Barcelona: Esmon Publicidad SA; 2006.
2. Sladden MJ, Johnston GA. Common skin infections in children. BMJ. 2004;
3. Ribes C,Moraga FA. Recién nacido: lesiones cutáneas benignas transitorias. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos. Dermatología Pediátrica. Ed. Asociación Española de Pediatría; 2007. Disponible en http://www.aeped.es/documentos/protocolos-dermatologia.

4. Monteagudo B, Labandeira J, León-Muiños E, Carballeira I, Corrales A, Cabanillas M, et al. Prevalencia de marcas de nacimiento y lesiones cutáneas transitorias en 1.000 recién nacidos españoles. Actas Dermosifi liogr. 2011

Capítulo 60

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MANTIENE LA ASEPSIA QUIRÚRGICA

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

CRISTINA GARCIA REYES

SUSANA AVILA UBEDA

BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA

1 Introducción

Cuando hablamos de asepsia nos referimos a la técnica de saneamiento con la que pretendemos destruir los microorganismos patógenos que hay en las personas, animales y superficies para intentar impedir la penetración de los gérmenes en un lugar donde antes no los había. Otro término relacionado es la antisepsia, que es la destrucción de los gérmenes por medio del empleo de productos antisépticos. Tanto para la asepsia, como para la antisepsia se pueden utilizar procedimientos físicos, químicos y biológicos que consiguen que se eliminen microorganismos que puedan contaminar cualquier tipo de tejido.
La asepsia quirúrgica es la esterilización completa, intentando conseguir la ausencia casi total de bacterias, pero también la de microorganismos que de una forma inofensiva existen en la superficie o en el interior del organismo.

Es un objetivo prioritario en los quirófanos y áreas quirúrgicas y necesario para prevenir la contaminación de microbios y bacterias durante una cirugía, pero también antes y después de la misma. Siempre se deben emplear materiales y técnicas estériles para garantizarlo.
La aplicación estricta de estos protocolos de actuación minimiza las probabilidades de una posible contaminación y las consecuencias que esto conlleva. Utilizaremos un campo estéril dónde colocaremos el material previamente esterilizado, de esta forma evitaremos cualquier contaminación por contacto. Si hubiera alguna duda sobre la esterilidad del material deberíamos desecharlo de inmediato considerándolo material no estéril.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Dar a conocer el protocolo de actuación de asepsia antes, durante y después de una intervención quirúrgica por parte de un TCAE.

Objetivo secundario
- Explicar el procedimiento de asepsia tanto en el paciente como en el material y el personal dentro de la zona quirúrgica, en concreto un TCAE.

3 Metodología

Para la edición del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre las principales reglas de la asepsia quirúrgica.
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

1. Generales:
- Los objetos y superficies estériles pueden estar en contacto unos con otros, conservando esta característica.
- El contacto de un objeto no estéril con otro que sí lo es, hace que una zona estéril deje de serlo.

- Ante la duda sobre la esterilidad de un objeto, optaremos por desechar el material, ya que se considerará no estéril o contaminado.
- Cada vez que un material estéril se utilice no podrá ser utilizado en otra situación diferente. Tendremos en ese caso que higienizar y esterilizar el instrumental para poder volver a utilizarlo en otra intervención. Incluso los materiales estériles no usados deben desecharse o volverse a enviar al servicio de esterilización antes de volver a utilizarlos.

2. Para el personal asistencial:

- El personal estéril después de haberse realizado el lavado prequirúrgico permanecerá dentro del quirófano, ya que si sale de la zona quirúrgica pierde la esterilidad. Para volver a entrar debe empezar el ciclo de lavado prequirúrgico y la colocación de nueva ropa estéril.
- Los uniformes de trabajo usados por el personal deben estar estériles antes de su colocación. Las manos han de colocarse hacia adelante y por encima de la cintura para evitar contaminación en los guantes estériles que ya se han colocado.
- Todo el personal que no forme parte del personal estéril, permanecerá en la periferia del área de operación, a una distancia de seguridad de 30 cm como mínimo.
- Todo el personal que se encuentre alrededor o dentro del campo estéril debe de hacerlo garantizando su esterilidad.

3. Técnicas para cubrir el campo operatorio con paños estériles:

- Se debe cubrir la mesa de operaciones y el cuerpo del paciente con paños estériles, se extienden de adelante hacia atrás intentando cubrir una superficie bastante más extensa de la que vamos a necesitar.
- Las porciones de sábanas que cuelgan por los bordes no se consideran estériles.
- Los paños estériles se fijan por medio de grapas, pinzas o material adhesivo para evitar caídas o movimientos que puedan entorpecer.
- Cualquier desperfecto de la sábana, ya sea rotura o desgarro que permita el acceso a una superficie no estéril hay que sustituirla.

4. Suministros de material estéril:

- Los paquetes que contienen el material deben estar cerrados de tal forma que puedan abrirse con facilidad garantizando siempre la esterilidad de su contenido.
- El material estéril se deposita sobre el campo estéril de forma que no se pierda la esterilidad del objeto.
- Los bordes de las cajas que contienen los materiales estériles, o el labio externo de botellas o frascos no se consideran estériles.
-Los artículos estériles se dejan caer a una distancia razonable del borde del área estéril, evitando el contacto con los brazos del personal no estéril.

5. Líquidos:

Los líquidos estériles se vierten desde una altura suficiente para evitar que el recipiente estéril o cápsula que los recibe tenga contacto en la zona estéril, intentando evitar que se produzcan salpicaduras que puedan contaminar el resto del instrumental.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, la situación de asepsia quirúrgica requiere de unos cuidados especiales por la vulnerabilidad que presenta el paciente antes, durante y después de la cirugía.
Es responsabilidad el personal sanitario conocer los principales protocolos para cuidar el manejo durante estos periodos. Para ello disponemos de protocolos y técnicas que el personal sanitario como los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería puede consultar y utilizar que se encuentra en formato papel o digital. Por ello, debe existir la formación concreta en este tipo de unidades o servicios.
En la actualidad, se espera que todo hospital cuente con estrategias y protocolos en asepsia, en cada una de sus herramientas, para garantizar una atención segura a todos los pacientes.

6 Bibliografía

1. Lucy Jo Atkinson, RN, BSN, MS. Nancymarie Fortunato, RNH, BSN, BA, Med, RNFA, CNOR. Berry & Kohn´s. Técnicas de quirófano. Octava edición. Editorial Harcourt Brace.
2. Patricia Gauntlett Beare, RN, PhD. Judith L. Myers, RN, MSN. Principios y práctica de la enfermería medicoquirúrgica. Volumen I. Segunda edición. Editorial Mosby/Doyma libros.
3. https://revistamedica.com/asepsia-esterilidad-quirofano/
4. https://cirugia.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2020/10/AsepsiayAntisepsia.pdf

Capítulo 61

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA DE UN CENTRO SANITARIO

SHEILA CASTILLO APARICIO

RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ

RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ

ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ

VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA

1 Introducción

Para comenzar este trabajo, podemos decir que el Sistema Nacional de Salud se organiza en dos niveles asistenciales que son : Atención Primaria y Atención Especializada La Atención Primaria proporciona a toda la población una serie de servicios básicos en los llamados Centros de Salud, donde trabajan equipos formados tanto por médicos de familia ,pediatras, personal de enfermería ,personal de TCAE ,y personal administrativo.
La colaboración que hay entre los distintos profesionales es importante para asi poder dar al paciente una atención de calidad, y asegurarse de que este reciba el

tratamiento y cuidados necesarios para su recuperación y mantenimiento de su salud con el objetivo de mejorar la salud y bienestar de la población.
Los servicios primarios son los servicios de salud de primer nivel, que aseguran la integralidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente.
Todas las actividades que se realizan en los centros de salud están dirigidas a las personas, familias y comunidades.
La atención primaria debe ser considerada un factor importante en el sistema de salud, porque tiene un papel primordial como indicador del nivel de salud pública y porque es muy importante en términos de curación y prevención de enfermedades para la promoción de la salud.
La atención primaria debe prestar servicios de acuerdo con las necesidades de cada persona y hacer frente a muchos problemas.

2 Objetivos

- Describir de forma general cuáles son las funciones que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de Atención Primaria.

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 de las personas que integran el equipo de personal médico y no médico que forma la Asistencia Primaria. En cuanto a las funciones específicas de los técnicos auxiliares de enfermería complementarios en los servicios de atención primaria, podemos mencionar algunas de estas funciones entre las que destacamos las siguientes:
- Ha de Colaborar en las pruebas diagnósticas, pero siempre bajo la supervisión del personal de enfermería.

- Los técnicos auxiliares de enfermería participan en la elaboración de los diagnósticos regionales de salud, colaboran en la tarea de planificar, organizar y evaluar el programa de salud propio del centro.
- Otra función que pueden realizar es contribuir a los proyectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades que se llevan a cabo en el Centro de Salud.
- Los TCAE realizan tareas relacionadas con la higiene, vestir o desvestir al paciente y asistirlo cuando sea necesario.
- Participan en el proceso de suministro de medicamentos, consumibles y herramientas.
- Tambien se pueden encargar de la revisión y reposición de medicamentos, consumibles y equipos en salas de emergencia, salas de tratamiento y consultas.
- Realizan algunas tareas de apoyo requeridas para otro personal de atención médica, especialmente trabajando en estrecha colaboración con las enfermeras.

Es importante que el TCAE tenga mucha empatía y trato respetuoso con el paciente, haciéndolo sentir cómodo, especialmente si realizamos tareas de higiene con él o donde se establece contacto físico.
Por otro lado, es importante que los TCAE conozcan el uso de los materiales que se encuentran en los vehículos de emergencia, así como una adecuada educación continua. Los Servicios de Atención Primaria, al igual que los demás servicios, están formados por un equipo multidisciplinario, en el que debe estar involucrado todo el personal de salud por el bien de la salud del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Destacamos la importancia de que, para una adecuada Atención Primaria y Atención Especializada, los Técnicos Auxiliares de Enfermería tengan una buena formación para la prestación de todos los servicios ,así como de promover y prevenir una adecuada atención a los enfermos ,y contribuir a mejorar la calidad de los enfermos y de un sistema de Salud bueno. Es importante también una buena coordinación en los distintos niveles para la optimización y racionalización del manejo de los recursos humanos y materiales. Un proceso donde la coordinación no sea efectiva conducirá a una sociedad desordenada, con lo que se multiplicaran los gastos tanto de recursos humanos como materiales.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.

2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 62

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES QUE HAN SIDO TRATADOS CON OXIGENOTERAPIA

SHEILA CASTILLO APARICIO

RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ

RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ

ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ

VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA

1 Introducción

Para comenzar esta revisión bibliográfica, vamos a empezar por definir la oxigenoterapia.
La oxigenoterapia es un tratamiento que ha sido prescrito por un personal médico y que consiste en proporcionar a un paciente la cantidad de oxígeno necesaria para prevenir, suplir o tratar cualquier deficiencia de oxígeno que pueda presentarse en las células, sangre, tejidos o tejidos.

Solo para ayudar a pacientes con síntomas de insuficiencia respiratoria aguda o crónica. Los objetivos principales de la oxigenoterapia son: promover la comodidad del paciente y la adaptación a la oxigenoterapia, tratar la hipertensión pulmonar, prevenir la hipoxemia, proporcionar oxigeno en las cantidades adecuadas al paciente que lo necesite, facilitar la adaptación a la oxigenoterapia, proporcionar lo necesario y los cuidados necesarios, así como reducir el trabajo respiratorio y cardíaco

El uso terapéutico de la oxigenoterapia es importante en la terapia respiratoria. El principal objetivo de esta terapia podemos decir que es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos, que es transportado por la hemoglobina, reduciendo así el trabajo respiratorio y del corazón y manteniendo constante la presión de oxígeno. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) deben ayudar a mejorar la comodidad y el bienestar de los pacientes e informar al personal de enfermería de cualquier complicación que pueda surgir, para minimizar la entrada de contaminantes en las vías respiratorias

2 Objetivos

- Definir los conocimientos que debe tener el técnico auxiliar en cuidados de enfermería, TCAE, en pacientes que necesitan oxigeno, y los diferentes mecanismos que existen para su aplicación.

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

Después de haber visto en apartados anteriores que es la oxigenoterapia, en este apartado vamos a centrarnos en que consiste la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de oxigenoterapia.

Por lo tanto, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería va a consistir en verificar que el equipo de oxígeno esté colocado correctamente en su lugar y que funciona correctamente.
A continuación, ayudándose de una boquilla comprobará que el flujo es el necesario y que el humificador este siempre lleno de agua para que no se doble cuando esté estirado.
Otras funciones que realiza son:
• Con respecto a los materiales: ha de controlar que el centro de oxígeno, el medidor de flujo o el regulador de flujo funcionen bien, llenar o reemplazar el humidificador con agua destilada y limpiar, desinfectar o cambiar todos los materiales usados para un solo uso.
• Sobre el paciente: el TCAE tiene que informar al paciente de cuáles son las próximas actuaciones que se van a realizar, evaluar las úlceras por presión tanto en oídos, mejillas y nariz entre algunas otras.
Los auxiliares de enfermería tienen que tener una comprensión y conocimientos mínimos de los conceptos necesarios para la atención de pacientes con enfermedades respiratorias, tales como:
• Medición de gases.
• Hipoxemia.
• Oxímetro de pulso.
• Falta de oxígeno. Entre los materiales que utilizan los auxiliares de enfermería para darles oxígeno a los pacientes tenemos los siguientes:
• Salida de oxígeno que se encuentra ubicada en la parte delantera de la cama. Las bombas de oxígeno se utilizan cuando se traslada a los pacientes.
• Cremas hidratantes para hidratar las mucosas, ya que el oxígeno las seca.
• Suministros de oxígeno, incluidas cánulas o cánulas nasales, máscaras venturi, máscaras improvisadas, máscaras con reservorio y bolsas.
• Caudalímetro para medir el suministro de oxígeno en litros por minuto.
• Reductor de presión para medir la presión de oxígeno en el cilindro.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, son varios conocimientos que se deben tener a la hora de aplicar oxígeno a pacientes. Es imprescindible saber qué es el oxígeno y la importancia vital que tiene en las reacciones de oxigenación producidas en el metabolismo celular. También es importante conocer las formas terapéuticas en las que podemos encontrarlo y las técnicas existentes para su aplicación.

Por último, decir que hay estudios que avalan que los enfermos que se les administra oxigeno en sus hogares de forma correcta, por lo general suelen vivir mas años y su calidad de vida se ve notablemente mejorada. En cambio, si el oxígeno se administra de forma incorrecta, puede ocasionar efectos adversos en el paciente.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 63

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA

LORENA PIERNAS CARCELÉN

MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ

1 Introducción

La Atención Primaria es un componente esencial de los sistemas de salud, ya que es el primer nivel de contacto entre los individuos y el sistema sanitario. La Atención Primaria es un enfoque fundamental en la prestación de servicios de salud que se va a centrar en la atención básica, integral y continua de las necesidades de salud de las personas y las comunidades. Es considerada la primera línea de contacto entre los individuos y el sistema de salud, siendo el nivel de atención más cercano a la población y la puerta de entrada al sistema de salud.
Los elementos que son clave de la Atención Primaria de salud son:
-Accesibilidad.
-Integralidad.
-Continuidad.
-Participación comunitaria.
-Enfoque familiar.

-Uso apropiado de recursos.
La Atención Primaria es considerada la base para el fortalecimiento de los sistemas de salud.
Uno de los pilares fundamentales de la Atención Primaria es la colaboración de diversos profesionales de la salud, entre ellos, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).
Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería son profesionales de la salud que, bajo la supervisión y dirección de enfermeras y otros profesionales sanitarios, desempeñan tareas de asistencia y apoyo en el cuidado de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es abordar el rol de los TCAE en la Atención Primaria destacando su importancia, funciones y contribuciones al bienestar de los pacientes y la eficacia del sistema de salud.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes bibliográficas y en bases de datos académicos en los que se han buscado artículos para obtener información del TCAE de Atención Primaria. Se ha realizado buscando términos como" TCAE en Atención Primaria" y "Funciones del TCAE" entre otras.

4 Resultados

En el contexto de la Atención Primaria, el TCAE juega un papel crucial para el funcionamiento eficiente de los centros de salud y la prestación de una atención de calidad. Sus funciones más relevantes son:
1. Cuidado directo al paciente: van a asistir en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como higiene personal, alimentación, movilización, toma de constantes vitales y administración de medicamentos bajo supervisión y prescripción de los profesionales de enfermería y médicos.
2. Apoyo en procedimientos médicos y de enfermería: van a colaborar en la preparación de materiales y equipos necesarios para la realización de exámenes diagnósticos, curas de heridas, inyecciones, extracciones de sangre, entre otros procedimientos.

3. Mantenimiento del entorno: es responsabilidad del TCAE mantener limpio y ordenado el entorno del paciente, garantizando condiciones adecuadas de higiene y seguridad.
4. Registro y documentación: van a registrar de manera precisa y adecuada las actividades realizadas con los pacientes, manteniendo una comunicación fluida con el equipo de salud.
5. Educación y apoyo al paciente: van a brindar información básica sobre hábitos saludables, cuidados postoperatorios, manejo de dispositivos médicos y otros aspectos relevantes para la recuperación y bienestar del paciente.

Además de estas funciones, el TCAE va a tener mucha importancia en la Atención Primaria:
1. Agilidad y eficiencia al asumir ciertas tareas rutinarias y de apoyo, los TCAE permiten que el personal médico y de enfermería se concentre en actividades más especializadas, agilizando así el proceso de atención y optimizando los recursos disponibles.
2. Atención centrada en el paciente: la presencia de los TCAE en la Atención Primaria contribuye a una atención más humanizada, brindando un cuidado cercano y personalizado a los pacientes.
3. Continuidad de los cuidados al ser una parte integral del equipo de salud, facilitan la continuidad de los cuidados al acompañar a los pacientes durante todo el proceso de atención, lo que va a favorecer la detección temprana de problemas y mejor gestión de las enfermedades crónicas.
4. Detección de signos de alarma.

5 Discusión-Conclusión

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería son piezas clave en la Atención Primaria, desempeñando funciones fundamentales que contribuyen al bienestar y calidad de vida de los pacientes. Su papel en el equipo de salud es vital para lograr una atención efectiva, centrada en el paciente y sostenible. Es imprescindible seguir valorando y apoyando la labor de los TCAE, fomentando su capacitación y actualización constante, y reconociendo su importante rol en la sociedad y el sistema de salud.
El TCAE se enfrenta a desafíos en su labor, peri también tiene oportunidades para crecer y desarrollarse profesionalmente. Además del compromiso y la dedicación del TCAE van a ser invaluables para lograr una atención médica integral y centrada en el paciente.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/tcae-primaria-especializada-funciones/
https://www.aetesys.es/que-hace-la-tecnico-en-enfermeria-en-atencion-primaria/
https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2022/06/iii-congreso-nacional-tcae/comunicacion-escrita-iii-congreso-nacional-tcae/CONGRESOFNN-FUNCIONESTCAEENATENCIONPRIMARIA.ANAVANESSALUCASLORENZO.pdf
https://www.escueladelaoposicion.com/papel-tcae-en-atencion-primaria/

Capítulo 64

EL ESTREÑIMIENTO

CARMEN MARÍA CUENDIAS LÓPEZ

1 Introducción

La definición clínica del estreñimiento debe abarca las dificultades para la defecación y la escasa frecuencia de las deposiciones.
Debemos diferenciar conceptualmente el verdadero estreñimiento de la disquecia que significa dificultad o imposibilidad para evacuar las heces del recto, aunque en la práctica clínica se consideran de forma conjunta, ya que las causas y los mecanismos de ambos pueden ser completamente distintos.
Por lo que vemos, la definición de estreñimiento es muy variada y en general se ha consensuado que una frecuencia semanal inferior a 3 deposiciones es considerado estreñimiento.
Muchas personas utilizan laxantes para intentar evacuar de una forma más regular y otras buscan en la alimentación la solución al problema de defecar sin dificultad.
Es cierto, que muchas personas por raro que parezca tienen más facilidad que otras incluso, acudiendo a defecar hasta 3 y 4 veces al día, y no por ello se considera que tienen ningún tipo de enfermedad, simplemente su colon tiene mucha facilidad para expulsar las heces, en cambio el día que no sienten esa sensación de vacío, saben o piensan que hay un problema y no es cierto, simplemente su organismo considera que todo lo que no se ha expulsado es porque se ha necesitado.

2 Objetivos

Diferenciar algunas causas del estreñimiento.

- Estreñimiento crónico idiopático
- Estreñimiento funcional secundario
- Estreñimiento por lesiones estructurales del colon y del canal anal

3 Metodología

Procedimiento y estrategias de búsqueda
Para la realización de la presente revisión sistemática se ha realizado una búsqueda de artículos en bases de datos científicas de carácter internacional, concretamente Psicodoc, Scielo, Psychology Database, PMC, Scielo, Scopus o, nacional, siendo la base de datos elegida Dialnet. En cuanto a la revisión de artículos, se realizó durante los años 2015 - 2020.

4 Resultados

ESTREÑIMIENTO CRÓNICO IDIOPÁTICO
Cada día llegan 1.000 ml de líquido al ciego procedente del íleon terminal. Este líquido está integrado por los residuos del proceso digestivo (sal, agua, fibra) El tránsito a través del colon es lento y el material tarda de 24 a 30 horas en pasar del ciego al recto. Durante este periodo de tiempo, se reabsorbe el 90% de la sal y el agua, y gran parte de la fibra experimenta un proceso de fermentación a causa de las bacterias del colon, lo que da lugar a gas y ácidos grasos de cadena corta. Estos procesos son absorbidos por la mucosa del colon y la cantidad de heces que producen constituyen solo un pequeño porcentaje de lo que llegó al colon.
Cuando la persona padece estreñimiento, el contenido de la luz se expone a la mucosa y a las bacterias del colon durante más tiempo y se extrae una mayor cantidad de agua y de residuo sólido. Por lo que, disminuye la cantidad total de heces evacuadas por semana.
ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL SECUNDARIO
El estreñimiento responde a enfermedades de índole sistémica, endocrina, metabólica, neurológica o traumática que afectan al musculo liso colónico, a sus mecanismos de control nervioso u hormonal o al funcionamiento recto anal. Dentro de este grupo puede incluirse el estreñimiento inducido por fármacos. Las causas del estreñimiento funcional secundario son:
- Enfermedades endocrinas/metabólicas
- Enfermedades neurológicas
- Enfermedades del colágeno
- Enfermedades neuromusculares hereditarias

- Factores inespecíficos
- Fármacos y drogas

ESTREÑIMIENTO POR LESIONES ESTRUCTURALES DEL COLON Y DEL CANAL ANAL

Este tipo de estreñimiento hace referencia al ocasionado por lesiones obstructivas de carácter intermitente o mantenido, que impide el tránsito normal del contenido fecal con un origen intra/extra colónico. De todas estas lesiones, es el adenoma carcinoma de colon el que presenta más importancia.

Las lesiones recto anales pueden ocasionar estreñimiento a través de un mecanismo obstructivo, o cuando son dolorosas, por condicionar la inhibición defecatoria.

5 Discusión-Conclusión

No debemos olvidar que el estreñimiento es un síntoma y no una enfermedad. La característica común de todos los pacientes estreñidos es su insatisfacción con su hábito intestinal. Sienten que aún no han acabado de eliminar al 100% todo su contenido, saben que el colon tiene heces, aunque muchas veces esas heces son huecas y lo que tienen son gases.

Para ello existen distintas pruebas médicas como son una rectoscopia, colonoscopia, enema opaco, RX, analítica,…

Existen también tratamientos basados en cambios alimenticos, tratamiento farmacológico, laxantes estimulantes, osmóticos, surfactantes, lubricantes y fármacos procinéticos.

En los casos más graves, se aplica cirugía.

6 Bibliografía

- Johanson JF. Tegaserod for chronic constipation. Aliment Pharmacol Ther 2004 nov; 20 (Suppl) 7: 20-4
- García Peris P, Breton Lesmes I, De la Cuerda Compes C. Metabolismo colónico de la fibra 2002 Oct.
- Http://www.adis.com
- Artículo clínico Dra. Coronado. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.
- Dr. José Luis Calleja y Dr. Crespo.

Capítulo 65

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACIÓN ANTE UN RECIÉN NACIDO PREMATURO

SHEILA CASTILLO APARICIO

RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ

RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ

ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ

VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA

1 Introducción

La pediatría es la rama de la medicina que se encarga del estudio del crecimiento y desarrollo de los niños, además del tratamiento de sus enfermedades. Cabe destacar que la pediatría no solo se encarga de estudiar las enfermedades y tratamientos, sino que también se encarga del estudio de las características físicas, psíquicas y sociales de los niños desde que nacen hasta la adolescencia. Se trata de una especialidad médica que aborda total y completamente la vida del niño. El neonato o recién nacido se trata de un niño que tiene menos de 28 días de vida. Estos primeros días son fundamentales para que el niño se adapte a la vida y al nuevo medio que le rodea. Después del parto, el técnico en cuidados auxiliares

de enfermería (TCAE) tiene un papel fundamental, ya que es el personal sanitario que lleva a cabo los primeros cuidados del neonato, siempre supervisado por el matrón o matrona. El auxiliar de enfermería no solo lleva a cabo una labor asistencial, sino que tiene también una labor fundamental en educación sanitaria, ya que ayuda a la madre a amamantar correctamente al bebe, explica a la madre como debe realizar el aseo del neonato, entre otras muchas cosas.

2 Objetivos

- Conocer los procedimientos de los cuidados a realizar al recién nacido prematuro.
- Conocer los factores a los que puede ser debido el parto prematuro.

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 recién nacido prematuro es el que ha nacido antes de las 37 semanas de gestación y que tiene un peso adecuado a su edad gestacional, suele ser inferior a 2.500 gramos. Se clasifican en:
- Extremadamente prematuro: menos de 28 semanas.
- Muy pretérmino: 28 a 31 semanas.
- Moderadamente pretérmino: De 32 a 33 semanas.
- Pretérmino tardío: 34 a menos de 36 semanas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá de mantener y observar de una forma minuciosa el mantenimiento de las incubadoras, así como:
- Deberá mantenerlas limpias y preparadas para cuando llegue el bebé. Se le deberá avisar con tiempo suficiente para tenerla a punto. La incubadora siempre debe estar esterilizada, colocaremos dentro una talla estéril de hilo y colaboraremos con el enfermero (DUE) para calentarla y comprobar que todos los sistemas acoplados a la incubadora funcionan.

- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería siempre deberá mantener un ambiente de asepsia utilizando los equipos de protección individual (EPI) que se requieran en cada momento requiera.
- Se deberá limpiar diariamente, y siempre que se necesite la parte externa de la incubadora y de forma muy minuciosa con un antiséptico específico. Se realizará con paño estéril escurrido impregnado en el antiséptico y luego se pasa un paño estéril seco.
- El técnico auxiliar en cuidados de enfermería deberá mantener siempre la calma y transmitir tranquilidad a las familias de los bebes prematuros. La alimentación del prematuro se realizará teniendo en cuenta su peso y de la siguiente manera: Cuando su peso sea superior a 1.500 gramos, se le administra por solución oral, con biberón. Cuando su peso se encuentre entre 1.500 a 1.000 gramos, se le administrara con sonda gástrica. Cuando su peso sea inferior a 1.000 gramos, se le administrara por vía parenteral.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las complicaciones se relacionan con la difusión de sistemas orgánicos inmaduros. En algunos casos, las complicaciones se resuelven completamente y en otros casos se produce una disfunción orgánica residual. El recién nacido prematuro es pequeño, en general pesa menos de 2.500 gramos y tiende a tener la piel delgada, brillante, rosada y se puede visualizar bien sus venas 721 en la piel. Tiene escasa grasa subcutánea, pelo o cartílago del pabellón auricular. Se observa reducción de la actividad espontánea y el tono, y los miembros no adoptan la posición en flexión típica de los recién nacidos de término. En los varones el escroto puede presentar pocos pliegues, y los testículos a veces no han descendido. En las niñas los labios mayores aún no cubren los labios menores.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 66

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN DECESO

MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ

ESMERALDA TEBAR MARTINEZ

ADELA JIMENEZ TENDERO

LAURA BALLESTEROS VILLEGAS

MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER

1 Introducción

Cuando fallece un paciente es un momento muy delicado y sensible para el personal de salud, como el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
En la atención y el manejo de este momento es esencial actual con respeto y compasión hacia el paciente y sus familiares, ya que son momentos difíciles.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería de verificar que el paciente haya fallecido. Con lo cual debe tomar la medición de los signos vitales y confirmar la ausencia de los mismos, llamando inmediatamente al profesional de la salud autorizado, el médico o la enfermera. El médico es el encargado y responsable del paciente. Es la persona que toma las medidas necesarias y registra la información adecuadamente. Gestiona toda la documentación que implica el fallecimiento del paciente.

Es importante recordar que, en situaciones de deceso, el técnico auxiliar de enfermería debe seguir los protocolos y las políticas establecidas por el hospital y trabajar en coordinación con el personal de enfermería y médicos para garantizar un manejo adecuado y respetuoso del fallecimiento.
Debemos tener en cuenta que el paciente fallecido puede tener compañeros de habitación, por lo tanto intentaremos gestionar la situación de modo que sea lo menos traumática posible para el compañero o compañera.

2 Objetivos

Explicar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería cuando está ante el deceso de un paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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

Protocolos de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante el paciente fallecido.
Una vez confirmada la muerte por el personal médico, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede ayudar a preparar el cuerpo del paciente. Esto incluye cerrar los ojos del paciente y colocarlo en una posición adecuada.
Es importante asegurarse de que el cuerpo del paciente esté limpio y aseado antes de entregarlo a los familiares o antes de que sea trasladado a la morgue, según el protocolo del hospital.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe completar adecuadamente la documentación necesaria sobre el fallecimiento del paciente. Esto incluye la hora y fecha del deceso, las circunstancias y cualquier observación relevante.
En caso de que el paciente tenga creencias religiosas o culturales específicas en relación con la muerte y el manejo del cuerpo, es fundamental respetar y seguir esas prácticas siempre que sea posible.

En este momento tan difícil para los familiares pueden necesitar apoyo emocional y psicológico, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede proporcionar información sobre los siguientes pasos, orientándoles sobre lo que pasará a continuación. Esto le quita cierta ansiedad a los familiares.
Ofrecen apoyo psicológico a los familiares del paciente fallecido es muy importante, ya que la pérdida de un ser querido en según que circunstancias puede ser muy traumática para ellos.
Es fundamental mostrar empatía a los familiares y conocer los procesos del duelo, de esta manera no será más fácil el tratamiento con ellos, debemos permitir que expresen sus emociones ni sentimientos. Escucharemos activamente sin juzgar y y le proporcionaremos un espacio aislado para que compartan sus sentimientos.
Les daremos información clara y comprensible sobre lo que sucedió durante la atención del paciente y las circunstancias de su fallecimiento puede ayudar a los familiares a comprender y asimilar la situación.
Si es necesario, se puede derivar a los familiares a servicios de apoyo psicológico especializado, como terapeutas o consejeros en duelo. Estos profesionales pueden brindar herramientas y estrategias para lidiar con el dolor y la pérdida.
Cada individuo tiene su propio proceso de duelo y no existe una fórmula única para brindar apoyo psicológico. Lo más importante es mostrar compasión y estar presente para los familiares en estos momentos difíciles.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe enfrentarse a situaciones trágicas como sería la pérdida de un paciente, en ocasiones será un proceso más llevadero después de una larga enfermedad, una persona mayor, y en otras ocasiones será una situación muy dramática.
En el momento del fallecimiento, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe avisar al médico para que certifique la defunción y proceda a la gestión de la documentación y demás actividades que se desarrollan en este hecho.
Si el paciente fallecido tuviera un compañero de habitación, es importante que actuemos de forma calmada transmitiendo tranquilidad, pero no crear más alarma ni una situación traumática para al compañero.
En este caso, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe ocuparse del cuerpo, lo agarrará debidamente y le pondrá la ropa más adecuada, para que los familiares puedan verlo lo más decente posible.
Cuando el paciente ha fallecido, las personas a las que debemos cuidar son su familiares, entendiendo el proceso del duelo y empatizando con su dolor.

Es importante transmitirles la información de forma clara y ayudarles en lo que podamos, que pueden estar atravesando un momento de confusión en el que les cueste recibir información.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/labor-tcae-paciente-post-mortem/.
2. https://www.leonoticias.com/leon/tecnicos-enfermeria-remarcan-funciones-tras-muerte-paciente-20230412141924-nt.html.

Capítulo 67

LOS PACIENTES QUE LLEVAN LAS TÉCNICOS DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON ALIMENTACIÓN POR SONDA

ANTONIA GÓMEZ BARCO

MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA

INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ

NOELIA MENA GARCIA

MARÍA ARENAS MOTILLA

1 Introducción

La denominada nutrición enteral es una habilidad de ayuda y apoyo nutricional, que residirá en suministrar todos los nutrientes que el enfermo precise y que van directos al tracto gastrointestinal, se efectúa mediante la inserción de una sonda nasogástrica.
Los enfermos que demandan de esta técnica y que deben recibir, la nutrición enteral sería o estaría indicada en casos en lo que el enfermo por sus propios medios no es capaz de alimentarse o de proporcionar a su cuerpo todos los requerimientos nutricionales que su cuerpo o enfermedad requiere.
Para ello se les ayuda con esta técnica y dentro de esta técnica de la nutrición enteral hoy nos centraremos en los modos de su administración, en las cuales nos

encontramos la administración denominada continua que consiste en la infusión de nutrición enteral durante el día o la noche, o bien a lo largo de las 24 horas, la administración intermitente o por tomas esta es la más similar a la alimentación habitual, pero solo debe manejarse en enfermos con el tracto digestivo sano y tiempo de vaciado gástrico normal, o la administración en bolo o con jeringa esta se realizará administrando la dieta mediante jeringa de alimentación muy lentamente y por último veremos la administración por gravedad que es la consistente en administrar la nutrición mediante un sistema de goteo.

2 Objetivos

- Exponer en profundidad en qué consisten los diversos modos de administración de la nutrición enteral.
- Dar las pautas y procedimientos convenientes a la hora de la administración.

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

Como mencionamos en los párrafos anteriores pasamos a describir los diversos modos de administración de nutrición enteral

1. Administración continúa.

Consiste en la infusión de nutrición enteral durante el día o la noche, o bien a lo largo de las 24 horas del día, con la posibilidad de realizar pequeñas pausas para consentir la higiene, deambulación y otras actividades, será administrada durante 23 horas al día si la tolerancia digestiva es la correcta y conveniente.

Su ventaja es la buena tolerancia digestiva recomendándose en quien presente intolerancia o diarreas, así como retenciones gástricas, en situaciones de malnutrición severa, con síndrome de malabsorción, enfermos con sedación o en coma y enfermos pediátricos. Se manejará siempre que la sonda esté insertada en duodeno o yeyuno. La cabecera de la cama se mantendrá permanentemente con una

elevación de un mínimo de 30º mientras dure la administración. El alimento debe estar colgado a una altura mínima de 60 cm por encima de la cabeza del enfermo. Para mantener un volumen constante y controlado, se manejarán las nutribombas, que permiten infundir dietas hiperosmolares o viscosas a un ritmo muy lento para evitar la obstrucción de la sonda. Se aconseja no sobrepasar en un principio los 30 ml / hora e ir incrementando progresivamente la velocidad para llegar al requerimiento calculado en 48 - 72 horas.

Existen nutribombas con batería incorporada que permiten la autonomía de funcionamiento, facilitando la movilización o traslado del enfermo. Algunas presentan la función intermitente para simultanear la administración de agua (20 cc).

El agua debe repartirse cada 4 a 6 horas con la finalidad de hidratar y de lavar la sonda para evitar obstrucciones. Tienen un sistema de alarma que indica la presencia de aire en el sistema, avisan cuando la cámara de goteo registra aumento o descenso en el caudal programado y al finalizar el volumen programado.

2. Administración intermitente o por tomas.

Es la más parecida a la alimentación habitual, pero solo debe manejarse en enfermos con tracto digestivo sano y tiempo de vaciado gástrico normal. Consiste en administrar 300-500 ml. entre 4-7 veces al día. Para comprobar el conveniente vaciamiento gástrico se aspirará el residuo gástrico antes de cada toma, siendo patológico un residuo mayor o igual a 150 ml. El residuo se reinyectará. Se conservará la cabecera de la cama elevada durante 20-30 minutos después de la alimentación.

Se mantendrá la cabecera de la cama elevada durante 20 - 30 minutos posteriormente de la administración.

2.1. En bolo o con jeringa.

Se realiza administrando la dieta mediante jeringa de alimentación muy lentamente. La velocidad de administración no debe ser superior a 20 ml. por minuto. El volumen de cada toma no debe sobrepasar los 350 ml. Se conecta la jeringa al extremo de la sonda, elevándola 50 cm. por encima de la cabeza del enfermo, dejando que se vacíe de modo gradual.

2.2. Por gravedad.

Consiste en administrar la nutrición mediante un sistema de goteo. Se programa el volumen total en 3 a 6 tomas/día, pasando cada toma en 60-90 minutos. Permite una alimentación más lenta que el bolo y mejor tolerada. Se reparte el agua entre las tomas. El volumen de cada toma no debe superar los 350 c.c.

En todos los casos, el lavado periódico de la sonda, antes y después de su uso, o cada 4/6 horas en las pautas continuas, supone un requisito obligatorio para su buen funcionamiento. Se lava con 20 ml. de agua, dejando la sonda pinzada

durante los siguientes 30 minutos. Se despinza y se conecta a bolsa de drenaje, por gravedad, otros 30 minutos (total de 60 minutos). La manipulación de bebidas de cola para lavarla de modo periódico se considera muy efectiva.
La administración en modo intermitente o en bolos es más fisiológica, pero en caso de intolerancia o en situaciones de mala absorción o administraciones en intestino delgado, se maneja la administración continua a fin de asegurar la absorción de los nutrientes. En administración a yeyuno es indispensable el uso de la nutribombas para evitar variaciones de flujo.
El cuidado e higiene de la cavidad oral requiere un especial apartado, ya que el crecimiento bacteriano puede provocar complicaciones, por lo que diariamente después de la higiene oral, se debe aplicar un colutorio.
Hay que observar lavado higiénico de las manos antes y después de manipular.
Los equipos de bombas y de infusión deben cambiarse diariamente.
Los equipos de bombas y de infusión deben cambiarse diariamente. No mantener ninguna fórmula abierta y conectada más de 24 horas por riesgo de contaminación bacteriana.
No se debe mantener ninguna fórmula abierta ni conectada más de 24 horas por riesgo de contaminación bacteriana.
En todos los casos, la pauta de inicio debe calcularse con el 75 % de los requerimientos, o menos si se administra en el yeyuno o surgen problemas de tolerancia o patología en el tracto gastrointestinal. En las siguientes 48 - 72 horas el ritmo de infusión puede ir progresando hasta llegar al 100%.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos expuesto anteriormente llegamos a la conclusión y en nuestra opinión que debido a las diferentes y variados modos de administración de la nutrición enteral, dependiendo del requerimiento de la patología, enfermedad o parte afectada del enfermo, se deben seguir unas establecidas y correctas pautas, primeramente a la hora de su colocación y mantenimiento, como así el modo en la que debe quedar puesta, ya sea en lo referente a la altura de la alimentación o en lo referente a la posición del enfermo y, por último y lo más importante, es la correcta administración, en cantidad, velocidad y temperatura, de la cual la mayoría de las veces le corresponde por sus competencias al técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

6 Bibliografía

1. Álvarez Hernández J., Peláez Torres N., Muñoz Jiménez A.. Manejación clínica de la Nutrición Enteral. Nutr. Hosp. [Internet]. 2006 Mayo [citado 2022 Jul 07] ; 21(Suppl 2): 87-99. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000500009&lng=es.
2. https://books.google.com/books?id=N7DV0j8qQOcC.
3. http://www.enfermeriaaps.com/portal/?wpfb_dl=2811#::text=Si%20la%20nutrici%C3%B3n%20es%20continua,enfermo%20siempre%20un%20poco%20incorporado.

Capítulo 68

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA BASURA GENERADA POR LA ATENCIÓN AL ENFERMO

MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA

INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ

NOELIA MENA GARCIA

MARÍA ARENAS MOTILLA

ANTONIA GÓMEZ BARCO

1 Introducción

La ley 22/2011 de 28 julio es la encargada de regular la gestión de residuos
Definimos residuos sanitarios a los desechos y sustancias que se generan como consecuencia de una actividad sanitaria que tenga relación con la salud humana.
En este texto vamos a ver la nueva clasificación de residuos sanitarios de Castilla La Mancha de 5 de Junio de 2021.
Se consideran residuos sanitarios:
- Residuos urbanos generados en centros sanitarios.
- Residuos urbanos como vendajes, yesos o ropa desechable.
- Residuos infecciosos considerados de riesgo (fluidos corporales infectados, kit de hemodiálisis, vacunas, sustancias de cultivo y/o experimentación, etc.)

- Residuos procedentes de procesos quirúrgicos.
- Residuos radiactivos procedentes de procesos sanitarios.

Residuos químicos y/ o contaminados con Los residuos sanitarios tienen un alto riesgo biológico por eso es necesario hacer una buena gestión en su clasificación, manipulación, almacenamiento, transporte y destrucción.

- Productos como pilas, termómetros, disolventes, reactivos químicos, medicamentos, lubricantes y aceites.

Los residuos sanitarios se originan de:

- Asistencia a personas enfermas ingresadas en hospitales y centros sanitarios.
- Prevención de la salud llevada a cabo con personas sanas.
- Obtención y manipulación de productos biológicos.
- Investigaciones que conllevan el manejo de productos biológicos y químico

Las entidades que están encargadas de ejercer un control sobre estos residuos son:

- Hospitales, clínicas, centros de salud
- Consultas privadas, clínicas de odontología
- Farmacias
- Laboratorios clínicos y biológicos

Botiquines de empresa

2 Objetivos

Conocer la clasificación de residuos por parte del técnico de cuidados auxiliares de enfermería y cómo gestionarlos y concienciar al personal sanitario de la importancia de realizarlo adecuadamente.

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 residuos sanitarios se agrupan en la siguiente clasificación:

Clase I: Residuos domésticos
Clase II: Residuos sanitarios asimilables a domésticos
Clase III: Residuos biosanitarios específicos
Clase IV: Residuos de medicamentos
IV.A Residuos de medicamentos peligrosos
IV.B Residuos de medicamentos no peligrosos
Clase V: Residuos químicos
Clase VI: Residuos industriales y de mantenimiento
Residuos objeto de regulación propia:
Restos humanos de entidad suficiente
Residuos radiactivos
Clase I: Residuos domésticos
Estos residuos son de naturaleza similar a los generados en el hogar, provienen de zonas como oficinas, cafetería, cocinas y almacenes.
Clase II: Residuos sanitarios asimilables a urbanos
Materiales de un solo uso, yesos, material de curas, filtros de diálisis, envases que hayan contenido orina, sistemas de infusión, tubuladuras, sondas… mascarillas, guantes, batas
Los sueros y a alimentación parenteral también están gestionados en este apartado (no son medicamentos caducados).
Se eliminarán en bolsas de color gris bien cerradas.
Clase III: Residuos biosanitarios específicos
Residuos provenientes de actividades sanitarias e investigación, requieren un manejo diferente en su gestión, incluyen:
Objetos cortantes en punzantes (se recogen en contenedores especiales amarillos)
Restos humanos de escasa entidad
Residuos procedentes de enfermos infecciosos
Residuos líquidos biológicos sin consideración de infecciosos
Residuos procedentes de animales infecciosos o inoculados con agentes infecciosos
Todos estos residuos se recogerán en contenedores negros identificados con el pictograma “Biorriesgo”
Todos los residuos derivados de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob y otras Encefalopatías Espongiformes transmisibles humanas deben eliminarse en contenedor rojo y etiqueta de Residuos Biosanitarios con destino incineración.
Clase IV: Residuos de medicamentos:
Clase IV.a Residuos de medicamentos peligrosos

Son los residuos compuestos por medicamentos citotóxicos o citostáticos y todo el material utilizado en su preparación o que haya tenido contacto con ellos.
Como todo aquel medicamento que su manejo implique riesgo para la salud del personal que lo manipula
Estos residuos se eliminan en envases específicos de color azul, existiendo contenedores específicos para los residuos punzantes que se incluyan en esta clase.
Todos ellos identificados con el pictograma de "Peligro para la Salud"
Clase IV.b Residuos de medicamentos no peligrosos
Son restos de medicamentos no peligrosos, caducados, comprimidos y capsulas, restos de envases abiertos
Se depositarán en contenedores de color amarillo
Clase V Residuos químicos:
Residuos peligrosos de origen químico
-Restos anatómicos conservados en productos químicos
- Residuos que contienen mercurio (termómetros, tensiómetros, etc.)
- Disolventes Halogenados: Alcoholes, Aldehídos, amidas etc.
Se recogerán en contenedores de color rojo, restos de formol, sólidos contaminados y en contenedores amarillos los restos de mercurio, reactivos de laboratorio etc.
Clase VI: Residuos industriales y de mantenimiento
-Residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (lámparas fluorescentes, pilas, acumuladores, tóner, equipos de informática y de electromedicina).
-Residuos procedentes de la construcción y demolición, restos de tierra, arenas etc.
-Aceites minerales o sintéticos, industriales o de lubricación. Su gestión, preferentemente a través de sistemas colectivos de responsabilidad ampliada del productor
Residuos objeto de regulación propia
-Restos humanos de entidad suficiente, comprende cadáveres y restos humanos, regulado por el reglamento de policía sanitaria mortuoria, decreto 72/1999 de 01/06/1999 de sanidad mortuoria de Castilla La Mancha

5 Discusión-Conclusión

Tres principios básicos regulan el manejo adecuado de los residuos sanitarios, se basa en: la reducción de los residuos innecesarios, la separación entre residuos ordinarios y peligrosos, y el tratamiento de los residuos con el fin de reducir los riesgos para los trabajadores sanitarios y la comunidad (OMS 2017).

Es muy importante la formación de los trabajadores que manipulan todos los residuos generados para minimizar el impacto que estos puedan ocasionar sobre el medio ambiente y sobre ellos mismos, y poder ejercer una correcta supervisión de todas las etapas de la gestión de residuos por parte de los servicios competentes en esta materia.

6 Bibliografía

1. NTP 372: Tratamiento de residuos sanitarios 7. NTP 838: Gestión de residuos sanitarios.
2. Protocolo para la gestión de Residuos de Castilla la Mancha.
3. Protocolo manejo seguros de citostáticos. Servicio Riojano de Salud. Gobierno de la Rioja.

Capítulo 69

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ENCARGADO DE LOS SERVICIOS EN LAS ZONAS DE QUIRÓFANO

MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA

INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ

NOELIA MENA GARCIA

MARÍA ARENAS MOTILLA

ANTONIA GÓMEZ BARCO

1 Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el bloque quirúrgico tiene un papel específico. Sabemos que su desempeño no es realizar la cirugía como tal sin embargo realiza otra serie de tareas muy importantes para el correcto funcionamiento y realización de dichas cirugías. Hablaremos de las diferentes tareas que hace el técnico en cuidados de enfermería antes, durante y después de cada cirugía. En el servicio de quirófano se requiere ser ordenado y exhaustivo con la limpieza y la desinfección así como muy cuidadoso con los diferentes materiales y aparataje que se utilizan y manipulan. En un bloque quirúrgico

hay gran tráfico de pacientes, personal, suministros y residuos que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe conocer y manipular adecuadamente.
Las funciones del TCAE en quirófano vienen recogidas en los artículos 74 a 85 de la Orden ministerial del 26 de abril de 1973 que aprueba el estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la seguridad social.
El personal de quirófano suele componerse de cirujanos, anestesistas, enfermeros, TCAE, celadores y personal de limpieza todos ellos necesarios para un correcto funcionamiento del bloque quirúrgico.
El TCAE siempre será un apoyo para el enfermero circulante y colaborará en todo lo que se necesite.

2 Objetivos

Explicar e indicar las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en el bloque quirúrgico y cómo se desarrollan.

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 papel del TCAE en quirófano es de gran importancia, y persigue las siguientes finalidades:
- Que el quirófano se encuentre en condiciones óptimas de higiene, asepsia y funcionamiento antes de la cirugía.
- Que el material necesario así como el aparataje para la cirugía esté al alcance.
- Garantizar la seguridad y confort del paciente.
- Que entre todo el equipo quirúrgico exista una coordinación adecuada.
- Que el quirófano tenga un correcto enlace con otros servicios relacionados como el laboratorio o la reanimación (R.E.A)
- Que tanto el quirófano como el material y aparataje quede en perfecto estado tras cada cirugía.

- Que la recogida de muestras sea adecuada verificando datos del paciente y asegurándonos que lleguen a su destino sin incidentes.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería realiza diferentes tareas en el bloque quirúrgico, lo primero que debemos conocer adecuadamente son las diferentes zonas que tiene el bloque quirúrgico en el que trabajamos así como orientarnos adecuadamente en él.

- Zona de limpio (donde debemos acceder debidamente uniformados con gorro, mascarilla…)
- Zona de lavado de manos (controlar que todo el material necesario para lavarse las manos esté al alcance).
- Carros y estanterías de material (verificar si todo está repuesto y si no es así hacerlo).
- Carro de anestesia (verificar que todo el material que necesita el anestesista se encuentra en su carro).
- Diferentes almacenes (es importante conocer donde se encuentran y el material que se encuentra en cada uno).
- Conocer diferentes servicios relacionados con el bloque quirúrgico como R.E.A, esterilización, laboratorio…
- Zona de sucio, donde limpiaremos el material utilizado entre otras tareas.

El TCAE debe preparar el quirófano antes de la intervención, verificar que las medidas de higiene son las adecuadas, que el material está repuesto y que los diferentes aparatajes funcionan (sistema de aspiración, movilidad de mesa quirúrgica…)

Una vez el paciente llega al quirófano el TCAE debe recepcionarle de manera adecuada, proporcionándole un ambiente adecuado, transmitiéndole seguridad y comodidad, verificar sus datos y facilitar sus traslados (puede venir en camilla o silla de ruedas) e intentar darle la mayor confortabilidad posible, si notamos que está muy nervioso dialogar con él para así intentar que los nervios previos a la cirugía desaparezcan lo máximo posible. Ayudar a la anestesista a posicionarle y a enfermería a prepararle así como cerciorarse que no trae nada metálico, prótesis removibles, esmalte de uñas…

El TCAE ayudará a el/la enfermero/a a abrir el campo estéril, preparar todo el material necesario y la correcta vestimenta del equipo quirúrgico. Así como facilitar el material que precisen durante la cirugía.

Una vez acabada la cirugía el TCAE ayudará de nuevo en el traslado y bienestar del paciente y después deberá hacer una limpieza y desinfección correcta del quirófano junto con el personal de limpieza, conocer que material se desecha y cuál no, así como limpiar adecuadamente el material y aparataje.

Para limpiar bien el material debemos sumergir en agua y desinfectante (pinzas abiertas y todo desmontado), podemos lavar el material a mano o en lavavajillas siempre con especial cuidado del material más delicado (ópticas, lentes…) para los que emplearemos un paño humedecido en alcohol para su limpieza, prestaremos atención en material como el de laparoscopia que tendremos que lavarlo y secarlo tanto por dentro como por fuera inyectando agua y aire a pistola. El material como brocas, fresas y otros utensilios en los que se quedan diferentes restos en sus puntas deberemos hacer un cepillado exhaustivo a mano asegurándonos de que queda todo limpio. El material de oftalmología siempre lo limpiaremos a mano y con especial cuidado debido a su delicadeza y tamaño. Una vez todo limpio se lo haremos llegar al servicio de esterilización quien lo empaquetará y esterilizará correctamente para su siguiente uso.
Es importante que prestemos especial cuidado en la recogida de muestras, en verificar los datos y que su destino sea adecuado.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en quirófano es muy necesario y debe estar formado adecuadamente, ya que es un servicio especial que necesita de la obtención de unos conocimientos específicos, ya que es muy importante que conozca y realice y desempeñe bien su trabajo pues de él depende la asepsia y seguridad del paciente, así como de que el equipo quirúrgico pueda realizar la cirugía sin contratiempos o se alargue en el tiempo por no tener al alcance un material necesario, o que el material no se limpie y prepare adecuadamente para poder volver a usarlo en cirugías posteriores.

6 Bibliografía

1. https://cdn.website-editor.net.
2. https://revistamedica.com.
3. https://www.auladae.com.tecnicasdelTCAEenquirofano.
4. https://w.w.w.auxiliar-enfermeria.com.
5. Manual práctico de instrumentación quirúrgica de enfermería (SERRA GUILLEM Y MORENO OLIVERAS)ELSEVIER 10/2015.
6. https://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf.

Capítulo 70

LA ERGONOMÍA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y RECOMENDACIONES PARA EVITAR LESIONES

LORENA PIERNAS CARCELÉN

MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ

CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA

1 Introducción

El trabajo de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es crucial en el ámbito de la atención sanitaria, ya que van a brindar apoyo directo a los pacientes y al personal de enfermería. Pero las tareas que van a ser realizadas por el TCAE pueden ser físicamente exigentes y potencialmente peligrosas si no se llevan a cabo con una ergonomía adecuada. Este trabajo va a proponer recomendaciones para prevenir lesiones y mejorar la calidad de vida laboral.

La ergonomía es la ciencia que se va a ocupar de diseñar y adaptar el entorno laboral de las capacidades y las limitaciones del trabajador con el objetivo de prevenir lesiones y mejorar la eficiencia y comodidad en el trabajo a desarrollar por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Su objetivo es mejorar el bienestar y eficiencia del trabajador, evitando lesiones y trastornos relacionados con el trabajo que realizan.

El trabajo de TCAE implica actividades como movilizar a los pacientes, levantar objetos pesados, mantener posturas estáticas y realizar tareas repetitivas. Estos factores van a aumentar el riesgo de desarrollar lesiones musculoesqueléticas, como dolor de espalda, lesiones en hombros y muñecas y trastornos músculo-esqueléticas relacionados con el esfuerzo físico al que están sometidos.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conocer que es la ergonomía en el trabajo y analizar las diferentes recomendaciones para evitar lesiones en el ámbito laboral.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes bibliográficas y en bases de datos académicos para la realización de este trabajo. Se han investigado las diferentes recomendaciones que existen para evitar las lesiones en el ámbito de trabajo del TCAE.

4 Resultados

La ergonomía en el trabajo del TCAE se puede ver en:
1. Levantamiento y movilización de pacientes: una de las principales tareas de los TCAE es ayudar a los pacientes a moverse, levantarse y transferirse de la cama a una silla o camilla. Estas actividades pueden causar tensiones musculares y lesiones si no se realizan de forma adecuada.
2. Posturas estáticas y repetitivas: a menudo los TCAE deben mantener posturas estáticas durante largos períodos o realizar movimientos repetitivos al asistir a múltiples pacientes. Esto puede generar fatiga muscular y estrés en las articulaciones.
3. Manipulación de equipos y suministros médicos: los TCAE también están involucrados en la manipulación de equipos y suministros médicos, como sillas de ruedas, camillas y equipos de monitoreo. El manejo inadecuado de estos objetos puede causar lesiones en la espalda y las extremidades.

Recomendaciones para evitar lesiones del TCAE:
1. Formación en ergonomía: proporcionar a los TCAE en ergonomía esencial para que comprenda la importancia de mantener posturas correctas y como evitar lesiones durante su trabajo.

2. Técnicas adecuadas de levantamiento y movilización: enseñar a los TCAE técnicas de levantamiento seguro y movilización de los pacientes, utilizando la fuerza de las piernas en lugar de la espalda y haciendo uso de ayudas como grúas de traslado cuando sea necesario.
3. Rotación de tareas: implementar un sistema de rotación de tareas para que los TCAE no estén sometidos constantemente a las mismas actividades físicas, permitiendo descansos y variedad en sus funciones.
4. Adecuación de mobiliario y equipos: asegurar que el mobiliario y los equipos utilizados por los TCAE estén diseñados de forma ergonómica para facilitar su uso y reducir el riesgo de lesiones.
5. Uso de ayudas técnicas: proporcionar ayudas técnicas como grúas de traslado, camillas ajustables y carros para facilitar el movimiento y la manipulación de pacientes y equipos.
6. Ejercicios de estiramiento y calentamiento: promover rutinas de estiramientos y calentamiento antes y después del trabajo para mantener la flexibilidad muscular y reducir el riesgo de lesiones.
7. Distribución adecuada de cargas de trabajo: asegurarse de que la carga de trabajo se distribuya equitativamente entre los TCAE y que haya suficiente personal para manejar las demandas del servicio sin sobrecargar a los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

La ergonomía es fundamental para garantizar la seguridad y el bienestar de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en su entorno laboral. Al aplicar los principios ergonómicos en sus tareas diarias, se pueden reducir significativamente las lesiones musculoesqueléticas y mejorar la calidad de vida de estos profesionales. Es importante que los empleadores y los trabajadores colaboren en la implementación de las recomendaciones mencionadas para crear un ambiente de trabajo seguro y saludable para los TCAE. Mediante la implementación de las recomendaciones ergonómicas y las medidas preventivas, es posible reducir significativamente los riesgos asociados al trabajo físico y mejorar la calidad de vida. No solo beneficia a los trabajadores, sino también a los pacientes, ya que un personal saludable y motivado puede brindar una atención de mayor calidad.

6 Bibliografía

http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3384/1/Ros%20Mart%C3%ADnez%2C%20Ana%20M%C2%AA%20TFM.pdfH.pdf
https://revistamedica.com/clasificacion-ergonomia/
https://revistamedica.com/riesgo-ergonomico-profesionales-de-enfermeria/
http://www.auxiliar-enfermeria.com/riesgos_auxiliares.htm
https://www.libelista.com/higiene-postural-y-ergonomia-en-el-ambito-sanitario-para-tcae-676997

Capítulo 71

PLANES DE CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER

CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN

ELENA RODRÍGUEZ MELIA

MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN

MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS

MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO

1 Introducción

El Doctor Aloes Alzheimer fue uno de los primeros en analizar y estructurar esta enfermedad, no tardo en darse cuenta que durante dicha enfermedad se va produciendo una degeneración que produce la muerte de las neuronas del cerebro.

La característica mas importante de esta enfermedad es la perdida de memoria, debido a que las neuronas son las únicas células de nuestro cuerpo que no producen una regeneración cuando mueren, conduciendo a las personas que la sufren a una incapacidad en todas las situaciones de su vida.

Esta enfermedad aparece generalmente alrededor de los 65 años, se da generalmente más en mujeres que en hombres. Cuanta más edad tiene una persona tiene mayor riesgo de tenerla.

Los síntomas son muy variados, los más frecuentes son:
- Fallo en la memoria reciente.
- Problemas para utilizar las palabras correctas para una adecuada comunicación.
- Fallos al recordar el nombre de una persona u objeto.
- No poder manifestar lo que necesitan.
- Cambios en el estado de ánimo de forma repentina.
- Alteraciones del sueño
- Alteraciones del apetito
- Alteraciones en el control de esfínteres

El TCAE realiza una tarea muy importante en la atención de pacientes con Alzheimer, han recibido una preparación que les permite actuar según las necesidades que presenta el paciente

En la fase inicial hay pérdida de memoria y desorientación temporal.
En la segunda fase el enfermo desenvoltura en el lenguaje, presenta problemas para vestirse y necesita ayuda habitual para realizar actividades de la vida diaria.
En la fase avanzada la incapacidad es completa.

Su personalidad sufre trastornos irreversibles, deja de hablar, no reconoce a sus seres queridos, tiene incontinencia urinaria y fecal, aumentando la rigidez de sus músculos quedando poco a poco en silla de ruedas y después en cama. También aparecen dificultades como ansiedad, angustia, agresividad o depresión.

Las personas que se encargan de los cuidados son familiares que padecen el síndrome del cuidador, ya que no reciben información básica y disponen de tiempo de desconexión.

Actualmente 800.000 personas lo padecen y 40000 casos son diagnosticados cada año.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE en el cuidado de pacientes con Alzheimer.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo sobre "Planes de cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el paciente con alzhéimer" se ha realizado una investigación utilizando literatura existente como principal fuente de investigación, utilizando artículos recientes, las páginas que hemos consultado son revistamedica y revistasanitariadeinvestigacion.

4 Resultados

Planificación de los cuidados y diagnóstico.

Mantenimiento de peso:
- Se debe dar una dieta equilibrada basada en sus gustos alimenticios.
- Se debe crear un ambiente tranquilo a la hora de la alimentación.
- Conservar hábitos de alimentación y recordárselos.

Estado nutricional:
- Dar alimentos y suplementos alimenticios para favorecer los procesos metabólicos.

Fallos en la eliminación de orina:
- Controlar la eliminación de orina.
- Instruir al paciente y a su familia a orinar de manera frecuente cada 2-4h, centrándose en su estado de incontinencia, acortándolo o alargándolo según su desarrollo.

Eliminación de la orina:
- Controlar si hay signos de retención de orina.
- Reconocer factores que ayuden a que el paciente tenga episodios de incontinencia.
- Exponer los signos y síntomas que producen infección de tacto urinario.

Fallo en el mantenimiento de su hogar
Entorno de seguridad en el hogar:
- Valorar si le resulta difícil al paciente el mantenimiento de su hogar.
- Implantar con el paciente labores que pueda realizar, explicándole de manera clara.
- Proporcionarle ayuda en tareas que lo necesite a través de personas que conviven en su entorno.

Deterioro de la memoria
Estado neuronal: Estimulación cognitiva
- Implantar con el paciente momentos de descanso para evitar fatiga.
- Dar estímulos sensoriales que mantengan al paciente orientada.

Dirección de la demencia:
- Facilitar un entorno estable y con rutinas diarias.
- Dar siempre órdenes simples.
- Introducir a la familia en el plan de cuidados.

Escucha activa:
- Ayudar al paciente a comunicarse de forma más eficaz posible.
- Mostrarle interés al paciente.
- Comprobar la comprensión del mensaje recibido mediante preguntas y retroalimentación.

Ejercitamiento de la memoria:
- Ejecutar ejercicios y actividades para mantener y reforzar la memoria.
- Ejecutar entrenamiento de la memoria.
- Emplear técnicas que le faciliten la orientación en la realidad.
- Ejecutar estimulaciones de la memoria remota.
- Promover la lectura.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy importante en la atención del paciente con Alzheimer en todas sus fases, ya que tiene conocimientos de la enfermedad para poder aportar al paciente los cuidados necesarios de aseos, cambios posturales, dieta, estimulación, comprensión y trato grato para crear un ambiente de bienestar para el paciente.
El Alzheimer es la enfermedad de demencia mas habitual en la población, se sabe que es de curso gradual sin cura hasta el día de hoy. Por lo que su tratamiento se centra en mejorar la calidad de vida del paciente.
Es también verdaderamente importante no solo centrarnos en el paciente enfermo, sino también en sus cuidadores, ya que tienen una enorme responsabilidad amortiguando las patologías tanto físicas como psicológicas.

6 Bibliografía

1. Plan de cuidados de enfermería: Alzheimer [Internet]
[Citado 8 de Abril 2023]
Disponible
En: https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-alzheimer/
2. Labor del TCAE en el cuidado de pacientes con Alzheimer [Internet]
[Citado 20 de Enero 2023]
Disponible
En: https://www.google.com/amp/s/revistamedica.com/alzheimer-conocimientos-basicos/amp/
3. Alzheimer, papel de la TCAE [Internet]
[Citado 25 de mayo 2023]
Disponible
En: https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/alzheimer-papel-de-la-tcae/

Capítulo 72

EFICACIA DE LAS ESCALAS PARA VALORAR EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANA BELEN ARAQUE ROMERO DE ÁVILA

GUILLERMO ROPERO FUERTES

1 Introducción

Una de las áreas de mayor preocupación de la psicología ha sido el estudio de la personalidad los trastornos que crea una alteración de ellos en nuestra sociedad. Utilizamos escalas para valorar la gravedad de los trastornos de ansiedad en la población para poder abordarlos de forma eficaz.

Las escalas para valorar características del funcionamiento cognoscitivo y del comportamiento de las personas permiten la obtención de datos que orientan hacia el diagnóstico.

Existen numerosas escalas en diferentes ámbitos sanitarios, las cuales se extienden desde la medición de estados alterados de la conducta hasta trastornos de personalidad, así como medir la calidad de vida de los pacientes y estados afectivos tanto de ellos como de sus familiares.

La ansiedad se define como una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación de sistema nerviosos

autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.
La respuesta de ansiedad puede ser provocada tanto por estímulos externos o simulaciones como estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligroso o amenazante. Estos estímulos son capaces de producir la respuesta de ansiedad, la cual viene determinada por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales, en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante diversas situaciones.
La actualidad implica un ritmo de vida acelerado y una alta competencia y especialización. Estos factores exigen a las personas mayor autonomía, flexibilidad, capacidad de iniciativa, seguridad en sí mismo y capacidad de moldearse a situaciones nuevas, lo cual, implica que los seres humanos se encuentren sometidos a momentos de angustia y estrés y desencadene síntomas y trastornos de ansiedad que afectan a su vida cotidiana.
La angustia y los factores estresantes están en todos los lados y ámbitos como en el educativo, familiar, social y laboral; aunque es en el factor laboral donde se manejan datos más alarmantes sobre la ansiedad.
La ansiedad genera aspectos del comportamiento humano: habilidad perceptiva, aprendizaje, memoria, apetito, funcionamiento sexual y sueño.
Este trastorno, se puede convertir en un circuito cerrado que aumenta su respuesta, es decir, la experiencia física de la ansiedad y los pensamientos negativos hacen que se incremente la tensión; en estos casos, aunque el estresor no se encuentre presente la conducta se mantiene.
Hay personas que son más vulnerables a la ansiedad, estas generan un miedo anticipatorio y se provocan síntomas de ansiedad; en este caso la ansiedad aparece en ausencia de estresor.
La ansiedad tiene tres componentes:
• Factores comportamentales: Los estados de ansiedad afectan directamente al comportamiento y la actividad, causando insomnio, hiperactividad y conductas repetitivas.
• Síntomas físicos: El exceso de actividad en el sistema nervioso simpático y el incremento de la tensión muscular produce múltiples síntomas físicos, tales como, dificultad respiratoria, palpitaciones, dolor precordial, molestias gastrointestinales, flatulencias, náuseas, frecuencia en la micción urinaria, impotencia sexual, disminución de la lívido, alteraciones menstruales, etc. Los síntomas relacionados con el sistema nervioso central son confusión, enturbiamientos, vértigos, etc.

• Pensamientos amenazantes: Se consideran pensamientos estresantes y repetitivos que acompañan al pensamiento areousal. Se relacionan con peligro o amenaza física externa, ya que giran en torno a un daño físico o psíquico.

Para evaluar los componentes de la ansiedad se han elaborado cuestionarios y escalas de gran utilidad para los profesionales de la Enfermería.

Las recomendaciones básicas para hacer en caso que se nos presente un caso de ansiedad es:

• Realizar anamnesis, exploración física completa y pruebas complementarias oportunas.

• Descartar causas físicas, psíquicas, iatrogénicas, o por abuso de sustancias.

• Descartada la existencia de patología física, es necesario comunicarlo al paciente para aliviar así sus temores hipocondríacos, explicándole la naturaleza de sus síntomas.

• Conviene que el paciente no interprete que se le está diciendo que «no tiene nada», por lo que le transmitiremos que sabemos que sus síntomas son reales y que se deben a un diagnóstico conocido: la ansiedad. Recurrir a ejemplos explicativos.

• Hacer recomendaciones sobre hábitos: higiene del sueño, consejos dietéticos, excitantes y tóxicos, ejercicio físico regular.

• Puede ser útil enseñar técnicas sencillas de relajación. El apoyo y la psicoeducación son útiles, en cualquier caso.

• Cuando se empleen benzodiacepinas, revisar periódicamente su necesidad para intentar evitar el desarrollo de dependencias.

• Advertir del peligro de la automedicación y del uso de alcohol y otras drogas.

• Hacer control es del correcto cumplimiento terapéutico, en dosis y duración.

Para llegar a una compresión global del paciente y poder establecer un diagnóstico de los trastornos de ansiedad, el instrumento por excelencia es la entrevista clínica.

La entrevista semiestructurada (entre una entrevista dirigida y una libre), se adapta a las características del encuentro médico-paciente en el ámbito de la Atención Primaria. Empieza con preguntas más abiertas, (cuyos contenidos parcialmente predetermina el sanitario), apoya la narración del paciente y, posteriormente, dirige el encuentro con preguntas más específicas o cerradas, que consiguen no dejar interrogantes imprescindibles en la identificación y manejo del problema.

Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo.

Además, estos instrumentos de medida sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica.
Todos estos instrumentos presentan limitaciones (sensibilidad y especificidad inferior al 100%), por lo que no es factible ni recomendable utilizar escalas de rutina en Atención Primaria con fines clínicos. En ningún caso sustituyen a la entrevista clínica, aunque son útiles como guía de la misma y para apoyar el juicio clínico, así como también en el ámbito de la investigación clínica, además de servir para comprobar el efecto de distintas intervenciones en la evolución de la enfermedad.

2 Objetivos

• Investigar acerca de las escalas de valoración de ansiedad que utilizamos y tenemos disponible en la actualidad para este tipo de trastorno.
• Comprobar que las guías que utilizamos para evaluar la ansiedad se encuentran actualizadas.

3 Metodología

Revisión sistemática bibliográfica en bases de datos como Cuiden, Scielo, Cochrane plus, Medline y Servicio andaluz de salud de los últimos diez años escritas en inglés y español, que incluyen artículos de los resultados acerca de las escalas más usadas para valorar la ansiedad.
Se realiza en el año 2016 utilizando las palabras clave como descriptores de búsqueda. De los artículos obtenidos se seleccionaron los más relevantes para el tema a tratar. No se limitó la búsqueda por fecha de publicación ni por idioma, se incluyeron artículos en inglés y español. No excluyen artículos por origen geográfico.
Se encuentran más de 100 artículos relacionados de los cuales nos quedamos con 20 artículos donde se centra más en tema a tratar.

4 Resultados

Según los estudios epidemiológicos realizados en diferentes fechas, los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en la población actual, afectando al 10% de población general; aunque hay que tener en cuenta que los síntomas son más

frecuentes que los trastornos de ansiedad, con lo cual, el 12-15 % de la población padece síntomas de ansiedad.
Los trastornos de ansiedad más frecuentes son las fobias y trastornos generalizados que pueden afectar hasta el 20 % de la población; y los menos frecuentes son el pánico, agorafobia y trastornos obsesivos compulsivos (5% de la población).
El análisis de la Organización Europea para la Salud en el Trabajo mencionó que en Norteamérica los trabajadores latinoamericanos presentan un cuadro donde el 13% de los trabajadores presentan cefaleas, 17% dolores musculares, 30% dolor de espalda, 20% fatiga laboral y 28% trastornos de ansiedad. Con ello, demuestran que los trastornos de ansiedad no diagnosticados y tratados son un problema de salud social que conllevan desgaste emocional y comportamental.
Entre el 15 y el 20% de la población española sufre un episodio de ansiedad cada año y entre el 25 y el 30% lo padece al menos una vez a lo largo de su vida.
Como grupo, los trastornos de ansiedad son las enfermedades mentales más comunes, con una prevalencia mensual del 7,5% en adultos de todas las edades.
En el grupo de adultos mayores de 65 años esta prevalencia mensual baja al 5, 5%, pero es de casi el 20% en un periodo de 6 meses y del 35% a lo largo del ciclo vital. La OMS nombra aproximadamente a 500 millones de personas aquejadas de trastornos mentales de tipo ansioso.
Se exponen las siguientes escalas para la evaluación de los trastornos de ansiedad:
• La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg: Se utiliza para evaluar la severidad y evolución del trastorno. Fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria. Puede servir de guía de la entrevista, así como de indicador de la pre- valencia, gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83,1%), especificidad (81,8%) y valor predictivo positivo (95,3%) adecuados.
• La Escala de Hamilton para la Ansiedad: Valora los signos y síntomas ansiosos, dando como resultado la frecuencia e intensidad del proceso ansioso somático o psíquico.
• La escala HAD-Hospital, Ansiedad y Depresión: Tiene 14 ítems y fue diseñada para la evaluación de la ansiedad y la depresión en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. Es una medida de estado con dos escalas, una para la ansiedad y otra para la depresión. Una de sus principales virtudes es la supresión de los síntomas somáticos para que se pueda evaluar independientemente de la enfermedad somática subyacente. Se trata de un instrumento útil validado en nuestro medio y de especial interés y utilidad en el contexto de Atención Primaria.

• El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Cuestionario autoadministrado: ansiedad de estado (condición emocional transitoria) y de rasgo (se atribuye a la personalidad).
• Inventario de Ansiedad de Beck: Evalúa los síntomas de la ansiedad, evaluando conductas anormales o patológicas de ansiedad.
• La escala de Valoración del estado de Ánimo (EVAE): Utiliza adjetivos como estímulos, se ajusta de forma adecuada a las necesidades de evaluación de los estados de ánimo y las necesidades de los pacientes. Consta de 16 ítems formado por una escala gráfica con diferentes puntuaciones.
Debido a que el tiempo disponible para evaluar a los pacientes en las consultas de Atención Primaria es limitado, los instrumentos a utilizar deben ser fáciles de manejar e interpretar. Se han seleccionado las dos escalas más usadas, una autoadministrada (HAD-Hospital, Ansiedad y Depresión) y otra hetero administrada (EADG-Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg), que pueden ser útiles a la hora de proporcionar preguntas clave para guiar la entrevista clínica y para evaluar los cambios logrados con las distintas intervenciones, pero no para realizar cribado poblacional.
Estas escalas no han sido validadas en la población inmigrante por lo que es posible que tanto su sensibilidad/especificidad como su utilidad clínica, para estos pacientes, sean más limitadas.

5 Discusión-Conclusión

 La ansiedad debe ser tenida en cuenta por los profesionales técnicos auxiliares de enfermería. Estos deben estar capacitados para detectar y diagnosticar a tiempo es estado de ansiedad de forma que se puedan planificar acciones que hagan disminuir o desaparecer este estado, integrando este aspecto en el plan integral de cuidados del paciente.
 El entrenamiento en habilidades sociales puede ser aplicado a todo tipo de problemas, ya que parece existir una estrecha relación entre estas habilidades y la salud. Diversos estudios apuntan la existencia de una relación inversamente proporcional entre la ansiedad y el comportamiento socialmente hábil.
 En la actualidad, trabajamos con escalas para detectar a tiempo la ansiedad en nuestros pacientes.
 Los profesionales sanitarios están familiarizados con estas herramientas, las cuales se actualizan continuamente.

6 Bibliografía

1. Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Irurtia, M. J. y Rosa, A. I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. Psicología Conductual, 11 (3), 539-562.

2. Charot, P. y Sandin, B. (1985): El cuestionario de evaluación del nivel de ansiedad estado. En A. Polaino-Lorente (Ed): Psicología Patológica. UNED, Madrid.

3. American Psychiatric Association (1995). Manual y diagnóstico Estadístico de los trastornos mentales. Masson.
4. Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Barcelona: Ars Medica. Psiquiatría editores S.L; 2004.
5. Bulbena A, Ibarra N, Ballesteros J y Gago J. Instrumentos de evaluación de los trastornos mentales en atención primaria. En: Vázquez Barquero JL. Psiquiatría en atención primaria. 2a ed. Grupo aula médica S.L.; 2008. p.107-125.
6. Badía X, Alonso J. Medidas de bienestar psicológico y salud mental. En: Badía X, Alonso J, editores. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona; 2007. p.49-88.

Capítulo 73

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. LOS CUIDADOS EN LA NUTRICIÓN Y LOS TIPOS DE SONDAS

ANA MARIA MAÑAS ORTEGA

SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ

ESTHER MANDRION BUSTAMANTE

MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN

BERNARDO BAEZA CALDERON

1 Introducción

La alimentación se refiere al proceso por el cual le damos al paciente el alimento que requiere.
El cuerpo del paciente se alimenta de los diversos alimentos y sustancias que consume, lo que ayuda al crecimiento a la vez que conserva y repara los tejidos y da dinamismo y potencia a los órganos.
La nutrición oral es la forma más natural de nutrir el cuerpo de un paciente.
Cuando esta opción no es factible, podemos utilizar la nutrición enteral, en la que el paciente no participa activamente y los alimentos se preparan de una forma específica y especial (Modelo de Nutrición Enteral).

Se le proporciona al paciente la cantidad de calorías y vitaminas que requiere para mantener y mejorar sus funciones vitales en función de sus necesidades con el fin de prevenir la desnutrición.
El uso más común de nutrición enteral es para adultos (8 o 10 FR); estos tienen letreros en su superficie que nos advierten de la longitud del catéter introducido en el cuerpo; miden entre 100-120 cm (los de 90 cm son solo nasogástricos, no para alimentación). La nutrición enteral puede estar indicada y conveniente de manera temporal o permanente.
Se recomienda la nutrición a través de una enterostomía para períodos de alimentación de seis semanas o más, y se recomienda una sonda nasogástrica para períodos de alimentación de menos de seis semanas.

2 Objetivos

Explicar los tipos de sondas de nutrición enteral junto con sus indicaciones y contra indicaciones, técnicas de administración y otras consideraciones especiales por parte de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo se realizó una revisión bibliográfica y se utilizaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Medline, siguiendo una serie de pasos consistentes en búsqueda de información en libros y consulta de artículos científicos de publicaciones revisadas.

4 Resultados

Existen tipos adicionales de sondas para diversos fines, incluida la sonda Ewald, que se utiliza para el lavado gástrico:
• Sonda de musgo: este dispositivo tiene tres luces, la primera de las cuales bloquea el píloro, la segunda ingresa al estómago y se usa para la aspiración, y la tercera ingresa al duodeno y se usa para la alimentación.
• Tubo de Blakemore-Sengstaken: este dispositivo aplica presión en las paredes del esófago para detener el sangrado provocado por las várices esofágicas. Para la descompresión intestinal, utilice un tubo cantor.
• Sonda Miller-Abbott: sonda larga utilizada para la descompresión intestinal que tiene un calibre pequeño y varios orificios en un extremo.

En caso de intoxicación, la Sonda de Fouche se utiliza para el lavado gástrico debido a su gran calibre y diseño menos flexible. Sonda de Salem: de doble vía, suministra aire continuamente al estómago, conectada a la aspiración y ampliamente utilizada.
La sonda Levin debe reemplazarse cada 7 a 10 días porque puede endurecerse por el calor corporal y las secreciones gástricas. Es transparente para que el paciente pueda ver el contenido del material aspirado.
No se administrará nutrición enteral por sonda de succión nasogástrica.
Técnicas de administración de nutrición por infusión enteral.
1. Administración esporádica:
Esta forma es muy similar a la alimentación regular y está indicada cuando el tracto intestinal del paciente goza de buena salud y el tiempo de vaciado es normal.
Se administra a intervalos similares a una toma habitual, según tolerancia, con un volumen de 200-500 ml, utilizando:
- Jeringa: con bolos continuos y lentos de mezcla alimenticia con jeringa de 50 ml a 20-30 ml/min. Para prevenir las náuseas, los vómitos y la diarrea. etc.
- Por gravedad: 4-6 veces al día durante 30-120 minutos cada una, controlada por un equipo de infusión; mejor tolerado por el paciente porque es más lento.
- Por bomba: Es la mejor opción para pacientes con trastornos digestivos y también es la mejor tolerada porque permite un control mucho más preciso sobre la velocidad de ingestión.
2. Administración continua: Se hacen recomendaciones cuando existe un mal control metabólico, que afecta los procesos de digestión y absorción. Aunque este método restringe la movilidad del paciente, es muy bien tolerado. Los nutrientes se administran al paciente en el transcurso de 24 horas con la ayuda de una infusión por goteo o bomba.

5 Discusión-Conclusión

La patología del paciente debe ser tenida en cuenta para que el técnico auxiliar de enfermería evalúe, diagnostique y decida si la nutrición enteral es necesaria para el paciente.
Para brindar comodidad, tranquilidad y sobre todo máxima privacidad a los pacientes que requieren “Nutrición Enteral”, el Técnico Auxiliar de Enfermería debe conocer los diferentes tipos de sondas, sus indicaciones y contraindicaciones, y cómo cuidarlas específicamente. También deben ser conscientes de que este estado puede requerir la asistencia de psicólogos y psiquiatras para apoyar a este

tipo de pacientes en esta situación novedosa.
El resultado final de utilizar este método tanto en atención primaria como en atención especializada será garantizar que el paciente reciba una nutrición óptima tanto dentro del hospital como en el hogar.

6 Bibliografía

1. www.medlineplus.gov
2. www.riojasalud.es

Capítulo 74

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION EN LA REALIZACIÓN DE UNA RESONANCIA MAGNÉTICA

ANA MARIA MAÑAS ORTEGA

SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ

MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN

BERNARDO BAEZA CALDERON

ESTHER MANDRION BUSTAMANTE

1 Introducción

La resonancia magnética es un método de imagen flexible que no utiliza radiación ionizante para proporcionar imágenes detalladas de tejidos blandos como vasos sanguíneos, músculos, tendones y órganos. Esto lo convierte en una opción segura para el diagnóstico de una variedad de enfermedades y afecciones, incluidas lesiones en las articulaciones, tumores, enfermedades cardíacas, cerebrales y abdominales, entre otras.

Mediante el uso de campos magnéticos y ondas de radiofrecuencia, el método de diagnóstico por imágenes conocido como resonancia magnética nuclear (RMN) crea imágenes precisas del interior del cuerpo humano. Se basa en la idea de que

ciertos átomos en el cuerpo, como el hidrógeno, tienen propiedades magnéticas y pueden ser controlados por un campo magnético.
El paciente se coloca dentro de un tubo o túnel que tiene un imán fuerte durante una resonancia magnética. Para excitar los átomos de hidrógeno en el cuerpo, se producen campos magnéticos y pulsos de radiofrecuencia. Para crear imágenes tridimensionales de las estructuras corporales internas, estos átomos emiten señales que son captadas por antenas especializadas.
Con la ayuda de la resonancia magnética, los profesionales médicos pueden obtener detalles precisos sobre la composición y el funcionamiento de los tejidos y órganos. Además, se pueden realizar pruebas especializadas, como resonancias magnéticas con contraste, que facilitan la visualización de determinadas patologías o regiones mediante la administración de un medio de contraste.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la realización de una Resonancia Magnética.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para garantizar la seguridad y la comodidad del paciente durante el procedimiento y facilitarlo a todos en la sala de resonancia magnética, el papel del técnico de cuidados auxiliares de enfermería es fundamental. Las responsabilidades principales del técnico de atención auxiliar de enfermería durante una resonancia magnética incluyen lo siguiente:
• Preparación del paciente: el técnico de atención auxiliar de enfermería ayuda a preparar al paciente para la resonancia magnética. Esto incluye delinear el proceso, responder a las consultas y ofrecer apoyo moral. Para garantizar un procedimiento seguro, también se ocupa de recopilar información pertinente sobre la salud del paciente, como antecedentes médicos y alergias.

• Posicionamiento del paciente: Durante la resonancia magnética, el técnico de atención auxiliar de enfermería se encarga de colocar correctamente al paciente en la mesa de resonancia magnética. Asegurarse de que esté cómodo y en la posición adecuada dará como resultado mejores fotografías.
• El técnico de atención auxiliar de enfermería puede ayudar al paciente a usar dispositivos de seguridad, como audífonos o retenedores dentales, para protegerlos durante la resonancia magnética.
• Monitoreo del paciente: durante todo el procedimiento, el técnico de atención auxiliar de enfermería vigila al paciente para asegurarse de que esté bien y para abordar adecuadamente cualquier necesidad o inquietud que pueda surgir.Esto puede implicar vigilar indicadores vitales como la frecuencia cardíaca y la presión arterial.
• Comunicación con el paciente: A lo largo de la RM, el auxiliar de enfermería o técnico asistencial debe mantenerse en estrecho contacto con el paciente. Esto podría implicar brindar orientación sobre la respiración o el movimiento del paciente, así como seguridad y apoyo durante todo el procedimiento.
• Asistencia del radiólogo: durante la resonancia magnética, el técnico de atención auxiliar de enfermería colabora estrechamente con el radiólogo. Él puede ayudar a brindar contraste, realizar modificaciones técnicas y capturar las imágenes requeridas.
• Seguridad y control ambiental: el técnico de atención del asistente de enfermería se asegura de que el entorno de la sala de resonancia magnética sea seguro y se administre de manera efectiva. Esto requiere adherirse al protocolo de seguridad radiológica, garantizar que el equipo se limpie y desinfecte correctamente y mantener un flujo de trabajo productivo.

5 Discusión-Conclusión

Mantener una comunicación constante y abierta con el paciente durante la realización de una resonancia magnética es un consejo clave para el técnico de cuidados auxiliares de enfermería. La ansiedad y el miedo del paciente se pueden reducir explicando claramente el procedimiento y ofreciendo apoyo emocional. También es crucial asegurarse de que el paciente esté relajado y colocado correctamente en la mesa de resonancia magnética. También es fundamental mantener el entorno bajo control y prestar mucha atención a las necesidades del paciente en todo momento. Se obtendrá una experiencia de resonancia magnética más positiva y satisfactoria teniendo en cuenta cuán diferente es cada paciente y ajustando la estrategia de atención para satisfacer sus necesidades particulares.

6 Bibliografía

1. Philipps, J. (1963). Concepto y funciones del Hospital.
2. Pubmed

Capítulo 75

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCION ANTE UN PACIENTE ONCOLÓGICO EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

ANA MARIA MAÑAS ORTEGA

SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ

ESTHER MANDRION BUSTAMANTE

MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN

BERNARDO BAEZA CALDERON

1 Introducción

Los pacientes oncológicos necesitan una atención especializada que debe ser brindada de manera continua por profesionales con la formación y experiencia necesarias. Una parte esencial del cuidado de los pacientes oncológicos en planta hospitalaria en esta situación la desempeña el Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería (TCAE).

La principal responsabilidad del TCAE, un profesional de la salud que trabaja bajo la dirección del personal de enfermería, es apoyar la atención del paciente

ayudando a realizar las tareas de atención de rutina, así como la administración de tratamientos y medicamentos.
El TCAE está específicamente habilitado para brindar atención al paciente con cáncer en la sala de hospitalización oncológica. Entre ellos se encuentran la administración de medicamentos y tratamientos médicos que hayan sido prescritos por el médico, el control y seguimiento de los signos vitales, y el tratamiento de heridas y escaras ocasionadas por el tratamiento.
La familia del paciente necesitará un apoyo emocional constante por parte del TCAE, quien también le ofrecerá asesoramiento y apoyo. El cuidado de los pacientes con cáncer requiere un trato cercano, cálido y comprensivo; por lo tanto, es crucial que los TCAE reciban capacitación en habilidades sociales y de comunicación.
Un componente esencial del equipo de atención al paciente oncológico en la planta de hospitalización es el técnico auxiliar de cuidados de enfermería. Su trabajo beneficia la salud integral y la atención integral del paciente, mejorando su calidad de vida a lo largo de su tratamiento y recuperación.

2 Objetivos

- Analizar el papel y la función por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el cuidado del paciente oncológico en la planta de hospitalización.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se llevó a cabo una búsqueda sistemática de la literatura existente y también se han consultado los principales artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El auxiliar de enfermería realiza una variedad de tareas y posee una variedad de habilidades que son esenciales para brindar una atención integral al paciente, que es una parte fundamental de la atención que se brinda a los pacientes con cáncer en la sala del hospital. A continuación se presenta una descripción detallada de las funciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en su día a día.

El auxiliar de enfermería es, ante todo, el encargado de confeccionar los vendajes y apósitos necesarios para las heridas y escaras provocadas por el tratamiento. Se debe enfatizar el hecho de que los pacientes con cáncer son más susceptibles a las infecciones porque las complicaciones se pueden evitar con el cuidado adecuado y una buena higiene. Los signos vitales del paciente, incluida la temperatura, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, también están bajo el control y la observación del auxiliar de enfermería. Esto permite la detección temprana de posibles complicaciones y la implementación de las contramedidas necesarias.

En segundo lugar, el auxiliar de enfermería administra los medicamentos y tratamientos prescritos por el médico, asegurándose de cumplir con las instrucciones y dosis especificadas y controlando cualquier posible efecto secundario. El auxiliar de enfermería debe estar calificado para reconocer e informar cualquier reacción adversa y poseer un conocimiento práctico de la farmacología.

En tercer lugar, la familia del paciente y el auxiliar de enfermería ofrecen apoyo emocional. El TCAE debe estar preparado para brindar contención y apoyo en todo momento porque los pacientes oncológicos frecuentemente experimentan ansiedad, depresión y otros trastornos emocionales. El TCAE en este campo necesita dominar la empatía y la escucha activa.

En cuarto lugar, también trabaja con la movilización y limpieza del paciente. Los pacientes con cáncer pueden tener restricciones físicas como resultado de su condición o tratamiento; por lo tanto, el auxiliar de enfermería debe estar calificado para movilizar al paciente de manera segura y ayudar con la higiene personal.

La historia clínica del paciente, que debe incluir la documentación de las intervenciones realizadas y los cambios en el estado de salud del paciente, también debe ser actualizada por el auxiliar de enfermería. Para que el personal médico trabaje en conjunto de manera efectiva y garantice que los pacientes reciban atención de alta calidad, esta información es crucial.

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel crucial en la prestación de atención integral a los pacientes con cáncer en la sala del hospital mediante la realización de una variedad de tareas y la demostración de una serie de competencias específicas. Su trabajo es fundamental para asegurar el bienestar emocional de la paciente y su familia y recibir una atención de alta calidad.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería realiza una variedad de tareas y posee un conjunto de habilidades que son esenciales para brindar a los pacientes con cáncer una atención integral en la sala del hospital.
También está preparado para brindar atención de alta calidad y ayudar a los pacientes a mejorar su calidad de vida, desde realizar tratamientos y monitorear signos vitales hasta administrar medicamentos y ofrecer apoyo emocional.
El trabajo del auxiliar de enfermería complementa el de los equipos médicos y de enfermería, y su trabajo coordinado es necesario para garantizar una atención eficaz y eficiente. Esto necesita ser enfatizado. En definitiva, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería juega un papel fundamental en el ámbito hospitalario en lo que se refiere al cuidado de los pacientes oncológicos.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011).Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Real Decreto 546/1995, de 7 de abril.
2. OMS (2018). Cuidados paliativos. Consultado el 5 de mayo de 2023, disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care.

Capítulo 76

PLAN DE CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO Y LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN

MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS

MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO

CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN

ELENA RODRÍGUEZ MELIA

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) o úlceras de decúbito, denominadas en el ámbito sanitario como escaras, son heridas o lesiones que se producen sobre la superficie de la piel y sus tejidos, debido a un roce prolongado con alguna superficie como puede ser el caso, de la cabecera, la sábana bajera, o la sábana encimera.
La piel es el órgano más grande que posee el ser humano, cubre por completo la superficie del mismo. La piel se divide en tres capas diferenciadas en cuanto a su grosor y su función. Estas capas son:

La epidermis: es la capa más externa de la piel y está formada por diversos tipos de células entre las que podemos encontrar las células escamosas, las basales y los melanocitos.
La dermis : Es la capa intermedia, en ella se encuentran diversas estructuras entre las que podemos encontrar los vasos linfáticos, vasos sanguíneos, folículos capilares y algunos nervios.
La hipodermis: esta capa es la más profunda de la piel, y se encuentra formada por un conjunto de células de grasa y una red de colágeno. Esta capa es la encargada de la protección de los tejidos ante un golpe.
Las úlceras por presión se dividen según su gravedad en diferentes estados:
Estadio I: En este caso nos encontramos ante un enrojecimiento de la piel no blanqueante tras aliviar la presión, localizado generalmente sobre una prominencia ósea como los talones.
Estadio II: Se considerará de grado dos cuando aparezca una pérdida del espesor de la dermis, en la que se intuya una úlcera abierta. Con una profundidad menor.
Estadio III: En una úlcera de este tipo se ha perdido por completo el grosor del tejido, pudiendo observar la grasa subcutánea, pero sin poder observarse estructuras más profundas, como serían los huesos.
Estadio IV: Es considerada como el estado más grave en el que podemos encontrar una úlcera por presión, en este caso se produce una pérdida total del espesor de los tejidos pudiendo observar estructuras profundas como huesos, tendones o músculos.

2 Objetivos

El objetivo principal de nuestro trabajo consistirá en:
- Conocer el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el manejo y prevención de las úlceras por presión.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se ha llevado a cabo a través de una búsqueda en internet, mediante algunas bases de datos como Scielo o Pubmed, y una búsqueda más general utilizando como motor de búsqueda el explorador Google Chrome.
Para concretar la búsqueda hemos utilizado una serie de palabras clave entre las que podemos encontrar:
UPP
Escaras

Plan de cuidados
Auxiliar de enfermería
Cambios posturales

4 Resultados

Tras la recopilación de información hemos podido apreciar que existe un meticuloso plan de cuidados para la prevención y tratamiento de las úlceras de presión por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Este plan se revisa y actualiza de forma continua pudiendo aportar consejos o recomendaciones en cualquier momento, en el que se detallan de una manera clara y concisa las numerosas funciones que debe desempeñar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
Entre las principales funciones que debe desempeñar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería podemos encontrar:
Se debe llevar una correcta higiene de la piel del paciente, haciendo hincapié en aquellas zonas que puedan permanecer húmedas o expuestas con mayor frecuencia, como puede ser la zona alrededor del ano, o los genitales.
Se debe mantener una correcta humedad de la piel en aquellas zonas que pueden presentar un mayor riesgo de aparición de úlceras por presión, como son las zonas del talón, las puntas de los dedos de los pies y la zona del sacro. Para mantener la correcta humedad de la piel será necesario aplicar aceites o cremas humectantes en caso de ser necesario.
Se deberán realizar cambios posturales al menos cada dos horas para suavizar el contacto en las zonas de mayor riesgo.
En caso de ser posible se proporcionará al paciente ropa de cama como cabeceras, para situarlas aliviando la presión en las zonas de mayor riesgo.
Se debe explicar al paciente y a sus familiares la importancia de revisar la piel en busca de la presencia de enrojecimientos o heridas.
En cuanto al tratamiento por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, los cuidados proporcionados no difieren demasiado de los realizados durante la prevención, el técnico debe asegurarse de que la piel se mantenga seca y limpia, de que se conserve una correcta humedad de la piel, y de realizar de manera puntual los cambios posturales para suavizar la presión en la zona de aparición de la úlcera.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar, en cuanto al tratamiento y prevención de las úlceras por presión, la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ejerce un papel muy importante, tanto durante su prevención, como durante su tratamiento.

Por ello cuando nos encontremos ante pacientes que presenten un riesgo elevado de aparición de úlceras por presión, debemos hacer mucho hincapié en la correcta aplicación del plan de cuidados, así como de ser capaces de reconocer cualquiera de los tipos de úlceras por presión, ya que nos las podemos encontrar en cualquiera de nuestros servicios.

En la actualidad las úlceras por presión son un problema muy importante, ante el cual, la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede suponer una gran diferencia.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Plan de cuidados de enfermería a paciente con úlcera por presión en atención primaria. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-a-paciente-con-ulcera-por-presion-en-atencion-primaria/.

2. Úlceras de decúbito (úlceras por presión) - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/bed-sores/symptoms-causes/syc-20355893.

3. Capas de la piel: MedlinePlus enciclopedia médica illustración [Internet]. [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/8912.htm.

4. default - Stanford Medicine Children's Health [Internet]. [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=anatomadelapiel-85-P04436.

5. Úlceras por presión: Categorías | Úlceras.net [Internet]. [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: https://ulceras.net/monografico/110/98/ulceras-por-presion-categorias.html.

Capítulo 77

EL PROTOCOLO Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS

MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO

MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS

CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN

ELENA RODRÍGUEZ MELIA

MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN

1 Introducción

Los riñones son los órganos encargados de mantener el correcto equilibrio de agua y minerales, entre los que podemos encontrar a los electrolitos, en nuestro organismo. Tienen un tamaño aproximado de 12 cm, y su forma se suele comparar con la forma de una alubia. Otras funciones de los riñones son: la filtración de sustancias de desecho, la eliminación o excreción de algunas hormonas y en cierta medida mantienen un control de la presión arterial.

Cuando nos encontramos con un paciente que debido a cualquier tipo de problema o enfermedad, la función de sus riñones se ha visto afectada entra en juego la importancia de la diálisis.

La diálisis es un tratamiento médico que sustituye las principales funciones de los riñones dañados. En la actualidad existen dos tipos de diálisis:

Hemodiálisis: la hemodiálisis se realiza a través de una máquina, se debe realizar en un entorno controlado y debe realizarse varias veces a la semana. En muchas ocasiones esta técnica es conocida como riñón artificial.
Diálisis peritoneal: En esta técnica se filtra la sangre a través de una membrana que recubre la zona abdominal, conocida como membrana peritoneal.

Aunque la principal función de ambas es la filtración de sangre para la eliminación de las sustancias de desecho, su principal diferencia es el método de filtración.

2 Objetivos

El objetivo principal del capitulo consistirá en:
- Definir las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado del paciente con tratamiento de diálisis.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se ha realizado a través de una búsqueda de información utilizando como herramienta algunas bases de datos como Scielo, Pubmed o Google académico, así como una búsqueda de información a través de internet, ya sea en revistas webs, páginas y webs y demás. para acotar la búsqueda hemos utilizado una serie de palabras clave entre las que podemos encontrar:
Auxiliar de enfermería
TCAE
Diálisis
Funciones

4 Resultados

Tras la búsqueda de información hemos aprendido que a parte de las funciones a desempeñar por el o la técnico en cuidados auxiliares de enfermería, debe poseer una amplia cantidad de conocimiento antes de desempeñarlas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe conocer completamente todos los accesos vasculares utilizados en los pacientes sometidos a hemodiálisis, conociendo las principales ventajas, y los diferentes problemas que pueden causar cada uno de los diferentes tipos de accesos.

Otra información relevante que debe conocer el técnico en cuidados auxiliares de enfermería son los posibles factores que pueden afectar a la insuficiencia renal crónica en aquellos pacientes sometidos al tratamiento con hemodiálisis.

Al poseer toda esta información, él técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá desempeñar diferentes funciones entre las que destacan:

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe apoyar y guiar al paciente durante todo su tratamiento, teniendo en cuenta el desarrollo de los aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales.
Se debe mantener el área del paciente y todas las alas relacionadas.
Otra función importante realizada por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería sería la preparación de todos los materiales y el instrumental que puede ser necesario durante la realización del tratamiento.
Debería llevar un control periódico del peso del paciente antes y después de cada tratamiento siempre con la misma ropa.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe verificar la condición del paciente para que esté óptima, y anotar cualquier anomalía o problema que encuentre durante la verificación.
Debe medir las constantes del paciente, así como el control de diuresis y la ingesta durante el tratamiento.
Debe enseñar al paciente el correcto mantenimiento del acceso al paciente.
En la medida de los posible el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe apoyar a la enfermera en la realización del tratamiento.
Tras el tratamiento su función es la de empaquetar el material utilizado para su esterilización, y reponer el material para el siguiente paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar tras la lectura del capítulo, el tratamiento de diálisis es muy importante, pues la función de los riñones es esencial para el correcto funcionamiento del cuerpo.
Hemos aprendido que, a pesar de que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería no es el encargado principal de realizar el tratamiento de diálisis, tanto

hemodiálisis como diálisis peritoneal, las funciones que debe realizar son indispensables, pues sin ellas no podría llevarse a cabo el tratamiento de diálisis.
Entre todas las funciones que hemos mencionado nos gustaría destacar el proceso de aprendizaje y enseñanza que es llevado a cabo durante, antes y después del tratamiento, entre el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el paciente, pues aunque sea el técnico el encargado de enseñar al paciente los diferentes conocimientos sobre el tratamiento, debemos acordarnos que existen una infinidad de perfiles de pacientes, y que de cada uno de ellos podemos aprender muchas cosas diferentes.

6 Bibliografía

1. Cronos R. Cronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado 17 de julio de 2023]. ▷ Las funciones y obligaciones del Técnico Auxiliar de Enfermería dentro de los centros sanitarios españoles. Disponible en: https://revistamedica.com/funciones-obligaciones-tcae/.
2. PacienteRenalBlog. El día a día de una auxiliar de enfermería en una unidad de hemodiálisis [Internet]. PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. 2017 [citado 21 de julio de 2023]. Disponible en: http://pacienterenal.general-valencia.san.gva.es/2017/10/24/el-dia-a-dia-de-una-auxiliar-de-enfermeria-en-una-unidad-de-hemodialisis/.
3. Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 21 de julio de 2023]. Diálisis - Trastornos renales y del tracto urinario. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/di%C3%A1lisis/di%C3%A1lisis.
4. Diálisis [Internet]. National Library of Medicine; [citado 21 de julio de 2023]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/dialysis.html.
5. Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 21 de julio de 2023]. Riñones - Trastornos renales y del tracto urinario. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/biolog%C3%ADa-de-los-ri%C3%B1ones-y-de-las-v%C3%ADas-urinarias/ri%C3%B1ones.

Capítulo 78

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL ELECTROCARDIOGRAMA

MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ

ANGELA OCAÑA CAMINERO

INMACULADA RUBIO CARRETERO

MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ

MILA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El electrocardiograma es un aparato que registra la señal eléctrica del corazón para detectar las diferentes afecciones cardiacas. Al colocar los electrodos en el pecho del paciente se trasmiten las ondas eléctricas que provocan los latidos.
El electrocardiograma muestra un mapa de la actividad del corazón. Esta prueba es muy común en los centros sanitarios y es indolora teniendo la capacidad para reflejar y mostrar cualquier problema que tenga el corazón.
Es una prueba que no conlleva ningún riesgo para el paciente, en algunos casos se ha detectado alegría a los electrodos por lo que se han desarrollado electrodos especiales para pacientes con alergia a los metales.
Se trata de un aparato conectador a la red eléctrica con un brazo que tiene 12 cables: 4 de ellos se colocan en las extremidades y los otros en el pecho.

Estos sensores detectan la actividad cardiaca del músculo cardiaco volcando la información en un papel en forma de ondas que los médicos leen para recibir la información del mismo.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en algunas unidades como en las unidades de cuidados intensivos tiene delegado esta función por lo que es el responsable de realizar esta técnica y explicar al paciente su procedimiento.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este capítulo se trata de explicar las funciones de un electrocardiograma.
Como objetivo secundario describir las actividades de técnico en cuidados auxiliares de enfermería cuando realiza un electrocardiograma.

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 técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado de colocar al paciente para la realización de un electrocardiograma por lo que debemos:
- Explicar al paciente lo que se le va a realizar.
- Colocarlo en decúbito supino en la camilla o la cama.
- Liberarlo de relojes y objetos en las muñecas.
- El pecho debe quedar al descubierto para colocar los electrodos que miden el ritmo cardíaco.
- Se informa de no moverse, hablar o toser durante los segundos que dura la prueba.
- Se debe trasmitir tranquilidad.

Las conocidas derivaciones se colocan de la siguiente manera roja, amarilla, negra y verde en las extremidades comenzando por la roja y negra en el lado derecho y las otras en el lado izquierdo.

En el orden de RANA que es conocido por todos los profesionales sanitarios.
El resto de las derivaciones son las conocidas como precordiales yendo desde el cuarto espacio intercostal derecho hasta el lado izquierdo que es el lugar del corazón.
Una vez colocadas las derivaciones en unos segundos se imprime el papel milímetro que refleja el funcionamiento del corazón, se escribe el nombre del paciente, la hora y la fecha de la realización.
El electrocardiograma va a reflejar:
• Alteraciones en el ritmo cardiaco.
• Obstrucción de las arterias coronarias.
• Mostrar ataques cardiacos anteriores o si se está sufriendo un infarto o angina de pecho.
• Estado del marcapasos que porta el paciente.
• Respuesta del corazón a determinados medicamentos.
Ante cualquiera de los siguientes signos y síntomas, el médico marca la realización de un electrocardiograma:
• Dolor intenso y constante en el pecho.
• Mareas o aturdimiento en estado de confusión.
• Taquicardias.
• Pulso por encima de lo normal.
• Sensación de falta de aire.
• Disminución de la capacidad de funcionar después de realizar ejercicio físico.
En base al resultado es posible que se tengan que realizar otras pruebas de cardiología y pautar un tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los conocidos servicios especiales somos los responsables de realizar los electrocardiogramas. Los servicios de urgencias y los de cuidados intensivos reciben muchos pacientes que precisan de esta técnica.
Por ello, hay que recalcar que el técnico es responsable del estado del aparato antes de su uso por lo que debe estar limpio y con todo el material que precisa que son los electrodos y el papel milimétrico junto a su conexión a la red eléctrica para mantener la batería en buen estado.
Después de su uso se debe limpiar y colocar en el lugar indicado hasta su próximo uso.

6 Bibliografía

Evangelina Pérez, Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill. 2017
- apuntesauxiliarenfermeria. blogspot.com/2011/02/el- electrocardiograma.html
- www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40- articulo-electrocardiograma-edadpediatrica-S1138359 314000550
- https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/ekg/about/pac20384983#::text=Un%20electrocardiograma%20(electrocardiograf%C3%ADa)%20registra%20la,coraz%C3%B3n%20que%20provocan%20los%20latidos

Capítulo 79

EL IMPACTO DE LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS A CARGO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ

LORENA PIERNAS CARCELÉN

CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA

1 Introducción

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que conlleva desafíos en el ámbito de la salud. Uno de los riesgos más comunes para las personas mayores es la probabilidad de sufrir caídas, que representan una causa importante de morbimobilidad en este grupo de edad. Las caídas son un problema significativo para la población geriátrica, ya que pueden provocar lesiones graves, discapacidad y disminución de la calidad de vida. Las caídas en pacientes geriátricos son una preocupación creciente debido al envejecimiento de la población. Los TCAE, como parte integral del equipo de atención médica, desempeñan un papel fundamental en la prevención de estas caídas y la promoción de la seguridad del

paciente. Se explorarán los aspectos clave de los protocolos, su efectividad y las mejores prácticas para reducir las caídas en este grupo vulnerable de pacientes. Para evitar las lesiones, se implementan unos protocolos de seguridad para prevenir las caídas, o si ocurre que no llegue a ser muy grave. Es necesario un estudio de incidencias de caídas en pacientes geriátricos, implementar protocolos de seguridad indicados por el TCAE y así se podrá tener en cuenta el impacto que tienen estos protocolos en la seguridad y atención del paciente geriátrico.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer por qué es importante la aplicación de los protocolos de seguridad frente a caídas en los pacientes geriátricos, ya que son propensos a sufrir caídas.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en bases de datos científicas y revistas especializadas en medicina y enfermería. Se seleccionaron estudios que evaluaran la eficacia de los protocolos de seguridad implementados por los TCAE en la prevención de caídas en pacientes geriátricos.

4 Resultados

Los protocolos de seguridad implementados por los TCAE han demostrado tener un impacto significativo en la prevención de caídas en pacientes geriátricos. Algunos aspectos clave que han contribuido a su efectividad incluyen:
1. Evaluación de riesgo: Los TCAE realizan una evaluación exhaustiva del riesgo de caídas en cada paciente geriátrico, teniendo en cuenta factores como la movilidad, equilibrio, uso de medicamentos, problemas visuales y otros problemas médicos relevantes, como cambios sensoriales y otros factores relacionados en el envejecimiento. Las caídas van a representar una causa significativa de ingresos hospitalarios y lesiones, lo que aumenta la carga tanto para los pacientes como para los sistemas de atención médica.
2. Comunicación interdisciplinaria: Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud para compartir información sobre el riesgo de caídas y las medidas preventivas a implementar.

3. Entorno seguro: Los TCAE se aseguran de que el entorno en el que se encuentra el paciente esté libre de obstáculos y adaptado para minimizar los riesgos de caídas, como el uso de pasamanos, alfombras antideslizantes y una iluminación adecuada.
4. Movilización asistida: Los TCAE utilizan técnicas adecuadas para movilizar a los pacientes, como ayudarlos a levantarse de la cama o silla, evitando movimientos bruscos y asegurándose de que utilicen dispositivos de apoyo cuando sea necesario.
5. Educación del paciente y familiares: Los TCAE educan a los pacientes y sus familias sobre las medidas preventivas para reducir el riesgo de caídas, incluida la promoción de la autonomía con seguridad.
6. Protocolos de seguridad implementados por los TCAE: los TCAE van a desempeñar un papel crucial en la prevención de caídas al aplicar protocolos de seguridad específicos en su práctica diaria. Algunas van a incluir:
-Evaluar el riesgo de caídas de cada paciente.
-Uso de ayudas para la movilización.
-Supervisión constante.
-Educación a pacientes y familiares sobre la prevención de caídas.
-Mantenimiento de un entorno seguro y libre de obstáculos.

5 Discusión-Conclusión

Los protocolos de seguridad implementados por los TCAE han demostrado ser efectivos en la prevención de caídas en pacientes geriátricos. Su papel en la evaluación del riesgo, la comunicación interdisciplinaria, la creación de un entorno seguro, la movilización asistida y la educación del paciente y familiares son fundamentales para el éxito en la prevención de caídas. Sin embargo, la formación continua y la mejora de los protocolos son esenciales para mantener y mejorar los resultados positivos. La colaboración y el trabajo en equipo entre todos los profesionales de la salud son cruciales para lograr una atención integral y segura para los pacientes geriátricos.

6 Bibliografía

https://elda.san.gva.es/documents/6521643/6574471/Riesgos+Laborales+Profesionales+y+Medidas+Preventivas+-+Auxiliar+de+Enfermeria.pdf
https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-de-caidas-en-el-anciano-hospitalizado-articulo-monografico/

https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/e16faaeec77d5e943d6515699ca107e3.pdf
https://revistamedica.com/prevencion-caidas-anciano-repercusion/
http://www.auxiliar-enfermeria.com/riesgos_auxiliares.htm

Capítulo 80

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA INCISIÓN DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO

MILAGROS MORENO CLEMENTE

JUAN TOMAS GALÁN PINA

ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO

ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA

VANESSA SÁNCHEZ SORIA

1 Introducción

Una incisión de piel y tejido subcutáneo por arma blanca se refiere a una lesión provocada por el corte de la piel y las capas subyacentes de tejido mediante el uso de un objeto punzante o cortante, como un cuchillo, navaja u otro tipo de arma blanca. Este tipo de herida puede tener diferentes grados de profundidad y extensión, dependiendo de la fuerza y el ángulo del ataque.

Las incisiones de piel y tejido subcutáneo por arma blanca pueden variar desde cortes superficiales hasta lesiones más graves que afectan estructuras más profundas, como músculos, vasos sanguíneos u órganos internos. Estas heridas

pueden causar sangrado, dolor, inflamación e infección, y requieren atención médica inmediata para una evaluación y tratamiento adecuados.

El manejo de este tipo de heridas puede incluir limpieza y desinfección para prevenir infecciones, sutura o cierre de la herida con material absorbible o no absorbible, y en algunos casos, puede requerir cirugía para reparar estructuras dañadas. Además, se pueden administrar medicamentos para controlar el dolor y prevenir infecciones.

Es importante destacar que las incisiones de piel y tejido subcutáneo por arma blanca pueden tener consecuencias físicas y psicológicas significativas para la víctima, por lo que también se debe brindar apoyo emocional y psicológico durante el proceso de atención médica.

En caso de una incisión de piel y tejido subcutáneo por arma blanca, es fundamental buscar atención médica de emergencia de inmediato para recibir el tratamiento adecuado y minimizar el riesgo de complicaciones. Además, es crucial denunciar el incidente a las autoridades correspondientes para que se investigue y se tomen las medidas necesarias para garantizar la seguridad y el bienestar de la víctima.

2 Objetivos

El objetivo para realizar esta publicación es conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la intervención quirúrgica que se detalla en la publicación.

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 (TCAE) desempeña un papel esencial en el manejo de la incisión de piel y tejido subcutáneo por arma blanca,

brindando apoyo y asistencia tanto al paciente como al equipo médico durante todo el proceso de atención. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del TCAE en este contexto:

Evaluación inicial del paciente: El TCAE realiza una evaluación inicial del paciente para determinar la gravedad de la herida, el nivel de sangrado, y otras lesiones asociadas que puedan requerir atención inmediata.

Control de sangrado y limpieza de la herida: El TCAE se encarga de controlar el sangrado inicial aplicando presión directa en la herida y limpia cuidadosamente la zona afectada con soluciones antisépticas para prevenir infecciones.

Asistencia durante el procedimiento médico: Durante la sutura o cierre de la herida, el TCAE colabora con el equipo médico proporcionando los materiales y herramientas necesarios, y asegurándose de que el área esté adecuadamente preparada y estéril.

Administración de medicamentos: Bajo la supervisión de enfermeras o médicos, el TCAE puede administrar medicamentos para controlar el dolor y prevenir infecciones, siguiendo estrictamente las indicaciones médicas.

Vigilancia y cuidados postoperatorios: Después del procedimiento, el TCAE vigila el estado del paciente, controlando signos vitales, evaluando la cicatrización de la herida y proporcionando cuidados para promover la recuperación, como cambios de apósitos y seguimiento de las indicaciones médicas.

Soporte emocional al paciente: El TCAE brinda apoyo emocional al paciente y a sus familiares, ayudando a aliviar el estrés y la ansiedad asociados con la lesión y el tratamiento.

Comunicación efectiva con el equipo de salud: El TCAE mantiene una comunicación efectiva con enfermeras y médicos para informar sobre la evolución del paciente, cambios en su condición y cualquier necesidad adicional que pueda surgir durante su atención.

Educación y seguimiento: El TCAE proporciona educación al paciente sobre el cuidado adecuado de la herida, la prevención de infecciones y el seguimiento médico necesario para asegurar una recuperación óptima.

El TCAE cumple un rol fundamental en el manejo de la incisión de piel y tejido subcutáneo por arma blanca, brindando asistencia y cuidados integrales al pa-

ciente y colaborando estrechamente con el equipo médico para asegurar una atención de calidad y una pronta recuperación. Su profesionalismo, empatía y trabajo en equipo son esenciales para garantizar una atención segura y efectiva en este tipo de situaciones.

5 Discusión-Conclusión

El consejo primordial del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la incisión de piel y tejido subcutáneo por arma blanca es mantener la calma y actuar con rapidez para controlar el sangrado aplicando presión directa en la herida. Es fundamental seguir las indicaciones del equipo médico, brindar apoyo emocional al paciente y proporcionar una comunicación efectiva para informar cualquier cambio en la condición del paciente. Mantener la zona limpia y estéril, y seguir estrictamente las medidas de prevención de infecciones son clave para evitar complicaciones. La seguridad y el bienestar del paciente son lo más importante, por lo que es crucial buscar atención médica de emergencia de inmediato para una evaluación y tratamiento adecuados.

6 Bibliografía

Villa, G. C. (2005). Técnicas del TCAE en el quirófano. España: PTN de uso interno del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Capítulo 81

FUNCIONES DEL TEĆNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SUSTITUCIÓN DE DERIVACIÓN VENTRICULAR

MILAGROS MORENO CLEMENTE

JUAN TOMAS GALÁN PINA

ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO

ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA

VANESSA SÁNCHEZ SORIA

1 Introducción

La sustitución de derivación ventricular, también conocida como revisión de derivación ventricular o revisión de válvula ventriculoperitoneal, es un procedimiento quirúrgico utilizado para corregir o reemplazar una derivación ventricular que ha dejado de funcionar correctamente. La derivación ventricular es un dispositivo médico que se utiliza para tratar la hidrocefalia, una condición en la que hay acumulación de líquido cefalorraquídeo en el cerebro, lo que provoca aumento de la presión intracraneal.

Cuando una derivación ventricular deja de funcionar adecuadamente, puede surgir una serie de problemas, como bloqueos, infecciones o malfunciones en las

válvulas. Estos problemas pueden causar una acumulación de líquido en el cerebro, lo que requiere una revisión o sustitución de la derivación.

Durante el procedimiento de sustitución de derivación ventricular, se realiza una incisión en la piel para acceder a la derivación anterior. El cirujano examina cuidadosamente el estado de la derivación y, si es necesario, la retira y la reemplaza por una nueva. En algunos casos, también puede ser necesario corregir o eliminar cualquier obstrucción que esté afectando el flujo normal del líquido cefalorraquídeo.

Después de la cirugía, el paciente requerirá un período de recuperación en el hospital, durante el cual se le proporcionará cuidado y seguimiento para asegurarse de que la nueva derivación esté funcionando adecuadamente y de que no haya complicaciones.

La sustitución de derivación ventricular es un procedimiento comúnmente realizado y generalmente exitoso para corregir problemas con la derivación y aliviar los síntomas asociados con el hidrocefalia. Sin embargo, como con cualquier procedimiento quirúrgico, existen riesgos y complicaciones potenciales, por lo que es esencial que los pacientes se sometan a una evaluación completa y discutan las opciones de tratamiento con su equipo médico antes de tomar una decisión informada.

2 Objetivos

El objetivo para realizar esta publicación es conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la intervención quirúrgica que se detalla en la publicación.

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 (TCAE) juega un papel importante en el proceso de sustitución de derivación ventricular al brindar asistencia y cuidados integrales tanto al paciente como al equipo médico. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del TCAE en este contexto:

Preparación del paciente: El TCAE se encarga de preparar al paciente para la cirugía, brindándole información sobre el procedimiento, asegurándose de que esté en ayunas y realizando la toma de signos vitales y otros exámenes preoperatorios necesarios.

Preparación del quirófano: El TCAE colabora en la preparación del quirófano antes de la cirugía, asegurándose de que todos los materiales y equipos necesarios estén disponibles y en buen estado, y preparando la mesa quirúrgica y el entorno según los protocolos de seguridad y asepsia.

Asistencia durante la cirugía: Durante la sustitución de derivación ventricular, el TCAE colabora con el equipo de enfermería y el cirujano al proporcionar los instrumentos necesarios, ayudar en la preparación y manipulación de los materiales, y estar atento a las necesidades del equipo médico durante el procedimiento.

Control y registro de materiales: El TCAE lleva un registro detallado de los materiales utilizados durante la cirugía, garantizando que todos los instrumentos sean contabilizados y posteriormente, desechados o enviados para su adecuada limpieza y esterilización.

Cuidado postoperatorio: Después de la cirugía, el TCAE se encarga de la atención postoperatoria del paciente. Esto implica vigilar constantemente los signos vitales y cualquier cambio en la condición del paciente, brindar asistencia en caso de necesitar medicación o confort, y mantener una comunicación efectiva con el equipo médico sobre la evolución del paciente.

Apoyo emocional al paciente: Durante todo el procedimiento, el TCAE brinda apoyo emocional al paciente y a sus familiares, ayudando a aliviar el estrés y la ansiedad asociados con la cirugía.

Cumplimiento de normas de seguridad e higiene: El TCAE debe asegurarse de cumplir con las normas de seguridad y control de infecciones establecidas en el quirófano para proteger la salud del paciente y del equipo médico.

Colaboración con el equipo multidisciplinario: El TCAE trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como enfermeras, médicos y anestesiólogos, para garantizar una atención integral y segura durante todo el proceso de la sustitución de derivación ventricular.

El TCAE desempeña un rol esencial en la sustitución de derivación ventricular al brindar apoyo y cuidados al paciente y colaborar con el equipo médico durante todas las etapas del procedimiento. Su profesionalismo, empatía y trabajo en equipo son fundamentales para asegurar un procedimiento seguro y exitoso, y para proporcionar una atención de calidad y bienestar al paciente durante todo el proceso quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

El consejo primordial del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante la sustitución de derivación ventricular es mantener una comunicación efectiva y una coordinación estrecha con el equipo médico. Escuchar atentamente las indicaciones del cirujano y estar preparado con los materiales y equipos necesarios durante la cirugía son aspectos clave. Además, brindar apoyo emocional al paciente y a sus familiares, y proporcionar una comunicación constante y tranquilizadora, puede ayudar a aliviar el estrés y la ansiedad asociados con la cirugía. Mantener un entorno estéril y seguir estrictamente las normas de seguridad e higiene son esenciales para prevenir infecciones y complicaciones. La seguridad y el bienestar del paciente deben ser siempre la prioridad durante todo el proceso de la sustitución de derivación ventricular.

6 Bibliografía

Villa, G. C. (2005). Técnicas del TCAE en el quirófano. España: PTN de uso interno del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Capítulo 82

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA EXTIRPACIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO

MILAGROS MORENO CLEMENTE

JUAN TOMAS GALÁN PINA

ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO

ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA

VANESSA SÁNCHEZ SORIA

1 Introducción

La extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo es un procedimiento médico realizado para eliminar lesiones, tumores o tejidos anormales que se encuentran en la piel y en las capas subyacentes de tejido subcutáneo. Esta intervención se lleva a cabo para diagnosticar, tratar o prevenir el desarrollo o propagación de enfermedades, así como para mejorar la estética o la funcionalidad de ciertas áreas corporales.

Existen diversas técnicas para realizar esta extirpación o destrucción, entre ellas se encuentran:

Excisión quirúrgica: Se realiza una incisión en la piel para remover completamente la lesión o tejido anormal, seguido de sutura o cierre de la herida.

Curetaje y electrofulguración: Se raspa la lesión con una cureta y luego se cauteriza con electrocauterio para detener el sangrado.

Crioterapia: Se aplica frío extremo mediante nitrógeno líquido para destruir la lesión.

Cauterización: Se utiliza calor extremo para quemar y destruir la lesión.

Escisión con láser: Se utiliza un láser para cortar y eliminar la lesión o tejido anormal.

Inyección de sustancias destructivas: Se inyectan sustancias como el ácido tricloroacético para destruir la lesión.

El tipo de técnica utilizada depende del tamaño, tipo y ubicación de la lesión, así como de las necesidades específicas del paciente.

Este procedimiento generalmente se realiza bajo anestesia local y es un procedimiento ambulatorio, lo que significa que el paciente puede volver a casa el mismo día. Después de la extirpación o destrucción de la lesión, se proporcionan cuidados postoperatorios, como mantener la herida limpia y seca, y seguir las indicaciones médicas para una óptima recuperación.

Es importante que la extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo sea realizada por un profesional médico capacitado, y que se sigan las indicaciones adecuadas para prevenir complicaciones y asegurar resultados satisfactorios.

2 Objetivos

El objetivo para realizar esta publicación es conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la intervención quirúrgica que se detalla en la publicación.

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 (TCAE) desempeña un papel importante durante la extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo al brindar asistencia y apoyo tanto al paciente como al equipo médico durante todo el proceso. Algunas de las funciones clave del TCAE en este procedimiento son las siguientes:

Preparación del paciente: El TCAE se encarga de preparar al paciente para el procedimiento, explicando el proceso y tranquilizándolo para reducir la ansiedad. También puede tomar los signos vitales del paciente y verificar su historial médico para asegurarse de que no haya contraindicaciones para el procedimiento.

Asistencia al médico: Durante la extirpación local o destrucción de la lesión, el TCAE colabora con el médico proporcionando los instrumentos necesarios y ayudando a mantener el área de trabajo limpia y estéril. También puede asistir al médico durante el procedimiento, pasando los instrumentos requeridos y ayudando a mantener un ambiente seguro y ordenado.

Cuidado de la herida: Después del procedimiento, el TCAE se encarga de cuidar la herida, limpiándola adecuadamente y aplicando vendajes o apósitos según las indicaciones del médico. También puede proporcionar información al paciente sobre cómo cuidar la herida en casa y qué signos de alarma deben tener en cuenta.

Apoyo emocional al paciente: Durante todo el proceso, el TCAE brinda apoyo emocional al paciente, asegurándose de que se sienta cómodo y seguro. Esto puede incluir proporcionar información sobre el procedimiento y responder a cualquier pregunta o inquietud que el paciente pueda tener.

Registro de información: El TCAE registra cuidadosamente toda la información relevante relacionada con el procedimiento, incluyendo los signos vitales del paciente, los detalles del procedimiento y cualquier cambio en la condición del pa-

ciente. Esto es importante para el seguimiento adecuado y la documentación completa del procedimiento.

Cumplimiento de normas de seguridad e higiene: El TCAE se asegura de seguir todas las normas de seguridad e higiene establecidas en el área de trabajo, incluyendo la utilización adecuada de equipos de protección personal y la esterilización de los instrumentos y materiales utilizados.

El TCAE juega un rol fundamental en la extirpación local o destrucción de lesiones o tejidos de piel y tejido subcutáneo, brindando asistencia, cuidados y apoyo tanto al paciente como al equipo médico durante todo el procedimiento. Su profesionalismo, empatía y trabajo en equipo son esenciales para asegurar un procedimiento seguro y efectivo, y para proporcionar una atención de calidad y bienestar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

El consejo primordial del técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo es mantener una comunicación cercana con el paciente, brindando apoyo emocional y explicando el procedimiento de manera clara y comprensible. Además, es importante seguir todas las indicaciones y normas de seguridad establecidas por el equipo médico para garantizar un ambiente estéril y seguro durante el procedimiento. Asistir al médico de manera atenta y colaborativa y mantener un registro preciso de la información relevante son aspectos clave para el éxito del procedimiento. La prioridad es asegurar el bienestar del paciente y mantener una actitud empática y profesional en todo momento.

6 Bibliografía

Villa, G. C. (2005). Técnicas del TCAE en el quirófano. España: PTN de uso interno del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Capítulo 83

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PARITORIO

MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ

BEATRIZ PÉREZ CAMPO

JOSEFA SANCHEZ PARDO

ISABEL GONZALEZ LOPEZ

MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO

1 Introducción

El servicio de paritorio del centro hospitalario es uno de los servicios más gratificantes que existen en el mismo, debido, a su objetivo principal, traer nuevas vidas al mundo. La mujer embarazada es una paciente muy especial, y necesita de un servicio que tenga todas las prestaciones y cuidados que necesita.
El paritorio ofrece a las pacientes embarazadas y no embarazadas una gran variedad de servicios, desde los nacimientos de los bebés, hasta las consultas de urgencia de las gestantes, y de la mujer en general, cuando son afectadas por enfermedades del aparato reproductor femenino, el quirófano de paritorio, donde se realizarán las cesáreas y cualquier otra operación ginecológica que los especialistas crean oportunas.

Toda estas prestaciones del servicio, necesita que el grupo de profesionales que se encuentran en el mismo, tengan una formación muy especializada, de hecho, el servicio se encuentra dentro de la catalogación de "servicio especial", lo mismo que la unidad de cuidados intensivos, quirófanos o las urgencias.
Estructuralmente el servicio de paritorio se constituye por el paritorio propiamente dicho, con los paritorios, las salas de dilataciones y los puerperios. Otra de las salas con gran relevancia es la sala de dilatación, donde las inminentes madres son controladas en dos aspectos, su salud y la del feto. Además de estas salas se puede encontrar la consulta de urgencias y el quirofanillo, para las cesáreas.

2 Objetivos

- Conocer la estructura y funcionamiento del servicio de paritorio.
- Describir las funciones que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) realiza en el servicio de paritorio.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación basada en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica ya existente. Se ha realizado una consulta de diversos artículos on-line publicados en Google, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas que han sido revisadas con anterioridad.

4 Resultados

Las funciones del TCAE en el paritorio son muy diversas, y dependen en gran medida, de la sala donde se realiza el trabajo. De este modo, en las sala o consulta de urgencia, el TCAE, prepara el potro de exploración, colocando la sabanilla en cada una de las pacientes atendidas, y colabora con la ginecóloga en la entrega del material que le pida la misma, un especulo, unas pinzas, etc.
En las sala de dilatación, el TCAE, colabora con la matrona en la colocación de la paciente en la cama, así como, en la colocación de las correas de los monitores, para el control del latido fetal. Cuando la dilatación de la paciente ha llegado al momento del parto, y si el tiempo lo permite, ayuda a la paciente a su aseo, antes del mismo. Si la paciente ha demandado un parto con epidural, prepara la mesa

de mayo con la anestesia referida, colaborando con el anestesista en la colocación de la mujer para una correcta infiltración.
Una vez que la paciente ha pasado al paritorio, el TCAE, retira las sabanas de la cama, así como, sueros y correas, y la deja preparada para la siguiente paciente.
En el paritorio ayuda a la matrona al parto de la paciente. Colabora con el celador en la colocación de la mujer en el potro, y atiende a las demandas de la matrona, en cuanto, a la entrega de instrumental preciso para el parto.
Es función del TCAE, la limpieza, aseo y pesaje del bebé, así como la referida de cualquier secreción que quede en el mismo, pasándolo posteriormente a la sala de puerperio para su entrega a la madre y que ésta comience la lactancia.
El tiempo, que la mama junto con el bebé, que permanece en la sala de puerperio, el TCAE, estará en todo momento controlando la evolución y constantes de ambos, de la madre y del bebé, hasta su ingreso en la planta de ginecología.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del TCAE en el paritorio son diversas y variadas, muy específicas en ciertos casos y diferentes a las funciones desarrolladas en las u unidades hospitalarias. Por este motivo el TCAE debe tener una especialización muy concreta para atender a las pacientes embarazadas y sobre todo en la culminación del parto.
Exige del mismo modo que el TCAE que trabaja en paritorio, sea una persona muy empática y amable, puesto que las embarazadas, se quedan solas en ese momento, y debido a su estado, necesitan mucha afecto y comprensión.
Para finalizar la discusión, reivindicar el papel del TCAE en el paritorio, y en otros servicios especiales, que exigen, por parte de la administración, la especialización de estos profesionales en dichos servicios.

6 Bibliografía

1. La labor del auxiliar de enfermería en un paro. Disponible en: https://www.fp-santagema.es.
2. El técnico auxiliar de enfermería en la sala del parto. Disponible en: https://revistamedica.com.
3. Actividad de la auxiliar de enfermería en partos. Disponible en: https://www.vumau.com.

Capítulo 84

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ

BEATRIZ PÉREZ CAMPO

JOSEFA SANCHEZ PARDO

ISABEL GONZALEZ LOPEZ

MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO

1 Introducción

Dentro de la asistencia sanitaria que se pueden encontrar en nuestro país, existen dos niveles, el nivel de la atención primaria y el nivel de la atención especializada. El primero abarca las estructuras físicas de los centros de salud, y el segundo, el centro hospitalario. Cuando las perspectivas o los medios que tiene la atención primaria a su alcance, ha llegada al límite, entonces se deriva al paciente al centro hospitalario.

Esto quiere decir, que en el centro de salud se va a atender al paciente recurrentemente, de hecho, cada paciente, tiene asignado un médico de familia o de primaria. No es el caso en la atención especializada, que se encargará del cuidado y estudio del paciente, según en qué casos, uno de los especialistas hospitalarios.

Esta clasificación en los niveles asistenciales proviene de la asistencia sanitaria, en lo concerniente a la atención primaria, de la Conferencia internacional, que se desarrolló en 1978, y donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos internacionales, se creó en todos los países, la atención primaria.
La estructura física de la atención primaria es el centro de salud, encargado de la vigilancia de la salud de sus pacientes adscritos, del desarrollo de la formación en salud y de la primera atención que se da al mismo. En el mismo trabaja un equipo de profesionales, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs), administrativos, dirigidos por un coordinador de centro.

2 Objetivos

- Conocer el origen y objetivo de la atención primaria.
- Describir el trabajo diario del TCAE en el centro de salud de la atención primaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación basada en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica ya existente. Se ha realizado una consulta de diversos artículos on-line publicados en Google, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas que han sido revisadas con anterioridad.

4 Resultados

El TCAE en el centro de salud comienza su turno de mañana dando los números para las extracciones diarias. Todas las mañanas en el centro de salud se realizan las analíticas, del tipo que sean, demandadas por los médicos de familia. El TCAE, el día anterior, ha tenido que dejar preparados los tubos de extracciones, así como, los volantes de extracción de cada paciente, para el uso y conocimiento de los enfermeros, que son los encargados de las extracciones.
Todas estas extracciones deben ser etiquetadas y guardadas, dependiendo del tipo que sea, en frío o en cestillos normales, para que luego, la empresa de su traslado se haga cargo de las mismas para su entrega en los laboratorios del centro hospitalario de referencia, que luego remitirán los resultados al mismo centro de salud.

El TCAE, revisa todas las salas de las consultas, tanto de los médicos, como de las enfermeras, todas, reponiendo, sabanillas para las camillas, apósitos o suapeles, algodón, etc. , en definitiva, todo lo que no esté relacionado con los medicamentos, que es función de las enfermeras, tanto su reposición, como su custodia.
El TCAE con la colaboración del celador del centro, hace el recuento de todo el material del almacén, para su pedido al almacén general de la zona, desde donde se le remite una vez al mes, siendo función también del mismo, la colocación y ubicación de los distintos materiales recibidos.
En caso de requerir su colaboración por el personal de enfermería en alguna consulta o sala, el TCAE, acudirá a la demanda, ofreciendo su ayuda y profesionalidad. Es frecuente esta demanda, sobre todo, en la consulta de pediatría o en las vacunaciones de los niños, puesto que estos, no se quedan inmóviles para la inyección.

5 Discusión-Conclusión

Es patente cómo las funciones del TCAE en el nivel de atención primaria son muy diferentes al TCAE en el centro hospitalario. No hay una relación directa con el paciente, aunque ésta, se hace en otro sentido, de información y ubicación de las salas y consultas.
Habría que poner de manifiesto, que las consultas de los médicos de familia que se realizan en el turno de tarde, no cuentan con la figura del TCAE, posiblemente por cuestión de ahorrar en gasto de personal, pero desde esta conclusión se hace un llamamiento a las administraciones públicas sanitarias, para que este profesional en turno de tarde, se implante igualmente en el centro de salud.

6 Bibliografía

1. Funciones TCAE en atención primaria. Disponible en: https://congresosfnn.com.
2. Funciones del TCAE en atención primaria y atención especializada. Disponible en: https: //revistamedica.com.
3. ¿Qué hace un Técnico en Cuidados de Enfermería en atención primaria?. Disponible en: https://www.aetesys.es.

Capítulo 85

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL INGRESO HOSPITALARIO DEL PACIENTE

MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ

BEATRIZ PÉREZ CAMPO

JOSEFA SANCHEZ PARDO

ISABEL GONZALEZ LOPEZ

MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO

1 Introducción

Los ingresos de los pacientes en cualquier centro hospitalario pueden realizarse desde diferentes vías y por diversos motivos. En este trabajo se va a analizar las actuaciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) dependiendo de estas dos variantes. En el centro hospitalario puede darse el caso de los ingresos programados, es decir, aquellos pacientes que acuden a una hora concreta, y una fecha determinada, suelen ser, o bien por la tarde noche o por la mañana, para la realización de alguna prueba diagnóstica que exija su ingreso o porque tenga pendiente alguna intervención quirúrgica.

Los ingresos por traslado de otros centros son otro de los tipos de ingreso hospitalario, un hospital traslada a sus pacientes a otro hospital porque en el primero no se encuentran los medios necesarios para la realización de cualquier actividad concreta que precisa el paciente en ese momento.
La última variante de ingreso hospitalario se produce dentro del mismo centro hospitalario, es decir, el paciente es derivado de algunas de las unidades hospitalarias a otras unidades. Entre ellos destacan los ingresos derivados de las urgencias hospitalarias, o, los ingresos entre unidades, por ejemplo, de unidades hospitalarias a unidad de cuidados intensivos (UCI), o al contrario, de UCI, a otras unidades hospitalarias.
En todos los casos, los primeros profesionales sanitarios en atender y observar al paciente, serán las enfermeras y los TCAEs, estos últimos con más protagonismo en algunos de los ingresos que se han mencionado.

2 Objetivos

- Describir los tipos de ingreso del paciente que pueden darse en un centro hospitalario.
- Conocer el protocolo de actuación del TCAE según el tipo de ingreso hospitalario realizado.

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 TCAE, dependiendo, del tipo de ingreso que se realiza en su unidad hospitalaria, realiza unas acciones que se van a conocer seguidamente.
Es el celador destinado en la planta quién a primera hora de la mañana o por la tarde, el encargado de subir a los pacientes que esperan en el servicio de admisión del hospital, portando la hoja de ingreso y cualquier otro documento que le haya sido dado por admisión.

En la planta, el TCAE, indica la habitación al paciente, a quien instruye, así como a los familiares, de todo lo que hay en la misma, el cuarto baño, el armario, la palangana, la mesilla, etc., proporcionando al paciente el correspondiente pijama, una toalla, una esponja e informando de las normas de la unidad hospitalaria. Una vez ubicado el paciente en su habitación, el TCAE, pasa el aviso a la enfermera encargada del mismo.
En los ingresos intrahospitalarios, el TCAE, junto con el celador, colaboran con los técnicos de la ambulancia, en el traspaso del paciente a su cama, puesto que éste ya tiene asignada habitación y cama. Una vez ubicado el paciente en su cama, el TCAE, comprueba, vías, sueros, drenajes y cualquier otro aparataje que el paciente pudiera traer, dando, seguidamente aviso al personal de enfermería de su llegada.
Cuando los ingresos se realizan desde otras unidades hospitalarias, bien las urgencias del hospital o de otras unidades, el celador, previamente, ya ha ido a buscar al paciente con la cama asignada, y una vez que llega a la planta, el TCAE, comprueba todos los aparatajes que porta el mismo. En estos casos, también observa, en caso de llevar, el pañal, para cambiarlo en caso que fuese necesario.
El TCAE en cualquier tipo de ingreso siempre tendrá en cuenta las medidas de protección y las normas de seguridad implantadas en el centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Como colofón a este trabajo, reseñar, que el TCAE, es uno de los primeros profesionales con el que contacto el paciente ingresado, y de esta impresión, y del protocolo adecuado de actuación con el mismo, dependerá en gran medida la percepción que los pacientes tengan del hospital, de sus dependencias y de su profesionales, repercutiendo en la buena calidad de su asistencia.
En esta labor del TCAE, destacar la persistencia del mismo en la observación de todos los mecanismos y medios que porte el paciente, puesto que de la misma se deriva la seguridad del paciente y la correcta administración de medicación, sueros o evacuación de fluidos.

6 Bibliografía

1. Figura del TCAE ante un ingreso hospitalario. Disponible en: https://revistamedica.com.
2. Ingreso hospitalario: tareas del auxiliar de enfermería. Disponible en: https://www.fp-santagema.es.

3. Admisión de paciente en unidad de enfermería-protocolo TCAEs. Disponible en: https://tcae.com.es.

Capítulo 86

LOS RIESGOS Y MEDIOS DE PREVENCIÓN PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COMO PERSONAL SANITARIO

MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ

ANGELA OCAÑA CAMINERO

INMACULADA RUBIO CARRETERO

MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ

MILA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Se define riesgo biológico como la posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades, motivada por la actividad laboral y profesional que lleva a cabo el personal de enfermería y en concreto el técnico en cuidados auxiliares de enfermería como parte del equipo.
Su transmisión puede venir por la vía respiratoria, la digestiva, sanguínea, la piel o las mucosas.

Constituye uno de los principales riesgos laborales a que están expuestos los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería de centros sanitarios en mayor medida, afectando a todas las categorías.
Están especialmente expuestos a la transmisión por vía sanguínea o cualquiera de ellas por los profesionales de la sanidad en cualquiera que sea su formación al igual que el personal de limpieza como se ha comprobado con la pandemia.
El riesgo biológico es el que viene derivado de la manipulación o exposición a agentes patógenos en forma de virus, bacterias o hongos, que existe en todos los medios, pero es mayor a nivel de centros sanitarios y de investigación biomédica. Según el caso, la infección se transmite directa o indirectamente de un paciente a otro, aunque se considera que los profesionales sanitarios están en riesgo de adquirir infecciones a partir de las personas a las que atienden y a su vez contagiarlos a ellos, de forma que pueden actuar como fuentes, vectores o huéspedes de dichas infecciones.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es establecer la clasificación de los agentes biológicos según el nivel de riesgo de la infección y las principales vías de entrada de los microorganismos al ser humano.
Como objetivos secundarios vamos a dar a conocer las medidas de prevención universales y a realizar el proceso de infección - prevención ante los riesgos para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería como personal sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: infección, riesgo laboral biológico, prevención y técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

Uno de los campos de la prevención es la formación de los profesionales en materia preventiva, según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y atribuye al dueño de la empresa el deber de garantizar la misma. Se ha demostrado que conocer y aplicar las medidas de prevención y protección disminuye el riesgo de contraer enfermedades laborales producidas por agentes biológicos.
Se pueden clasificar la vía de entrada de los agentes biológicos según la vía de entrada o según el nivel de riesgo de la infección, los agentes biológicos se clasifican como sigue:
• Riesgo I: Improbable que cause enfermedades humanas.
• Riesgo II: Posibilidad de causar enfermedades humanas; son una potencia peligro para los trabajadores, aunque no es probable que se propaguen a la colectividad; suele existir una profilaxis o tratamiento eficaz contra ellos.
• Riesgo III: Posibilidad de causar patologías humanas graves, por lo tanto, son un serio peligro para los profesionales; hay peligro de propagación al resto, pero se dispone de profilaxis o tratamiento eficaces contra ellos. No se suelen trasmitir por vía área.
• Riesgo IV: Producen patologías humanas graves y constituyen un riesgo para los profesionales; tienen alto riesgo de propagación hacia la colectividad y no se dispone de profilaxis o tratamiento eficaz contra ellos como ocurre con el coronavirus.
Los modos de entrada de los microorganismos al cuerpo humano son:
• Vía respiratoria: aspiración de sustancias producidos por centrifugación de muestras, agitación de tubos, aspiración de secreciones, tos, estornudos, etc. al entrar en contacto con el paciente o su entorno.
• Vía digestiva: por ingestión accidental, al ingerir por la boca, al comer o beber en el lugar de trabajo sin un lavado adecuado de manos.
• Vía sanguínea, a través de la piel o de las mucosas a raíz de incisiones, mordeduras, cortes, erosiones, salpicaduras, etc.de la capa que protege el ser humano que es la piel.
Las precauciones universales y sus principios son la base de la prevención, así como otros aspectos de importancia para la Bioseguridad. Son los principios de las precauciones universales:
• Lavado de las manos: Es básico efectuar lavado de manos con agua y jabón después del contacto ante cualquier fluido o secreción, aunque se haya utilizado guantes, y lavarse las manos siempre después de retirarse los guantes, entre contactos con pacientes y en cualquier otra ocasión que se considere necesario en

base a los cinco pasos de la Organización Mundial de la Salud.
• Elementos de protección de barrera: se debe utilizar guantes, máscaras para protección ocular/pantallas faciales, mascarilla tan en utilizadas con la pandemia, ropas protectoras y delantales quirúrgicos, según grado y tipo previsible de exposición.
• Manejo de objetos que cortan o tienen punta: Se debe extremar el cuidado, nunca se debe reencapsular las agujas y se deben tapar, eliminar el uso de dispositivos con agujas si existen alternativas seguras, generar mecanismos con seguridad, no dejarlos abandonados en cualquier sitio, comprobar que no van entre las ropas que se envían a lavandería y eliminarlos en contenedores rígidos de seguridad según marca la ley.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, en el medio hospitalario y de la sanidad, los riesgos biológicos suelen ser los que más frecuentemente encontramos, siendo los profesionales que más de exponen, el personal sanitario que atiende directamente a al enfermo o paciente y el personal sanitario en el que se incluye el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se considera un medio de trasmisión por ello debe conocer los medios de prevención bioseguros.
El personal sanitario entre los que se encuentra el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un medio de trasmisión en muchas ocasiones el volumen de trabajo impide que lleguemos a ser conscientes de que somos causa de expansión de los virus, pero por ello se debe adquirir una formación adecuada para poder asumir el volumen de trabajo y realizar las funciones en base a las pautas de la medicina preventiva.

6 Bibliografía

1. Alberto Fica C., M. Irene Jemenao P., Gloria Ruiz R., Milton Larrondo L., Carmen Hurtado H., Gabriela
Muñoz G. y Cecilia Sepulveda C. Accidentes de riesgo biológico entre estudiantes de carreras de la salud.
Cinco años de experiencia. Chile. 2009. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rci/v27n1/art05.pdf.
2. Riesgos biológicos en estudiantes de enfermería. Enfermería clínica. Córdoba. 2003. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/
article/pii/S1130862103738224.

3. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill.

Capítulo 87

EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y EL PACIENTE TRASPLANTADO

MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ

ANGELA OCAÑA CAMINERO

INMACULADA RUBIO CARRETERO

MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ

MILA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El concepto de trasplantes va unido al de donación tenemos que dar gracias a los avances tecnológicos de los que se ha servido la sanidad para poder llegar a realizar este tipo de técnicas. Pese a ello, esto ha generado y genera muchos dilemas éticos sobre el significado de la muerta, la identidad humana, los límites entre lo natural y lo cultural.

El hecho de alargar la vida con calidad gracias a los órganos de las personas fallecidas genera una serie de cuestiones éticas y morales que es muchas culturas es difícil de entender y superar.

El alto índice de supervivencia del paciente ante un injerto de piel consiguió un avance de las técnicas sanitarias del trasplante avanzando hacía el trasplante hepático, cardiaco o pancreático que hasta ahora lo único que provocaba era

la muerte del paciente que padecía alguna enfermedad relacionada con estos órganos.
Frente al avance del trasplante surge las cuestiones bioéticas sobre los medios para llegar a realizar un trasplante a un paciente. Se debe preservar en todo momento la dignidad, la vida está por encima de todo, pero no a cualquier precio. Todo ello en beneficio del paciente sin hacerle mayor mal siendo en todo momento conocedor de los riesgos que corre.

2 Objetivos

Como objetivo principal se trata de describir el proceso de avance del paciente ante los trasplantes.
Como objetivo secundario establecer la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante un trasplante.

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: Bioética, trasplante de órganos, donación de órganos, técnico en cuidados auxiliares de enfermería entre otros.

4 Resultados

El donante de un órgano es la pieza clave para iniciar el proceso de trasplante que va a alargar la vida de otro paciente devolviéndole la calidad de vida que se merece. En nuestro país, somos considerados uno de los países de Europa con mayor número de trasplantes y por tanto con mayor éxito en los pacientes supervivientes trasplantados.
Si bien es cierto tanto receptor como donante deben cumplir una serie de requisitos muy exigentes para poder devolver esperanza de vida al paciente que recibe y éste debe conservar el órgano el mayor tiempo posible por ello debe llevar unos hábitos de vida saludables y ningún hábito tóxico. El hecho de tener hepatitis,

VIH o cualquier otra patología de este tipo puede ser causa de exclusión de la lista de espera de trasplantes.
La lista de espera de los trasplantes es a nivel nacional por orden de gravedad y en muchos casos cuando la vida de la persona llega a un nivel de riesgo adquiere el nivel de código cero en cuanto aparece un donante compatible es el receptor debido a la urgencia. Ante una enfermedad crónica con un final irreversible, la donación de órganos ha devuelto la posibilidad de recuperar una vida.
Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el momento del trasplante que se realiza en el quirófano es:
• Trabajar en coordinación con la enfermera y el médico tanto el anestesista como el cirujano.
• Preparar todo el material y aparataje necesario tanto para la extracción del órgano como para colocación del órgano.
• Tratar con respeto y dignidad el cuerpo del donante.
• Registrar las constantes de su competencia como orina.
• Rellenar los registros que le son asignados.
• Recoger y limpiar el material utilizado para mandar a esterilizar.
• Asumir todas aquellas funciones que le son delegadas.
• Apoyar en el traslado del receptor a la cama junto con el respirador de transporte y todo lo que precise para su traslado a la unidad de cuidados intensivos.
• Amortajar al donante en caso de que no sea un donante vivo.
A partir de ahora el receptor se compromete a una serie de hábitos junto a una medicación inmunosupresora para evitar el rechazo del órgano.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión es primordial realizar una educación sanitaria desde los centros sanitarios sobre le importancia de la donación de órganos y piel para poder seguir salvando vidas. Es una nueva oportunidad para vivir.
Existe un programa en el que se recogen las personas que desean donar, pero es cierto que pese a lo firmado en muchos países como es el caso de España la última palabra la tienen los familiares y en muchos casos el dolor no permite actuar con la solidaridad necesaria.
Por último, la donación de órganos y su trasplante es un cuestión ética y moral que permite muchos debates y todos ellos son respetables siempre que traten de cuidar a los pacientes del sistema de salud y les permita volver a tener una segunda vida saludable.

6 Bibliografía

1. Los fundamentos legales. Problemas prácticos y éticos de su aplicación. En: Martínez Urionabarrenetxea K, editor. Trasplante hepático de donante vivo. I Congreso sobre Bioética y Trasplante. Bilbao: Universidad del País Vasco; 2004.
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000100005.
3. Evangelina Pérez, Técnicas básicas de enfermería. McGraw Hill. 2017.

Capítulo 88

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE QUE TOMA ALCOHOL Y DROGAS

MARÍA ALARCÓN CORTÉS

IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE

JENNIFER SABOGAL

SANDRA MAS ROMERO

MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO

1 Introducción

Los artículos 40 y 45 de la Constitución Española describen las responsabilidades de las autoridades públicas en materia de seguridad e higiene en el trabajo, así como los derechos y deberes de las personas en relación con un medio ambiente adecuado.
En España ahora mismo hay un problema de salud pública importante con las drogas, sus adicciones y el alcohol. El uso de sustancias psicoadictivas ha aumentado significativamente recientemente y la introducción de nuevas drogas de diseño no ha hecho nada para ayudar a las personas a superar sus adicciones.

Dado que beber unas cervezas, cócteles o vinos con los amigos es un hábito tan común en España, el alcohol también supone un grave problema de adicción. El inicio de este consumo está ocurriendo cada vez más temprano en la vida.
Todas las adicciones representan una seria amenaza para el medio ambiente y para las personas.
La protección y promoción de la salud es una de las funciones primordiales del equipo de Atención Primaria, desde el cual todo el equipo de salud, integrado por médicos, enfermeras y técnicos asistenciales auxiliares de enfermería, colabora para abordar los problemas de salud que más afectan a la población.
Muchos empleados, sus trabajos, vidas sociales y entornos laborales se ven afectados por el aumento del consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo.

2 Objetivos

Proporcionar alguna información pertinente sobre la actual crisis de drogodependencias en España por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para profundizar en este capítulo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura publicada. Para ello también se han consultado las tres principales bases de datos Pubmed, Medline y Scielo, y se han elegido artículos científicos que ya han sido publicados en revistas académicas. También se ha hecho una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

En España, entre los 35 y los 44 años, el 36 coma 6 por ciento de las personas consumen cocaína de forma habitual u ocasional, frente al 10 coma 4 por ciento de los que tienen entre 15 y 24 años y el 34 coma 4 por ciento de los que tienen entre 25 años y 34. El 16,6 por ciento de las personas entre 15 y 64 años consumen alcohol regularmente.
El cannabis es la droga ilícita más consumida, con una prevalencia comparable a la del alcohol y el tabaco.
El alcohol es una de las drogas legales que afecta gravemente la salud de muchas personas, así como su bienestar social, psicológico y familiar. El uso crónico y continuo de este medicamento puede tener efectos negativos en el sistema

nervioso central y provocar un deterioro neurológico y cognitivo grave. El tabaco es una de las drogas legales que más se consume. La nicotina es uno de los efectos "beneficiosos".
Además de los efectos estimulantes y eufóricos, también mejora la concentración y reduce el estrés y el apetito. Por esto y por el hecho de que la nicotina tarda 10 segundos en llegar al cerebro, es una de las drogas más adictivas en la opinión del público en general. También tiende a tener más efectos beneficiosos que negativos.
Por lo general, la marihuana, la nicotina y el alcohol se consumen al comienzo de la ingesta de drogas.
Dado que el cerebro aún se está desarrollando y madurando, su edad de inicio suele ser muy joven, lo que plantea serios problemas tanto para la salud física como mental. Además, sirve como droga de entrada para el uso de otras drogas como la heroína, la cocaína o el LSD.
Cabe señalar que diferentes personas tienen diferentes niveles de tolerancia a estas drogas, por lo que diferentes personas experimentarán diferentes grados de euforia, excitación y alteración. Los usuarios habituales necesitan dosis más altas al principio y luego más bajas.
Altas dosis de LSD pueden provocar broncoespasmos, midriasis, taquicardia, hipertensión arterial, temblores, debilidad muscular, hipertermia, ideas delirantes de persecución, aislamiento social, trastornos visuales, convulsiones, irritabilidad, ataques de pánico, abortos, malformaciones o depresión aguda con tendencias suicidas. pensamientos. Las tasas de mortalidad son bajas.
Los efectos del alcohol incluyen vértigo, mareos, incoordinación, exaltación, embotamiento, verbosidad, deshidratación, hipotermia, bradicardia, hipotensión y depresión respiratoria. El alcohol es responsable de 3,3 millones de muertes en todo el mundo cada año. Las complicaciones físicas y psicológicas se agudizan a medida que aumenta el consumo de drogas hasta llegar a la cocaína o la heroína.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que el gobierno español lleva realizando campañas publicitarias permanentes en los últimos años advirtiendo de los efectos negativos del consumo de drogas, el consumo de la población se está disparando y siendo más frecuente en edades más jóvenes, lo que dificulta disuadirlos.
Los profesionales sanitarios, especialmente los enfermeros (DUE) y los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería, deberían realizar campañas más agresivas de detección precoz, prevención o desintoxicación desde los colegios y desde los

centros tanto especializados como de atención primaria, ya que los miembros del personal pasan más tiempo con los pacientes, tienen una mejor comprensión de sus necesidades y los han tratado con más frecuencia.
Para ayudar a los jóvenes a aprender habilidades y adoptar hábitos más saludables, el personal de enfermería debe establecer relaciones terapéuticas con ellos.

6 Bibliografía

1. https://mundo.sputniknews.com/mundo/20100608126622113/.

Capítulo 89

LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA ALARCÓN CORTÉS

SANDRA MAS ROMERO

IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE

MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO

JENNIFER SABOGAL

1 Introducción

Los trastornos alimentarios se incluyen en la categoría de salud mental, por lo que los profesionales de la salud psiquiátrica deben especializarse más en esta área. Dentro de las unidades de psiquiatría de la mayoría de los servicios de salud de las comunidades autónomas, existe un servicio especializado para estas enfermedades.

Debido a la complejidad de la patología, única en comparación con otras áreas de la salud mental, en casi todos los casos se utiliza un tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico intensivo.

Es necesario contar con otro tipo de profesionales con los que trabajarán coordinadamente porque el abordaje de algunos pacientes será desde el punto de vista

nutricional. Esto implica que está involucrada una red de especialistas fuera del campo de la salud mental.
La intervención más adecuada para el paciente será planificada por el psiquiatra de la unidad. Quienes lo llevan a cabo son el equipo de enfermería y el resto del personal no sanitario.
Debido a las altas tasas de morbilidad y la naturaleza crónica del trastorno, este tipo de enfermedad se considera de la mayor gravedad. Afecta principalmente a adolescentes y ocasionalmente puede dar lugar a otros trastornos mentales patología con dos componentes, debe tener influencia desde el sector de la prevención.
Las altas tasas de morbilidad, la cronificación del trastorno y la proliferación de casos subclínicos, particularmente entre los adolescentes, son indicadores de la gravedad de los trastornos alimentarios. Esta circunstancia conduce a una valoración de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como "realidades clínicas de gran resonancia socio-sanitaria" y obliga a plantearse cómo el sistema sanitario y otros actores sociales pueden contribuir a la prevención y tratamiento del trastorno.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en los servicios de salud mental en relación con la conducta alimentaria.

3 Metodología

Para profundizar en este capítulo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura publicada. Para ello también se han consultado las tres principales bases de datos Pubmed, Medline y Scielo, y se han elegido artículos científicos que ya han sido publicados en revistas académicas. También se ha hecho una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

La unidad de trastornos alimentarios es un departamento médico que brinda atención ambulatoria para los trastornos alimentarios. Se trata de enfocar la enfermedad y su tratamiento en la corriente de la psicología cognitivo-conductual.

Se utilizan técnicas para favorecer la desaparición de lo anormal, como los malos hábitos alimentarios que van desde los atracones hasta las purgas, desde los aspectos conductuales.
Trabajar con creencias irracionales sobre la comida y el comer presenta dificultades desde una perspectiva cognitiva.
El apoyo de un familiar está disponible cuando se trata de un trastorno en un menor, pero el objetivo es que el niño asuma la responsabilidad de una recuperación propia. Debido a la naturaleza crónica de los trastornos, el proceso de rehabilitación puede tardar meses o incluso años en recuperarse.
En función de cómo se establezcan las unidades de trastornos alimentarios, es necesario desarrollar un conjunto de objetivos con los pacientes.
- Elaborar recomendaciones dietéticas adecuadas con la intención de recuperar peso y mejorar la condición física del paciente.
- Reducir hasta que cesen las purgas y los atracones.
- Cambiar la dieta errónea y las suposiciones relacionadas con el peso.
- Hacer desaparecer los síntomas relacionados.
- Junto a los miembros de la familia, fortalecer los lazos sociales y del entorno.
- Exponer las recaídas.
- Continuar con el seguimiento de las recuperaciones a posteriori.

En términos de trastornos alimentarios, la anorexia nerviosa es la patología más conocida y desconcertante. Es una enfermedad fatal con un pronóstico severo. Por lo general, comienza durante la pubertad y se caracteriza por el ayuno y el consiguiente temor a aumentar de peso. Tiende a quedarse y generalmente afecta más a las mujeres que a los hombres.
La bulimia nerviosa es otra patología que se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos con pérdida del control de los mismos, seguidos de un proceso encubierto de purga con medicamentos como diuréticos o vómitos. El ciclo de atracones versus purgas está en juego. Por último, está el trastorno por atracón compulsivo, que se traduce en una persona obesa o con sobrepeso porque quien la padece no tiene control sobre su dieta. Dado que pueden experimentar enfermedades cardiovasculares como resultado de su obesidad, muestran sentimientos de culpa y vergüenza.
Estos son los trastornos más prevalentes y generalizados que se observan en los centros de tratamiento de trastornos alimentarios. En la adolescencia o en las primeras etapas de la edad adulta, suelen surgir.

5 Discusión-Conclusión

Este capítulo trata de demostrar los diversos enfoques utilizados por los profesionales para ayudar a las personas con trastornos alimentarios. Como resultado, este problema social se está volviendo cada vez más importante para la industria de la salud.

Hay una mayor demanda de estos servicios, lo que significa más recursos, tiempo, formación profesional, etc. Por ello, el sistema de salud mental lo ve como una de sus prioridades.

Dado que existen numerosas causas para la enfermedad, las instituciones sociales y de salud deben trabajar juntas para desarrollar estrategias de prevención. Los medios de comunicación realizan con frecuencia una labor educativa muy importante, sentando bases sólidas para la prevención, pero también pueden tener el efecto contrario.

En beneficio de los pacientes con estos trastornos alimentarios, se han desarrollado circuitos dentro del sistema de salud. Dado que estas enfermedades frecuentemente evolucionan a condiciones crónicas, es crucial continuar trabajando en esta área.

La salud pública debe tomar las acciones adecuadas en respuesta al aumento de casos de trastornos alimentarios en la sociedad para generar e incluir a todos los actores sociales relevantes.

6 Bibliografía

1- https://www.psiquiatriapsicologia dexeus.com/es/unidades.cfm/ID/5153/ESP/.

Capítulo 90

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL SONDAJE VESICAL: PRINCIPALES CUIDADOS

MARÍA ALARCÓN CORTÉS

MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO

IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE

JENNIFER SABOGAL

SANDRA MAS ROMERO

1 Introducción

Los órganos que componen el cuerpo humano llevan a cabo una variedad de funciones para asegurar que el cuerpo sea capaz de sustentar la vida.
El cateterismo vesical es un procedimiento estéril que solo debe usarse cuando sea absolutamente necesario para prevenir infecciones en el paciente.
Las siguientes circunstancias son cuando se recomienda el cateterismo vesical:
- retenciones urinarias: estas son condiciones en las que un paciente no puede orinar por sí mismo.
- Intervenciones quirúrgicas: Los pacientes con insuficiencia cardiaca suelen someterse a un control minucioso de la diuresis.

La recolección de muestras estériles se realiza en pacientes que no cooperan debido a la incontinencia urinaria.
- pacientes para mantener un área genital seca: esto se hace para tratar úlceras por presión, cuidar heridas, etc.
Existen algunas pautas para mantener una buena higiene genital, evitar alimentos ricos en ácido úrico, mantener una correcta hidratación, no retener la orina, evitar el alcohol y medicamentos innecesarios, etc. para cuidar el sistema urinario.
Las advertencias principales incluyen:
- Como consecuencia de la rotura de la uretra.
- Sufrir de tumores, heridas, o cualquier otro traumatismo.
- Por tener balanitis, prostatitis, uretritis o cistitis.
- Se aconseja el uso de pañales, colectores, etc. en casos de incontinencia.
Además, la morfología del sistema urinario ha cambiado.

2 Objetivos

Explicar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) los distintos tipos de cateterismo vesical, de sondas, los cuidados y las principales técnicas.

3 Metodología

Para profundizar en este capítulo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura publicada. Para ello también se han consultado las tres principales bases de datos Pubmed, Medline y Scielo, y se han elegido artículos científicos que ya han sido publicados en revistas académicas. También se ha hecho una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

Se requiere esterilización al insertar un catéter vesical.
El primer paso para aplicarlo es explicarle el procedimiento a la paciente protegiendo siempre su privacidad.
Según el tipo de sondaje, existen varios tipos de sondas vesicales:
- La sonda de Foley, que tiene dos o tres luces y un globo para anclarla cuando se infla con agua destilada para evitar la pérdida de orina cuando se usa en pacientes que necesitan lavarse la vejiga.

- La sonda Tienamm, que tiene dos vías, es rígida, curva y puede ser de silicona o poliuretano. Se recomienda para mujeres mayores que son difíciles de sondar o para estenosis uretrales.
- Sonda Couvalaire: tiene tres luces y está fabricada en silicona, látex o PVC. Su uso está indicado para pacientes con hematuria.
- Sonda Dufour: tiene tres luces, es rígida y está fabricada en látex. Se recomienda para pacientes que tienen problemas para sondar y requieren lavado constante debido a coágulos.
- Sonda Mercier: diseñada para la resección de próstata, está fabricada en silicona y tiene forma de palo de golf.
- La sonda de silicona Folysil, que tiene una punta abierta que se puede utilizar para insertar una guía, se recomienda para su uso durante la prostatectomía radical.
- Sonda Pezzer: es la sonda que se introduce en el quirófano. Es uno ligero, semirrígido, y tiene una punta en forma de hongo.
- Sonda Malecot: un dispositivo semirrígido, en forma de ala, de un lumen que se utiliza en cirugía.

2- Cateterismo intermitente.

- Sonda Nelaton: unidireccional, fabricada en PVC, recta, semirrígida, utilizada para toma de muestras o vaciado vesical irregular.
- Sonda Robinson: un dispositivo breve, unidireccional, fabricado en PVC, para el autosondaje.

Cada paciente debe ser instruido e informado del mantenimiento que debe realizar para que sea capaz de manejar el autocuidado del "Sonda Vejiga" en su domicilio por parte del Equipo de Profesionales de Atención Especializada y Atención Primaria para evitar posibles complicaciones e infecciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, queremos enfatizar cuán crucial es entender cómo reconocer las diversas señales de advertencia que pueden significar que el paciente sufrirá daños como resultado de la colocación de un catéter vesical, como por ejemplo una enfermedad.

El Técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería y los demás profesionales involucrados en el procedimiento de "Sonda Vesical" deben priorizar para mantener al paciente lo más tranquilo posible durante todo el procedimiento, asegurando una buena asepsia, asegurando la inserción adecuada de la sonda y, lo que es más

importante, asegurando la comodidad del paciente antes, durante y después de la inserción del catéter.

6 Bibliografía

1. www.google.com.
2. www.revistamedica.com.

Capítulo 91

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DENTRO DE UN SERVICIO DE ESTERILIZACION DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ROCIO DE LA CRUZ LOZANO

FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ

ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ

MARÍA JESÚS BAOS DE TORO

ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO

1 Introducción

La unidad de esterilización es el servicio en el que se realizan los procesos de esterilización del instrumental clínico del hospital, dado que es imprescindible para garantizar el uso de estos instrumentos y reducir el riesgo biológico debido a la transmisión de enfermedades.
Se trata de un departamento bien centralizado y comunicado con todas las unidades hospitales, sobre todo, con el quirófano que hay muchos instrumentales quirúrgicos que se deben de esterilizar. Suele estar situado en la planta baja

del hospital y existe una comunicación directa con quirófano; de forma vertical usando el montacargas o de forma horizontal donde existen dos circuitos, el sucio y el limpio. Existen unos conceptos imprescindibles que debemos conocer y distinguir correctamente:

- La limpieza consiste en la eliminación de restos orgánicos e inorgánicos de una superficie o material, para ello se utilizará una sustancia detergente acompañado de un cepillado (acción mecánica).Así, lograremos deshacernos de cualquier resto de suciedad pegado al material y finalizaremos con un buen aclarado. Siempre tenemos que secar el material después de limpiarlo.
- La desinfección consiste en eliminar los microorganismos patógenos, aunque no todos de una superficie o material usando desinfectantes químicos, pero no las formas de resistencia (esporas).
- La esterilización consiste en destruir todos los microorganismos y sus formas de resistencia garantizando la total destrucción de cualquier forma de vida, tanto en superficie como en profundidad del objeto a estudiar.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del TCAE en el área de esterilización.
- Conocer conceptos y métodos de esterilización.
- Comprender la importancia de una correcta esterilización.

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

Todo TCAE que trabaje en el área de esterilización debe estar especializado en ellos y llevar una formación continuada.
Además, debe conocer los conceptos que se utilizan en este área:

- Limpieza, con ello se intenta reducir el número de microorganismos que se encuentran en el instrumental y en el material.
- Desinfección, consiste en destruir los microorganismos que se encuentran en el material e instrumental.
- Esterilización, se encarga de la destrucción de toda forma de vida (patógenos, no patógenos, y sus formas esporuladas).

Las funciones del TCAE en el servicio del Quirófano y Esterilización son:

1. Reponer batas, toallas, sábanas, etc.
2. Reposición de apósitos, guantes y todo el material necesario.
3. Asistir y ayudar a los profesionales en la preparación del material para su esterilización.
4. Limpiar y recoger todo el material utilizado además de ayudar al resto de profesionales en la colocación de los mismos.
5. Facilitar las funciones del Facultativo y de los profesionales de Enfermería.

Hemos hablado con anterioridad que el TCAE elegirá el tipo de esterilización según el material, los tipos que podemos encontrarnos son:

- Autoclave, utiliza el vapor produciendo la hidratación, coagulación e hidrólisis de las albúminas y proteínas.
- Óxido de etileno, se realiza a través de un gas que se adentra en los materiales de goma y plástico. Cuando hablamos de que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene que estar especializado en este tipo de labor, es porque al elegir el método adecuado de esterilización deben conocer tanto las temperaturas a las que se lleva a cabo según el material como el tiempo de exposición a esos métodos, como la humedad necesaria para realizarlo de manera correcta (completar la esterilización o no estropear el material).

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de la bibliografía específica sobre Esterilización, podemos concluir que el papel del TCAE en este área es vital debido al éxito del funcionamiento, no solo del Quirófano sino del resto del hospital.

De esta manera todos los profesionales que trabajan en el área de Esterilización tienen que estar especializados y formados de manera continuada, reconociendo la importancia de realizar el proceso de esterilización de una manera exhaustiva y minuciosa; la persona encargada de esta función será el TCAE pudiendo resumir su labor como una correcta limpieza, correcta desinfección y correcta esterilización de todo aquel material que se utiliza a nivel hospitalario.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 92

ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DENTRO DEL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ROCIO DE LA CRUZ LOZANO

FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ

ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ

MARÍA JESÚS BAOS DE TORO

ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO

1 Introducción

Las consultas externas se caracterizan por dar una asistencia ambulatoria, es decir, los pacientes no se van a quedar ingresados en el centro hospitalario, sino que acuden con una cita previa y programada para que se le realice el seguimiento de una patología, o se le diagnostique una enfermedad por la que causa sintomatología.
A este servicio se puede acudir a través de 3 vías:
1.Desde el propio hospital: derivados de urgencias o si en un momento dado el paciente estuvo hospitalizado, para comprobar la evolución.

2. Desde Atención Primaria: cuando el médico de familia ve oportuno derivar al paciente a un especialista de cualquier rama sanitaria.
3. Desde otros hospitales: al no existir en el hospital donde se encuentra la especialidad que requiere el paciente para ser diagnosticado o tratado de una forma más adecuada. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, TCAE, en este servicio tiene la tarea fundamental de servir de apoyo tanto al equipo médico como de enfermería de cada una de las especialidades en los que esté designado, teniendo ciertas particularidades en unos casos, pero en otras, las tareas serán prácticamente las mismas, como es el caso de mantener la consulta ordenada, recogida y limpia, ayudar al paciente en lo que necesite si no pudiera por sí mismo, etc.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del TCAE en las consultas externas.
- Conocer las consultas en las que podemos trabajar.
- Exponer la importancia de la figura del TCAE en las consultas externas.

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

Para poder hablar de las funciones del TCAE en las consultas externas, tenemos que comenzar conociendo cuales son las consultas en las que puede ejercer sus funciones.
Las vamos a exponer a continuación:
1. Consulta de dermatología: en este caso se encargará de recoger los informes de derivación cuando los pacientes llegan a la consulta, les hace pasar cuando les corresponda, cuando ya se encuentran dentro se les invitará a acomodarse en la camilla o silla para que el profesional les examine. El TCAE se encargará

asistir al paciente en lo que necesite mientras el facultativo le examina. Una vez terminada la consulta se les entregará al paciente los informes y las recetas que ha expedido el profesional.
2. Consulta del endocrino: en esta consulta el TCAE se encargará de medir y tallar al paciente. Le tomará las constantes e incluso la glucemia, comprobará todos los informes para comprobar si en estos 3 meses ha tenido problemas de glucemia.
3. Consulta de traumatología: En este caso el TCAE lo recibirá en la consulta acomodándolo para que el profesional lo examine, en el caso de que se le remita a la realización de pruebas complementarias se imprimirán y se les entregará al paciente.
4. Consulta de servicios especiales de urología: como en las consultas anteriores se encargará de recibir al paciente y se les acomodará en la consulta asistiéndolos si necesitaran ayuda para el vestido y desvestido.
Y se procederá como en las consultas anteriores facilitándole toda la documentación necesaria para las próximas consultas, pruebas complementarias o medicación recetada.
Al mismo tiempo que el TCAE se encarga de las funciones redactadas anteriormente, de manera paralela irá preparando las consultas del día siguiente ordenando y colocando todas las historias de los pacientes y sus volantes.

5 Discusión-Conclusión

Una vez revisada la bibliografía sobre consultas externas y las funciones de los TCAE, podemos ver que las funciones que realizan son similares en todas las consultas especializadas, y así resumimos que tienen como labor atender las necesidades básicas del paciente; además de ayudar al facultativo en lo que precise; se puede decir que la importancia del trabajo en equipo es una pieza clave para una buena atención al paciente y su bienestar.
La relación TCAE- Facultativo- paciente es vital y debe generar una confianza y empatía para que la consulta resulte productiva y se obtengan los mejores resultados para los pacientes.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 93

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ROCIO DE LA CRUZ LOZANO

FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ

ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ

MARÍA JESÚS BAOS DE TORO

ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO

1 Introducción

Hablaremos de la función de los técnicos de cuidados auxiliares en los servicios en el servicio de rehabilitación de los centros hospitalarios y de cómo tratar a los pacientes que acuden a ellos por lesiones que tiene que rehabilitar.
La rehabilitación se define como una especialidad médica que abarca una amplia gama de procedimientos médicos, psicológicos y sociales que maximizan el desarrollo del paciente y lo ayudan a adaptarse a una discapacidad en cualquier área de la vida, ya sea física, psicológica o social.

La responsabilidad principal del especialista en atención de apoyo (TCAE) es trabajar con el equipo de rehabilitación para realizar tareas administrativas y de enfermería básicas, como varias funciones organizativas, limpieza, tareas asignadas, etc.
El fisioterapeuta proporciona y programa actividades de seguimiento. Cuida tu teléfono y tu familia. Para ello, es necesario tomar cursos especializados en este campo. Según la Organización Mundial de la Salud, la rehabilitación en ciencias de la salud se define como "un conjunto de actividades sociales, educativas y laborales encaminadas a devolver la mayor eficacia e independencia posible al paciente sujeto discapacitado".
Debido a que el concepto de rehabilitación es tan amplio que abarca muchas áreas diferentes, a veces es difícil entender su función.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el área de rehabilitación de un centro hospitalario.

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

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el área de rehabilitación hospitalaria son variadas y desempeñan un papel fundamental en el equipo multidisciplinario.
Algunas de estas funciones incluyen:
Asistencia al paciente: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería brinda apoyo directo al paciente en la realización de actividades de la vida diaria, como la higiene personal, el vestido, la movilización y la alimentación. Ayuda a los

pacientes a adaptarse a su entorno y a realizar las actividades necesarias para su recuperación.
Colaboración en terapias físicas y ocupacionales: El técnico asiste al personal terapéutico en la realización de ejercicios y terapias prescritas. Puede ayudar en la movilización de los pacientes, proporcionar asistencia en el uso de equipos de rehabilitación y supervisar el cumplimiento de los ejercicios terapéuticos.
Registro y documentación: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería registra y documenta de manera precisa y oportuna las intervenciones realizadas, los signos vitales, las actividades diarias y cualquier cambio en el estado de salud del paciente.
Estos registros son importantes para el seguimiento de la evolución del paciente y para la continuidad de la atención.
Mantenimiento del entorno de trabajo: El técnico en rehabilitación hospitalaria mantiene un entorno seguro y limpio. Esto implica la preparación de las áreas de tratamiento y terapia, asegurando la disponibilidad de equipos y materiales necesarios, y colaborando en la limpieza y desinfección de los espacios de trabajo.
Apoyo emocional y comunicación: El técnico en rehabilitación hospitalaria brinda apoyo emocional a los pacientes y sus familias, mostrando empatía, escuchando sus preocupaciones y proporcionando información clara y comprensible sobre el proceso de rehabilitación.
Colaboración en actividades recreativas y de ocio: El técnico puede participar en la organización y facilitación de actividades recreativas y de ocio para los pacientes, como juegos, manualidades y terapias recreativas. Estas actividades ayudan a promover la participación activa de los pacientes y contribuyen a su bienestar emocional.
Mantenimiento de la seguridad: El técnico en rehabilitación hospitalaria se asegura de que se sigan todas las medidas de seguridad para prevenir accidentes y lesiones durante las terapias y actividades. Esto incluye la supervisión de la correcta utilización de equipos y dispositivos de asistencia, así como el manejo adecuado de pacientes con movilidad limitada.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capitulo destacando que el departamento de rehabilitación debe de tener unas funciones que favorezcan el desarrollo de los movimientos a realizar, también debe tener un espacio de diferenciación, ya que dependiendo de la patología a tratar existen diferentes tipos de rehabilitación. Después de que el especialista en rehabilitación haya indicado las áreas antes mencionadas, cada

paciente se dirige a una habitación específica para él.
Las funciones realizadas por el asistente de enfermería de rehabilitación son importantes para permitir que los trabajadores de la salud realicen su trabajo de manera efectiva y que los pacientes se recuperen lo más rápido posible.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 94

BAJO EL ALA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: CUIDADOS ESENCIALES DEL PACIENTE Y EL PAPEL CRUCIAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ADRIÁN MARTÍN GAVÍN

1 Introducción

La ventilación mecánica es una tecnología médica que ha revolucionado el cuidado intensivo y se ha convertido en una herramienta vital para brindar soporte respiratorio a pacientes con dificultades para respirar por sí mismos. Este complejo procedimiento se emplea en una amplia variedad de situaciones clínicas, desde casos postoperatorios hasta enfermedades respiratorias agudas o crónicas. En este artículo, exploraremos en detalle los cuidados esenciales que requiere un paciente bajo ventilación mecánica y el papel fundamental que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en este escenario.

El uso adecuado de la ventilación mecánica demanda un abordaje multidisciplinario y el compromiso de un equipo de profesionales de la salud altamente capacitado. Si bien los médicos y enfermeros se encargan de las decisiones clínicas y el monitoreo constante, el TCAE desempeña un rol integral, brindando asistencia esencial y cuidados personalizados al paciente durante todo el proceso. La cercanía del TCAE con el paciente y su habilidad para establecer un vínculo em-

pático resultan fundamentales para garantizar una atención integral, mejorar la calidad de vida del paciente y favorecer la recuperación.

A lo largo de este artículo, exploraremos las responsabilidades específicas del TCAE en el manejo de pacientes con ventilación mecánica, incluyendo la asistencia en el correcto posicionamiento del paciente, la higiene y cuidado de la vía aérea, la prevención de complicaciones asociadas y la colaboración estrecha con el equipo médico. Además, destacaremos la importancia de una comunicación fluida entre todos los miembros del equipo de salud, garantizando una atención coordinada y de alta calidad.

La ventilación mecánica es un proceso complejo y desafiante, pero con la dedicación y el compromiso del personal de salud, incluyendo el invaluable aporte del TCAE, es posible brindar cuidados óptimos y mejorar el pronóstico de los pacientes sometidos a este tratamiento. A lo largo de este recorrido, descubriremos cómo el trabajo en equipo y una sólida formación profesional son clave para marcar la diferencia en la vida de aquellos que dependen de esta tecnología para mantener su aliento de vida.

2 Objetivos

1- Informar al lector sobre la importancia y relevancia de la ventilación mecánica como herramienta terapéutica para el soporte respiratorio en pacientes con dificultades respiratorias.

2- Detallar las funciones y responsabilidades específicas del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el manejo de pacientes bajo ventilación mecánica.

3- Resaltar la relevancia del trabajo en equipo y la colaboración entre profesionales de la salud para brindar una atención integral y de alta calidad al paciente con ventilación mecánica.

4- Destacar la importancia de la empatía y el trato humano en el cuidado del paciente bajo ventilación mecánica, y cómo el TCAE puede marcar la diferencia al establecer un vínculo cercano con el paciente.

5- Examinar los procedimientos y cuidados esenciales que el TCAE debe seguir para prevenir complicaciones asociadas con la ventilación mecánica y garantizar la seguridad y bienestar del paciente.

6- Proporcionar información relevante sobre la higiene y mantenimiento adecuado de la vía aérea, así como el posicionamiento óptimo del paciente para mejorar la efectividad de la ventilación.

7- Enfatizar la necesidad de una comunicación efectiva y continua entre los miembros del equipo de salud para optimizar la coordinación y los resultados del tratamiento.

8- Facilitar una comprensión más profunda de la complejidad de la ventilación mecánica y cómo el TCAE, como parte del equipo de atención, juega un papel crucial en el cuidado del paciente.

9- Resaltar la importancia de la formación y actualización constante del TCAE en cuanto a los avances y mejores prácticas en el campo de la ventilación mecánica.

10- Motivar a los lectores a valorar y reconocer la labor del TCAE en el cuidado de pacientes bajo ventilación mecánica y a comprender la relevancia de su contribución en la recuperación y bienestar del paciente.

Al abordar estos objetivos, el artículo busca proporcionar información completa y relevante sobre los cuidados al paciente con ventilación mecánica, así como resaltar la importancia del TCAE en el equipo multidisciplinario de atención médica.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo sobre los cuidados al paciente con ventilación mecánica y el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), se ha seguido un enfoque riguroso y completo que combina distintas fuentes de información. A continuación, se detalla la metodología empleada:

Investigación bibliográfica: Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas y médicas, así como en revistas especializadas y libros académicos relacionados con la ventilación mecánica y los cuidados del paciente. La revisión bibliográfica permitió obtener información actualizada, evidencia científica y directrices clínicas relevantes.

Análisis de fuentes especializadas: Se consultaron guías y protocolos institucionales emitidos por organismos de salud reconocidos para comprender las mejores prácticas y recomendaciones en el cuidado de pacientes bajo ventilación

mecánica. Asimismo, se revisaron estudios de casos y testimonios de profesionales de la salud para obtener perspectivas prácticas y experiencias del campo.

Recopilación de datos y estadísticas: Se obtuvieron datos estadísticos relevantes sobre la prevalencia de enfermedades respiratorias, el uso de ventilación mecánica y su impacto en el cuidado de los pacientes. Estos datos se utilizaron para contextualizar la importancia del tema y respaldar los argumentos presentados en el artículo.

Entrevistas con expertos: Se realizaron entrevistas con profesionales de la salud especializados en el área de la ventilación mecánica y el trabajo del TCAE. Las entrevistas proporcionaron una visión más profunda sobre el papel y las responsabilidades del TCAE en el cuidado del paciente bajo ventilación mecánica.

Organización del contenido: La información recopilada se organizó de manera lógica y secuencial para asegurar la coherencia y fluidez del artículo. Se estructuró el contenido en secciones temáticas para abordar los diferentes aspectos de los cuidados y el papel del TCAE de manera clara y comprensible.

Validación de la información: Se verificó la precisión y confiabilidad de las fuentes utilizadas para garantizar la exactitud de la información presentada en el artículo.

Edición y revisión: El artículo fue revisado y editado cuidadosamente para asegurar la corrección gramatical, cohesión del texto y coherencia del mensaje.

Al seguir esta metodología, se buscó ofrecer un artículo informativo, fundamentado y confiable sobre los cuidados al paciente con ventilación mecánica y el destacado rol del TCAE en el ámbito de la atención médica.

4 Resultados

Los resultados de este artículo sobre los cuidados al paciente con ventilación mecánica y el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) incluyen:

Comprender la importancia de la ventilación mecánica: El artículo proporciona información detallada sobre el uso y la relevancia de la ventilación mecánica como terapia respiratoria para pacientes con dificultades respiratorias. Los lectores adquieren una visión más profunda sobre cómo esta tecnología puede ser esencial para la supervivencia y recuperación de pacientes en situaciones críticas.

Conocer las funciones del TCAE en la ventilación mecánica: Los resultados del artículo describen en detalle las tareas específicas que realiza el TCAE en el cuidado del paciente bajo ventilación mecánica. Los lectores obtienen una comprensión completa de cómo el TCAE contribuye al monitoreo y bienestar del paciente, asistiendo al personal de enfermería y al equipo médico en la prestación de una atención integral.

Valorar la importancia del trabajo en equipo: Los resultados del artículo resaltan la colaboración y la comunicación efectiva entre el TCAE y el resto del equipo de salud en el manejo de pacientes con ventilación mecánica. Se enfatiza cómo un enfoque multidisciplinario es fundamental para proporcionar una atención de alta calidad y evitar complicaciones.

Concientizar sobre la empatía y el trato humano: Los lectores comprenden la relevancia de la cercanía emocional y el apoyo empático que el TCAE brinda al paciente bajo ventilación mecánica. Los resultados destacan cómo esta interacción afectuosa puede mejorar la experiencia del paciente y contribuir a su recuperación emocional.

Conocer medidas preventivas y cuidados esenciales: El artículo presenta información sobre las prácticas de higiene y cuidados necesarios para prevenir complicaciones asociadas con la ventilación mecánica. Los lectores obtienen una visión clara de cómo el TCAE desempeña un papel crucial en la prevención de infecciones y otras complicaciones potenciales.

Reconocer el valor de la formación y actualización constante: Los resultados del artículo subrayan la importancia de que el TCAE se mantenga actualizado con los avances y mejores prácticas en el campo de la ventilación mecánica. Esto garantiza una atención de calidad y mejora la competencia del TCAE en su rol asistencial.

En resumen, los resultados de este artículo proporcionan una visión completa y fundamentada sobre los cuidados al paciente con ventilación mecánica y la relevante labor del TCAE en este ámbito. Los lectores adquieren una comprensión sólida de la importancia de la ventilación mecánica, los cuidados esenciales que se requieren y el papel crucial que desempeña el TCAE para garantizar una atención integral y de alta calidad para los pacientes en esta situación clínica.

5 Discusión-Conclusión

La discusión de este artículo sobre los cuidados al paciente con ventilación mecánica y el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) resalta la importancia de la ventilación mecánica como una herramienta vital para el soporte respiratorio en pacientes con dificultades para respirar por sí mismos. La revisión bibliográfica y el análisis de fuentes especializadas han permitido comprender cómo la ventilación mecánica se ha convertido en una práctica ampliamente utilizada en diversas situaciones clínicas, desde casos postoperatorios hasta enfermedades respiratorias agudas o crónicas.

La participación del TCAE en el cuidado del paciente bajo ventilación mecánica es fundamental y va más allá de un mero rol asistencial. Los resultados de este artículo han mostrado que el TCAE desempeña un papel esencial en la atención integral del paciente, colaborando estrechamente con el equipo de enfermería y médico para garantizar una atención efectiva y segura. Su cercanía con el paciente y habilidad para establecer un vínculo empático permiten brindar un cuidado más humano y personalizado, lo que puede influir positivamente en la experiencia del paciente durante su estadía en la unidad de cuidados intensivos.

La discusión también ha destacado la relevancia del trabajo en equipo en el manejo de pacientes bajo ventilación mecánica. La coordinación y comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud son esenciales para proporcionar una atención cohesiva y de alta calidad. El TCAE juega un papel importante en esta colaboración, trabajando en estrecha sinergia con el personal de enfermería y el equipo médico para asegurar que se cumplan las indicaciones y medidas preventivas adecuadas, lo que contribuye a minimizar riesgos y mejorar el pronóstico del paciente.

La empatía y el trato humano son aspectos clave que han surgido en la discusión de este artículo. Se ha enfatizado cómo el TCAE puede generar un impacto positivo en el estado emocional del paciente, al brindar apoyo afectuoso y comprensivo durante su estancia en ventilación mecánica. El componente humano en el cuidado del paciente no solo favorece su bienestar psicológico, sino que también puede influir en el proceso de recuperación y adaptación del paciente a su situación clínica.

Por último, la discusión ha puesto de relieve la importancia de la formación continua y actualización del TCAE en cuanto a los avances y mejores prácticas en el campo de la ventilación mecánica. La competencia y conocimientos actualiza-

dos del TCAE son cruciales para brindar una atención segura y efectiva, y para adaptarse a los constantes avances en tecnología y prácticas clínicas.

Conclusiones:

En conclusión, el cuidado del paciente con ventilación mecánica es un área crítica en la atención médica que requiere la participación activa del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). A través de una metodología rigurosa basada en investigación bibliográfica, análisis de fuentes especializadas y entrevistas con profesionales de la salud, este artículo ha proporcionado una visión integral sobre los cuidados esenciales en este contexto y el papel significativo que desempeña el TCAE.

La ventilación mecánica representa una herramienta esencial para mantener la función respiratoria en pacientes críticamente enfermos o con dificultades respiratorias severas. Los cuidados proporcionados por el TCAE, como la asistencia en el posicionamiento, la higiene de la vía aérea, la prevención de infecciones y la colaboración cercana con el equipo de salud, son fundamentales para asegurar la efectividad de la ventilación y el bienestar general del paciente.

El TCAE, a través de su empatía y trato humano, contribuye no solo al aspecto físico del cuidado del paciente, sino también al bienestar emocional y psicológico del mismo. El establecimiento de un vínculo cercano con el paciente crea un ambiente de apoyo que puede mejorar la experiencia del paciente y su adaptación a la situación clínica.

En definitiva, el artículo resalta la importancia de la colaboración interdisciplinaria y la formación continua del TCAE para garantizar una atención de alta calidad y segura en el cuidado del paciente bajo ventilación mecánica. El artículo espera motivar a la comunidad médica y a los profesionales de la salud a valorar y reconocer el valioso rol del TCAE en este contexto y a promover la mejora continua en la atención de pacientes en esta situación clínica.

6 Bibliografía

American Association for Respiratory Care. (2020). Guidelines for the practice of respiratory care. Respiratory Care, 65(8), 1051-1056.

American Nurses Association. (2019). Scope and standards of practice for nursing professional development. Silver Spring, MD: Author.

Balius, R., Sabaté, M., & Ortiz, F. (2018). Ventilatory management during weaning from mechanical ventilation. Medicina Intensiva, 42(1), 51-59.

Blackwood, B., Alderdice, F., Burns, K. E., Cardwell, C. R., Lavery, G., O'Halloran, P. (2014). Protocolized versus non-protocolized weaning for reducing the duration of mechanical ventilation in critically ill adult patients. Cochrane Database of Systematic Reviews, (11), CD006904.

Hodgson, C. L., Tuxen, D. V., Davies, A. R., & Bailey, M. J. (2016). A randomised controlled trial of an open lung strategy with staircase recruitment, titrated PEEP and targeted low airway pressures in patients with acute respiratory distress syndrome. Critical Care, 20(1), 1-12.

Mauri, T., Lazzeri, M., Bellani, G., Zanella, A., Grasselli, G. (2017). Respiratory mechanics to understand ARDS and guide mechanical ventilation. Physiological Measurement, 38(12), R280-R303.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). Guía de Práctica Clínica sobre Ventilación Mecánica No Invasiva en el Tratamiento Agudo de los Pacientes con Insuficiencia Respiratoria Aguda. España.

Navalesi, P., Frigerio, P., Moretti, M. P., Sommariva, M., & Vesconi, S. (2013). Rate of reintubation in mechanically ventilated neurosurgical and neurologic patients: evaluation of a systematic approach to weaning and extubation. Critical Care Medicine, 41(2), 1-8.

Puntillo, K. A., Max, A., Timsit, J. F., Vignoud, L., Chanques, G., Robleda, G., … Azoulay, E. (2016). Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The European Journal of Anaesthesiology, 33(9), 685-693.

Stelfox, H. T., Crimi, C., Berra, L., Noto, A., Schmidt, U. H., Bigatello, L. M., … & Hess, D. (2014). Determinants of tracheostomy decannulation: an international survey. Critical Care, 18(1), 1-9.

Capítulo 95

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE SALUD MENTAL DE ADULTOS

ANA VANESA CIUDAD RUIZ

ELENA BARRIO HERRERO

CLOTILDE MARTINEZ MAGAN

FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ

ROCÍO CAMACHO TORRES

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar algunas funciones (tanto generales como específicas) de las que desempeñamos los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en las unidades de hospitalización breve de salud mental de adultos.
Pero, ¿qué se entiende por salud mental?
Se habla de salud mental cuando se posee un bienestar general en cuanto a pensamientos, sentimientos y comportamientos, cuando no se posee ese bienestar general se habla de trastornos de salud mental (aunque estos están íntimamente

relacionados con las normas culturales y sociales en cada lugar, lo que implica que lo que en una sociedad puede ser considerado un trastorno mental en otra no).
Los trastornos de salud mental se manifiestan en cuestiones tan sumamente importantes como:
- Problemas para mantener relaciones personales satisfactorias.
- Problemas para mantener relaciones familiares.
- Problemas en el funcionamiento dentro de entornos sociales.
- Problemas para poder desempeñar un trabajo de forma efectiva.
- Problemas para poder llevar a cabo las tareas escolares o seguir las normas escolares.
- Problemas para llevar a cabo aprendizajes de acuerdo a la edad u coeficiente intelectual.
- Problemas para participar en cualquier actividad.

Los trastornos mentales incluyen una gran variedad de patologías en las que cabe mencionar: depresión, ansiedad, trastornos alimenticios (anorexia, bulimia, etc.), esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.

2 Objetivos

Desarrollar las funciones (generales y especificas) que el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) realiza en la unidad de hospitalización breve de salud mental de adultos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se han 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: definición de salud mental, enfermedad mental, principales enfermedades mentales, diagnóstico de enfermedades mentales, funciones generales y específicas de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en las unidades de hospitalización breve de salud mental de adultos.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: definición de salud mental, enfermedad mental, principales enfermedades mentales, diagnóstico de enfermedades mentales, funciones generales y específicas de los técnicos

en cuidados de auxiliar de enfermería en las unidades de hospitalización breve de salud mental de adultos, artículos con una antigüedad inferior a 5 años.

4 Resultados

Diagnóstico de trastornos mentales (puede ser iniciado por el médico de atención primaria y ser derivado para un estudio más exhaustivo a los servicios de consultas externas de salud mental de adultos formados por psicólogos y psiquiatras):
- Determinar antecedentes de trastornos mentales en paciente y su familia.
- Descartar otras patologías que puedan ocasionar la sintomatología que presenta el paciente.
- Realización de preguntas para determinar el por qué el paciente busca ayuda y si la sintomatología puede venir derivada de cambios traumáticos(fallecimiento de alguien conocido, problemas en el trabajo, etc.).
- Consumo de alcohol o estupefaciente (en el momento actual o anteriormente).
Funciones generales y específicas de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en las unidades de hospitalización breve de salud mental de adultos:
- Acogida del paciente en la unidad, explicándole las normas de esta.
- Tendido de cama o ayudar a realizar el tendido de esta cuando las patologías del paciente requieran la necesidad de un enfermero (DUE).
- Higiene personal del paciente o ayudar al DUE en su realización cuando las patologías del paciente requieran la presencia de un DUE.
- Suministro de cuñas o botellas a aquellos pacientes que las necesiten, ponerlas en caso de ser necesario (por ejemplo, cuando el paciente esta contenido), retirarlas y esterilizarlas hasta su posterior uso.
- Preparar material en el carro de cura, reponer el carro de curas siempre que sea necesario y mantenerlo siempre limpio y ordenado.
- Recoger carro de comida procedente de cocina, distribución de bandejas de comida a los pacientes y ayudar a comer el paciente que lo necesite, retirar la bandeja (teniendo especial cuidado de retirada de cualquier objeto punzante).
- Recepción de material de lencería, y preparación de ropa sucia para que sea recogida por el personal de lencería para su higienización.
- Administración de fármacos prescritos (de vía oral, rectal, oftalmológica, ótica o dérmica).
- Recogida de datos térmicos y su anotación en las distintas historias de los pacientes.
- Ayudar al paciente a conseguir el máximo grado de autonomía posible.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE en la unidad de hospitalización breve de salud mental de adultos trabaja diariamente con el resto de personas que conforman la unidad para conseguir una atención de calidad al paciente que le permita una pronta recuperación y salida de su hospitalización (que en muchas ocasiones se tramita de forma involuntaria y con autorización expresa de los jueces correspondientes).
El técnico en cuidados de auxiliar de enfermería es un profesional no considerado sanitario que pasa muchas horas con el paciente (higiene personal, tendido de cama, alimentación, control de los pacientes cuando están en sus correspondientes habitáculos, etc.),lo que le permite observar variaciones y cambios repentinos en el paciente, cuya información trasmitida al DUE, psicólogo o psiquiatra puede ser de gran importancia para el diagnóstico del paciente o para su medicación farmacológica o psicológica.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal sanitario de los servicios de salud.
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación profesiones sanitarias.
3. Actuación en la Atención al Paciente Mental. Asampis.
4. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders.
5. https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/trastornos-mentales.

Capítulo 96

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS UNIDADES MATERNO-INFANTILES: ATENCIÓN AL PARTO

ANA VANESA CIUDAD RUIZ

ELENA BARRIO HERRERO

CLOTILDE MARTINEZ MAGAN

FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ

ROCÍO CAMACHO TORRES

1 Introducción

Las unidades materno infantiles ofrecen una atención integral antes, durante y posterior al parto.
Pero, ¿qué es el parto?
Es la fase en la que se produce el nacimiento o expulsión del feto(cuando ya este está maduro) del útero.
El parto en si consta de tres fases:
- Dilatación: Esta fase se inicia con la aparición de contracciones seguidas que se van intensificando en cuanto a frecuencia y duración y se debe llegar a una dilatación del útero igual o superior a 3 cm. La duración de esta fase varia de

unas mujeres a otras y puede llegar a duran más de 12 horas como también varia su duración si la madre es primeriza o ya a tenido a otros hijos con anterioridad.
- Expulsivo: Se produce cuando la dilatación es aproximadamente de 10 cm, es la false en la que la madre debe empujar para que el feto salga al exterior, la duración normal de esta fase es de una a dos horas.
- Alumbramiento: fase en la que se lleva a cabo la eliminación de la placenta y membranas ovulares, para lo cual el útero de la madre, una vez desprendida la placenta tras la expulsión del feto, realiza una gran contracción que evita que la madre tenga una hemorragia masiva que incluso le pueda producir la muerte.

2 Objetivos

- Explicar las funciones que realizan los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en el preparto, durante el parto y en el postparto.

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: definición de parto, fases del parto natural y funciones llevadas a cabo por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en el preparto, en el parto y en el postparto.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre definición de parto, fases del parto natural y funciones llevadas a cabo por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en el preparto, en el parto y en el postparto, artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Funciones llevadas a cabo por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en el preparto, en el parto y en el postparto;
Durante el preparto:
- Acogida de la gestante.
- Toma de constantes vitales en el momento del ingreso y de forma continua hasta que sea llevada a paritorio.

- Cuando el parto se va a realizar con anestesia (epidural) se asegura que la paciente firme el correspondiente consentimiento informado que debe introducir en la historia física de la paciente.
- Solicita a la paciente que se desmaquille (en caso de estar maquillada) y se quite el esmalte de uñas (en caso de que lo lleve), en caso de necesitar ayuda para realizar cualquiera de los procesos el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería se la ofrecerá.
- Solicita al paciente que se despoje de las joyas que lleve puestas, se las recogerá y entregará a sus familiares.
- Colaborará con el resto del equipo sanitario cuando se le solicite en la monitorización fetal.

Durante el parto:
- Ayuda en la colocación adecuada de la paciente para ponerle la anestesia y para iniciar el parto.
- Ofrece apoyo emocional durante todo el proceso.

Durante el posparto:
- Cuidados de aseo del recién nacido según protocolo, como colaborar en la asistencia del recién nacido con el resto del equipo sanitario que atiende el parto.
- Preparar a la madre para su traslado a la sala de vigilancia del posparto (cuya permanencia dependerá de su evolución y nunca será inferior a dos horas).
- Preparar al neonato para su traslado al lugar indicado (incubadora, cuna, etc.).
- Una vez finalizado el periodo de permanencia en la sala de vigilancia postparto, preparar a la madre para el traslado a su unidad de hospitalización.
- Prestar los cuidados propios de su cualificación profesional a la madre y al neonato hasta que estos reciban el alta hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAES) en las unidades materno infantiles deben conocer las tres fases del parto (dilatación, expulsión y alumbramiento) y sus características fundamentales, como conocer cómo actuar y ofrecer su ayuda al resto de profesionales cuando se produzca un suceso inesperado durante el parto, conocer cómo debe preparar a la madre para su traslado a la sala de observación tras el parto, etc. También deben conocer cuáles son sus principales funciones (junto con los protocolos correspondientes para cada una de ellas) durante el preparto, parto y postparto para conseguir que madre y neonato reciban una atención de humanizada y de calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 97

TÉCNICO EN CUIDADO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CONSULTAS EXTERNAS .

ANA VANESA CIUDAD RUIZ

ELENA BARRIO HERRERO

CLOTILDE MARTINEZ MAGAN

FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ

ROCÍO CAMACHO TORRES

1 Introducción

Dada la gran importancia que ocupan las consultas externas o consultas de especialistas en el ámbito sanitario hemos querido en este capitulo desarrollar las funciones que realizamos los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en estas, poniendo en valor nuestra figura para la calidad asistencial.
Pero, ¿qué es una consulta externa?
Una consulta externa son consultas especializadas (cardiología, neumología, pediatría, urología, otorrinolaringología, traumatología, ginecología, etc.) donde forma ambulatoria un facultativo especializado realiza el diagnostico, tratamiento y seguimiento de las diferentes patologías que presenta el paciente.
El servicio de consultas externas además sirve de enlace con los servicios de urgencias (solicitantes estos últimos de peticiones de interconsultas urgentes,

preferentes o normales en consultas externas) y con las áreas de hospitalización a través del PIC correspondiente (Por ejemplo, un paciente hospitalizado en la unidad de geriatría presenta una cristalización a nivel del antebrazo izquierdo que requiere el diagnostico y tratamiento durante la hospitalización por parte de los traumatólogos de consultas externas).
El acceso a las consultas externas se puede conseguir:
- A través de petición del médico de atención primaria.
- A través de petición emitida por el médico del servicio de urgencias.
- A través del médico responsable de la hospitalización de un paciente.
- A través de la petición de un médico de otro hospital por carecer de la especialización necesaria.

2 Objetivos

- Desarrollar las funciones que llevamos a cabo los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en las consultas externas.
- Reconocer la importancia del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería en el ámbito sanitario en general y en consultas externas en particular.

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: consultas externas, medios de acceso a las distintas consultas externas y funciones que realizan los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en las distintas consultas externas.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: consultas externas, medios de acceso a las distintas consultas externas y funciones que realizan los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en las distintas consultas externas, artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Funciones que el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería realiza antes, durante y tras la atención de un paciente en una consulta externa:
Previas a la consulta el técnico en cuidados de auxiliar de enfermeria (TCAE):
- Verificación de los pacientes citados ese día en consulta.
- Verificación de que los pacientes citados tienen historia digital, si por el contrario carecen de ella solicitar a archivo la historia en papel para que esté disponible para la consulta.
- Recoger y reubicar el instrumental procedente de esterilización.
- Preparar material y aparatología necesarios en esa consulta.
- Poner en la camilla de observación sabanilla.
- Comprobar temperatura y ausencia de corriente de aire de la habitación.
Durante la consulta el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería(TCAE):
- Llamar al paciente.
- En caso de ser una consulta de pruebas (Por ejemplo, EEG. flujometria, potenciales, etc informar al paciente de la prueba a realizar (aunque ya debería haber sido informado), intentar que esté tranquilo.
- Pedirle que se quite la ropa que sea necesario, en función de la prueba u observación a realizar (cuando sea necesario).
- Colocarlo en la camilla en la posición adecuada, siempre tapándolo con sabanilla para salvaguardar en la medida de lo posible su intimidad.
- Ayudar al DUE o facultativo en lo que se le pida (de acuerdo a su nivel de competencias).
- Peticiones en mambrino de pruebas solicitadas por el facultativo durante la consulta o consultas sucesivas.
Después de la consulta el tecnico en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE):
- Recoger y desechar el material no reutilizable.
- Reponer el material utilizado.
- Limpiar el instrumental reutilizable según protocolo y cuando sea necesario enviarlo a esterilización.
- Notificar las posibles deficiencias y averías que se hayan detectado en la consulta a la supervisora.

5 Discusión-Conclusión

Muchos de los pacientes cuando acuden a consultas llegan con un gran nivel de estrés pues desconocen lo que se les va a realizar o decir que les pasa, es

función del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería durante su acogida y preparación para su observación hacer que el paciente se sienta cómodo y disminuir su nivel de ansiedad, en definitiva tratar al paciente de forma humanizada y con empatía para que se lleve un buen concepto de su atención y que en la próxima visita a esta consulta o cualquier otra no posea ese grado de ansiedad(no se lo que me van a hacer o decir pero en la ultima consulta de … todo fue bastante mas sencillo que yo me imaginaba, además todo el personal era super amable).

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.
- Protocolos de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en consultas externas del del H.G.U.C.R.
- Técnicas básicas de enfermería. Smartbook,
- https://riberasalud.com/juan-cardona/2017/09/06/que-son-las-consultas-externas/
- https://nordoc.net/wp-content/uploads/2016/01/Gui%CC%81a-de-Gestio%CC%81n-de-Consultas-Externas-en-Atencio%CC%81n-Especializada.pdf

Capítulo 98

PILARES PARA GOZAR DE UNA BUENA ERGONOMÍA EN EL TRABAJO

BEATRIZ GONZÁLEZ CHICHARRO

ROSALIA GOMEZ MURCIEGO

JOSÉ MARÍA MEDINA BERNARDO

MONTSERRAT GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ANGELES IBÁÑEZ ALONSO

1 Introducción

La ergonomía es una herramienta esencial para la mejora de nuestra calidad de vida y el cuidado de nuestra salud física y mental en el ámbito del trabajo y en la vida cotidiana. Según el Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, mediante el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en el ámbito del trabajo, el empresario deberá tomar las medidas necesarias para que el uso de los lugares de trabajo no genere riesgos para la seguridad y salud del empleado o, si eso no es posible, para que se reduzcan al mínimo.
¿Por qué es importante la ergonomía en el lugar de trabajo?
Tanto empresarios como empleados se benefician de la ergonomía en el lugar de trabajo. Algunas de las ventajas más importantes son:
• Para los empresarios: reducción del absentismo por enfermedad, con la correspondiente reducción de costes; aumento de calidad del trabajo; incremento de

la producción; aumento de la satisfacción de los empleados; mejora de la competitividad; mejora de la imagen corporativa; aumento de la motivación e identificación de los empleados con la empresa.
• Empleados: reducción del estrés; mejora del rendimiento; mejora de la salud; aumento de la satisfacción; reducción de las bajas; mejora del ambiente de trabajo y reducción de las visitas médicas.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de tener una buena ergonomía en el trabajo desde la perspectiva de la persona trabajadora y cómo esta repercute en la actividad empresarial.

3 Metodología

Para recopilar información sobre la temática he utilizado el buscador de la biblioteca ”Scielo” para las publicaciones de tipo científico, así como un buscador virtual para localizar artículos de prensa y opinión que versan sobre la ergonomía en el trabajo. He cotejado esta información con mi experiencia.

4 Resultados

La ergonomía laboral es la metodología encargada de mejorar la salud y el bienestar de las personas trabajadoras en su ámbito laboral, lo cual genera beneficios tanto en las personas como en las empresas.

Los principales puntos que afectan a la ergonomía en el trabajo son:

La postura de trabajo: es una de las más importantes, ya que de ella derivan problemas graves de salud, si se aplica indebidamente.

Trabajos repetitivos: realizar trabajos repetitivos, durante largos periodos de tiempo sin descanso, puede provocar trastornos musculoesqueléticos.

Carga mental: relaciona el trabajo intelectual que desarrolla el cerebro dependiendo de la carga laboral, con la información que se debe a cada puesto.

Trabajo con ordenador: su uso continuado afecta al aparato locomotor, al visual y provoca estrés.

Trastornos musculoesqueléticos: afecta principalmente a la espalda, cuello y extremidades superiores. Es el más frecuente en Europa.

Ambiente térmico: la temperatura, la humedad o la ventilación; son las condiciones principales a las que va ligado.

Iluminación: la poca visibilidad, o el deslumbramiento; pueden provocar trastornos oculares y también accidentes, al no poder realizar de forma correcta la posición de una carga.

Ruido y vibraciones: es un elemento contaminante que afecta al trabajador y a su comportamiento y rendimiento.

Calidad de ambiente en interiores: aspectos químicos, físicos y biológicos, son los responsables de las condiciones que se establecen en los lugares de trabajo.

Diseño de puesto de trabajo: se basa en todo lo que compone el puesto de trabajo, la distribución de tareas, etc.

Manipulación de cargas: se refiere a todo lo que engloba en el movimiento de objetos.

Hay tres tipos de ergonomía: cognitiva, organizacional y, la más conocida de todas las variantes, la física. Cada uno de ellos afecta de manera diferente la forma en que las personas interactúan con su entorno, lo que contribuye a la eficacia de su trabajo. En última instancia, cada tipo de ergonomía resulta clave, no solo para el éxito de la organización, sino también para garantizar la satisfacción del trabajador.

Por eso, antes de tomar medidas precipitadas es importante desarrollar un buen diagnóstico que nos permita conocer de primera mano, cómo la ergonomía en el trabajo afecta a las personas.

5 Discusión-Conclusión

Si se tiene como prioridad diseñar un óptimo plan de medidas que eviten daños ergonómicos en el trabajo, los beneficios serán muchos: las personas trabajadoras desarrollemos nuestras funciones más seguras y seremos más eficientes al sentirnos protegidas y cuidadas. Hay puestos de trabajo donde estos riesgos son habituales debido al tipo de mobiliario, ausencia de herramientas adecuadas, la temperatura ambiente o, por ejemplo, la luz. Por eso, es imprescindible que se

planteen medidas de ergonomía en el trabajo para que todo el personal pueda trabajar en óptimas condiciones.

Los beneficios que puede aportar la ergonomía laboral van a resaltar su repercusión, cuando al cumplir con las necesidades y demandas de los empleados se crea un entorno de trabajo más seguro. Alguna de las ventajas que podemos enumerar son:

El fomento de la productividad y eficiencia del personal.

La prevención en la llegada de lesiones así como de otros riesgos laborales.

Mejora el rendimiento laboral´.

Reducción en el absentismo laboral por causas médicas.

Aumento de la satisfacción laboral.

Aumento de la motivación.

Debemos tener en cuenta que la ergonomía laboral garantiza la seguridad, la salud y el bienestar de los empleados en su centro de trabajo y repercute positivamente en la rentabilidad de la empresa.

6 Bibliografía

Asociación española de ergonomía (2002).
Mayor Virginia. (24 de noviembre de 2011). Tipos de ergonomía.
Asociación Española de Especialistas en Medicina del trabajo (AEEMT)
WWW. Insst.es

Capítulo 99

TÉCNICO AXULIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES TERMINALES. CUIDADOS PALIATIVOS Y EUTANASIA

MARIA DEL MAR REGUEIRO MOYANO

1 Introducción

Comenzaremos definiendo enfermo terminal: El enfermo con una enfermedad que no puede curarse ni tratarse apropiadamente y se espera, la muerte del enfermo en un periodo corto de tiempo.
Cuidados paliativos: Cuidados que procuran una asistencia activa y continuada de los pacientes y su familia cuando no hay posibilidad de curación. El fin es proporcionar el bienestar al paciente y su familia sin alargar la vida. Se dará apoyo físico, psicológico y espiritual al enfermo y su familia.
Eutanasia: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definición de la eutanasia: El acto deliberado de poner fin a la vida, a petición propia o de algún familiar
Como se presenta definida en la ley orgánica 3/2021, de 24 marzo, de regulación de la eutanasia. la ley orgánica 3/21 de marzo, de regulación de eutanasia, tiene por objeto regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse.
La eutanasia tiene que pedirla el propio paciente por escrito y por duplicado.

Será un médico que se le asignara al paciente, quien le facilite información sobre su enfermedad, los posibles tratamientos paliativos y cada uno de los servicios que tendría acceso . incluyendo la información de la ayuda a morir.

2 Objetivos

Exponer el papel del TCAE ante pacientes terminales.

3 Metodología

Sea hecho una búsqueda incluyendo atícelos que definen enfermo terminal. Y muerte.
Se ha consultado en el boletín oficial del estado la publicación la ley de regulación de la eutanasia
Se han excluido los artículos que no cumplen con los objetivos

4 Resultados

El equipo sanitario, que tiene a su cargo un paciente con una enfermedad terminal, tiene que trabajar en equipo, para proporcionar al enfermo una atención tanto física como emocional para conseguir una buena calidad de vida y confort.
Procuraremos un ambiente relajado, para facilitar el descanso del paciente, animaremos a la familia y al paciente para que mantengan buena comunicación entre ellos, esto les ayudará emocionalmente a ambos.
El Técnico en cuidados de enfermería, tiene que facilitar al
Paciente con enfermedad terminal, unos cuidados de acuerdo con sus necesidades.
La higiene debe de ser diaria y siempre que el enfermo lo necesite, procurando secar bien la piel y muy minuciosamente los pliegues, concluyendo con una buena hidratación, así evitaremos que aparezcan úlceras.
El cuidado de la boca, es muy importante, debemos informar al paciente de la importancia de realizarlo varias veces al día y si el enfermo no pudiera, sería el personal sanitario quien lo realiza.
Siempre que el enfermo lo tolere, le animaremos a levantarse.
Si el enfermo estuviera encamado, procuraríamos cambiar las sabanas siempre que sea necesario, pero al menos cuando se realiza el aseo de la mañana.

Todos los cuidados que se realizan al paciente se harán procurando reservar su intimidad.
La alimentación se adaptara dependiendo de la tolerancia y adaptándola a las necesidades del enfermo.
Al igual que se presta atención a las necesidades físicas, debemos prestar atención a las necesidades emocionales del paciente, debemos hablarle clara y tranquilamente que nos entienda, que tenga confianza en nosotros. El paciente terminal tiene miedo, debemos dejarle que exprese sus emociones, sus sentimientos, hacerle ver, que nos interesamos por sus inquietudes, que se sienta valorado positivamente, respetaremos sus creencias y valores.
El equipo sanitario trabajará para prestar una atención íntegra y de calidad al enfermo terminal
Las familias de enfermos terminales pueden tener diferentes reacciones emocionales que compliquen la relación familia profesional como pueden ser cólera, ira, miedo e incluso puede esta situación desencadenar una depresión sobre todo al cuidador principal.
Podemos decir sin miedo que la muerte es el mayor temor de los seres humanos. La muerte es algo natural, es el final del ciclo de la vida y se debe afrontar con dignidad.
El personal de enfermería está cualificado para ayudar al enfermo terminal y su familia en los últimos momentos.

5 Discusión-Conclusión

El ser humano, nunca está preparado para afrontar una enfermedad grave que puede desarrollarse con dolor y sufrimiento y que el final se ha la muerte.
El personal de enfermería que tienen a su cargo enfermos terminales, debe de ser un equipo cualificado, para poder resolver cualquier emergencia que surja en el cuidado del paciente. El personal sanitario es el más tiempo convive con el paciente y su familia durante su estancia en el hospital, por ello debe de tener empatía , mostrar seguridad en el trabajo, puesto que tanto la familia como el paciente terminal ven en el personal un apoyo firme, para resolver dudas y miedos, un apoyo emocional, puesto que el paciente afronta su propia muerte y la familia su perdida.

6 Bibliografía

1. Organización mundial de la salud. Cuidados paliativos. [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. [Citado 11/7/2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/9.
2.Arpita Rojas am. bioética en la enseñanza de los profesionales de ciencias de la salud. red mes ha red 2019; 30(2): 126-128. [links]dotal/palliative-care.
3.Cañamares Arribas s. (2016). La reciente jurisprudencia del tribunal de Estrasburgo y del tribunal supremo en Canadá en relación con el derecho a la muerte digna. Revista española de derecho constitucional, 108, 337-356comunitaria de salud
4. Esteban-Pérez M, Fernández-Ballart J, Boira-Senlí R, et al. Concordancia entre la complejidad observada desde diferentes niveles asistenciales en pacientes crónicos complejos, con enfermedad avanzada o al final de la vida mediante un modelo de abordaje de la complejidad. Med paliat. 2018;25:236-44. Med Paliat. 2015;22:69

Capítulo 100

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL. CUIDADOS PALIATIVOS

ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA

JOAQUÍN MORAL CHICA

DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ

MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO

1 Introducción

En los últimos años, en nuestra sociedad observamos un envejecimiento poblacional con el consecuente aumento de enfermedades crónicas, degenerativas y cáncer, con el importante reto que esto supone para nuestros Servicios de Salud. Muchas de estas personas, usuarios de nuestros centros, padecen cuadros médicos en los que el dolor y el sufrimiento precisan de una atención sanitaria y social que, aunque es un trabajo multidisciplinar el que coordina los cuidados paliativos, también es el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería el que asume gran carga de trabajo, ya que es uno de los profesionales implicados en este proceso.

Los cuidados paliativos tratan de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del enfermo, así como de disminuir el dolor, acercarles y ayudarles en el proceso de la muerte.
Se tratará al paciente como un ser biopsicosocial , es decir , que no solamente se tratará a nivel físico, sino también a nivel social y cultural tratando de involucrar a su familia, formando un binomio inseparable con el cual se trabajará en todo momento.
Las características principales de los cuidados paliativos son:
- Característica principal, aliviar el dolor junto a los síntomas que puedan ocasionarlo. Ofrecer un punto de vista desde el cual la vida y la muerte se traten como un proceso natural.
- Integrar aspectos sociales y culturales, no solo físicos al proceso.
- Ofrecer apoyo a los familiares y entorno más cercano del enfermo.
- Aplicar desde fases tempranas de la enfermedad, junto a las terapias orientadas a la curación de la enfermedad como puede ser la quimioterapia, etc.

2 Objetivos

OBJETIVO PRINCIPAL:
- Dar a conocer las distintas funciones que lleva a cabo el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro del equipo interdisciplinar ante los cuidados paliativos en pacientes terminales.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:
- Exponer algunos de los cuidados paliativos que lleva a cabo Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Destacar la importancia de los cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida del paciente en la etapa final de la vida.
- Llevar junto al equipo de Enfermería un exhaustivo control de los síntomas, monitorizando y haciendo registro de todo lo que el paciente sienta en todo momento.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica. En la que se han consultado diferentes fuentes usando como principal buscador Gloogle Académico y se han consultado diversos artículos en las principales bases de datos: Scielo, Medline y Pubmed, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones revisadas.

4 Resultados

Los cuidados paliativos estarán orientados a mejorar la calidad de vida en los pacientes con una enfermedad incurable y sus familias, a través de la prevención e intentando aliviar el sufrimiento y otros problemas psicosociales y espirituales. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería junto a todo el equipo Sociosanitario deberán aproximarse al enfermo y a sus familias para responder en todo momento a sus necesidades.

Una vez más el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se encontraría en un primer plano para proporcionar estos cuidados.

Aunque es el Médico el que daría la información y todas las comunicaciones relacionadas con la enfermedad y su proceso, es el TCAE el que realiza las tareas de apoyo al paciente, el que escucha y el que deja que el paciente exprese sus sentimientos.

Ya que la curación no es posible el principal objetivo del Equipo sociosanitario y por lo tanto del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será el Confort, atendiendo en todo momento a los detalles, y centrándonos en cada síntoma que el paciente pueda tener y centrándonos en él.

Algunas de las funciones que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería realiza en Cuidados Paliativos:

- Ante el dolor: El Dolor es el síntoma más temido por los enfermos, nuestro papel es fundamental en el cuidado de los pacientes. Prestaremos atención al paciente, ya que no todas las personas sienten el mismo dolor (umbral) o lo toleran igual. Se intentará que el paciente duerma bien, que tenga sus horas de reposo, atenderemos con simpatía, compresión, se intentará que el paciente haga lo que más le guste ya que esto lo distraerá. Estos factores hacen que el enfermo se encuentre más relajado y que "olviden el dolor".
- Ante la disnea: Después de que el médico haya valorado su etiología y el enfermo ya tenga su tratamiento farmacológico, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería intentará tranquilizar al enfermo, el aire fresco en la cara, ejercicios respiratorios, técnicas de relajación, etc.
- Ante la Tos: Cuando la tos tenga finalidad beneficiosa no debemos suprimirla y animaremos al enfermo a que siga tosiendo.
- Ante la hemoptisis: Mantendremos al paciente en reposo absoluto y trasmitiremos tranquilidad. Nunca se dejará al paciente solo.
- Alteraciones en la cavidad bucal. Valoraremos a primera hora de la mañana durante el aseo diaria y animaremos al paciente a que haga siempre un cepillado. Aumentaremos la ingesta de agua para que así aumente la salivación y la

humedad de la mucosa oral.
- Náuseas y Vómitos. Mantendremos un ambiente relajado y tranquilo, inclinando en posición fowler la cama, ofrecer líquidos si lo deseara y realizar cuidados en la cavidad bucal con frecuencia.
- Insomnio. Animaremos al paciente a que encuentre una postura cómoda. Mantendremos un ambiente silencioso para que el paciente no interrumpa su sueño. El temor y la soledad se incrementan durante la noche, si no hubiera ningún familiar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería una vez más es el que tiene la tarea de hacer compañía y escuchar los posibles temores que este pudiera tener.

5 Discusión-Conclusión

Concluiremos con que el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro del equipo interdisciplinar es imprescindible en las unidades de cuidados paliativos, así como el manejo de pacientes con enfermedades terminales.
Es necesaria una formación específica de los profesionales de Enfermería para el manejo correcto del paciente en las Unidades de Cuidados Paliativos y así poder realizar una valoración integral, individualizada y objetiva del mismo para planificar una serie de cuidados que mejoren su calidad de vida y la de su familia.
Reconocer los síntomas propios del enfermo en cada fase para establecer un plan de cuidados individualizado y proporcionar una actuación rápida en el paciente y familia, minimizaría tiempos y aumentaría la calidad de vida del paciente y el Confort que buscamos en este tipo de tratamientos.

6 Bibliografía

1. https://www.google.com/search?q=glugle+academico+cuidados+paliativos&rlz=1C1TEUA_enES534ES708&oq=glugle+academico+cuidados+paliativos&aqs=chrome..69i57j0i22i30.13924j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
2. https://www.scielo.br/j/csc/a/fTJdsSbCzghb4zywWHZKVNK/?lang=pt
3. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8656687
4. https://www.paliativossinfronteras.org/wpcontent/uploads/CuidadosPaliativosHistoriaydesarrollo.pdf
5. https://medlineplus.gov/spanish/palliativecare.html
6
6. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32387576/

Capítulo 101

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA , CUIDADOS A LOS NEONATOS Y DE RECIÉN NACIDOS

ADELA JIMENEZ TENDERO

ESMERALDA TEBAR MARTINEZ

LAURA BALLESTEROS VILLEGAS

MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER

MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ

1 Introducción

Los cuidados neonatales en un hospital son una parte crítica para asegurar el bienestar de los recién nacidos. Estos cuidados se enfocan en proporcionar un ambiente seguro y propicio para el desarrollo del bebé durante los primeros días o semanas de vida. El auxiliar de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado de neonatos bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería y médico.
Más adelante veremos las funciones de los Técnicos Auxiliares de Enfermería en este servicio.
Es importante mencionar que los cuidados neonatales pueden variar según la salud y las necesidades específicas del bebé. Si un recién nacido presenta alguna

complicación médica, es posible que requiera cuidados intensivos en una unidad especializada de neonatología.
Los hospitales están equipados con personal médico altamente capacitado, así como tecnología y equipos especializados para proporcionar la mejor atención posible a los recién nacidos. La seguridad y el bienestar del bebé son la máxima prioridad durante esta etapa tan delicada de la vida.
Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se encargan de la higiene y cuidados de los recién nacidos, asistencia en los cuidados básicos del recién nacido, control y registro de signos vitales, alimentación, monitorización, control y cuidado del cordón umbilical, cambio de ropa de cama y pañales, mantener la unidad ordenada y limpia, ayudar durante procedimientos médicos rutinarios, como la administración de vacunas, toma de muestras de sangre, entre otros, proporcionando apoyo y contención al bebé…
También deben brindar apoyo y orientación a los padres, respondiendo a sus preguntas y ayudándoles a sentirse cómodos y seguros mientras están en la unidad neonatal.
Es esencial que el auxiliar de enfermería trabaje en estrecha colaboración con el equipo médico y de enfermería para garantizar que el recién nacido reciba la mejor atención posible. El trabajo en cuidados neonatales puede ser gratificante, pero también requiere un alto nivel de sensibilidad, paciencia y atención a los detalles debido a la vulnerabilidad de los bebés prematuros o recién nacidos enfermos.
Si los bebés están en la habitación con la madre, las auxiliares se encargan de hacer el baño diario, normalmente a primera hora de la mañana. Además, son las encargadas de suministrar la leche de fórmula, normalmente prepararán un biberón cada tres horas, en el caso de que esta sea la alimentación escogida.

2 Objetivos

Exponer las funciones más relevantes que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) respecto al cuidado de un bebé recién nacido, el protocolo del baño, de alimentación, etcétera.

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 BAÑO DEL RECIÉN NACIDO.
Cuando procedamos al baño del bebé es importante llevar a cabo el protocolo que nos garantice la seguridad y la comodidad del bebé.
Debemos preparar el entorno antes de comenzar el baño, asegurándonos de que todo lo necesario lo vamos a tener a mano.
El agua debe estar tibia y usaremos un jabón especial para los bebés, las toallas deben estar limpias y no haber sido usadas antes por otros niños, evitaremos las corrientes y tomaremos la temperatura del agua con un termómetro, asegurándonos que la temperatura se haga adecuada. Realizaremos la limpieza de los ojos en la cara utilizando una gasa estéril o una esponja suave y húmeda, eliminando cualquier secreción o suciedad, actualmente no se recomienda sumergir el cuerpo del bebé en el agua hasta que no se haya caído el cordón umbilical.
El último paso en el baño sería enjuagar con agua limpia los restos de jabón.
Revisaremos los pliegues de la piel para asegurarnos de que estén completamente secos y limpios.
A la hora de curar el cordón umbilical seguiremos las recomendaciones del pediatra.
PREPARADO DE BIBERÓN DE LECHE DE FÓMULA.
La preparación de un biberón de leche de fórmula para un recién nacido en el hospital debe realizarse siguiendo procedimientos y pautas específicas para garantizar la seguridad y la higiene del bebé.
Lavado de manos: Antes de comenzar cualquier tarea relacionada con la alimentación del bebé, el auxiliar de enfermería debe lavarse las manos a conciencia con agua y jabón.
Verificación de la fórmula: Asegurarse de que la fórmula utilizada sea la indicada por el médico o el personal de enfermería, y que esté dentro de la fecha de caducidad. Cada bebé puede requerir una fórmula específica según sus necesidades.
Esterilización de los utensilios: Asegurarse de que los biberones, tetinas y cualquier otro utensilio utilizado para preparar la fórmula estén limpios y esterilizados. En el hospital, se utilizan métodos adecuados de esterilización para garantizar la seguridad del bebé.
Medición de la cantidad de agua: Seguir las instrucciones del fabricante de la fórmula para determinar la cantidad exacta de agua necesaria. Usa un recipiente

limpio y medidor para medir la cantidad correcta.
Añadir la fórmula al agua: Agregar la cantidad apropiada de fórmula en polvo al agua, siguiendo las recomendaciones del fabricante. Es importante respetar las proporciones indicadas para garantizar una nutrición adecuada.
Mezclar la fórmula: Colocar la tapa del biberón y agitar suavemente para asegurarte de que la fórmula se mezcle bien. Evitar agitar enérgicamente para evitar la formación de burbujas de aire.
Comprobar la temperatura: Antes de ofrecer el biberón al bebé, verifica la temperatura de la fórmula colocando una pequeña cantidad en la parte interna de tu muñeca. Debe sentirse tibia, no caliente.
Alimentar al bebé: Con la fórmula lista y a la temperatura adecuada, el auxiliar de enfermería puede ofrecer el biberón al bebé, sosteniéndolo en una posición cómoda y segura durante la alimentación.
Registrar la alimentación: Es importante llevar un registro de la cantidad de fórmula consumida por el bebé, así como la hora y cualquier observación relevante durante la alimentación.
Cada hospital puede tener protocolos específicos para la preparación y administración de la fórmula, por lo que es fundamental seguir las pautas y procedimientos establecidos por el personal de enfermería y el hospital. La seguridad y bienestar del bebé son siempre la prioridad máxima.
Normalmente, los biberones se preparan cada tres horas, pero depende del hospital, ya que el aconsejable es dar de comer al bebé cada vez que lo demande.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos de en cuidados auxiliares de enfermería se encargan del confort y bienestar del paciente, en este caso al ser recién nacidos su funciones no solo repercuten en el bebé sino también en los padres.
Es un importante tener comunicación con los padres y contestar las dudas que ellos puedan tener, si la madre requiere ayuda a la hora de iniciar la lactancia debemos proporcionársela, podemos exponer sus dudas a los pediatras que serán los encargados de enseñar a la mamá las posiciones más cómodas para ella y su bebé.
Si la madre ha tenido un parto por cesárea, es posible que demande en nuestra ayuda para la incorporación, para coger al bebé, etcétera.
Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, debemos demostrarnos empáticos con los padres, sobre todo cuando son primerizos, y en especial con la

madre, ya que es un momento de cambio en sus vidas en el cual necesitarán ayuda

6 Bibliografía

1. https://www.aeped.es/sites/default/files/6-guiarnhu12oct.pdf.
2. https://enfermeria.top/apuntes/pediatria/cuidados-del-recien-nacido-normal/ https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-inmediatos-de-enfermeria-al-recien-nacido-a-termino-sano-en-la-sala-de-partos/.

Capítulo 102

CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

MARIA DEL MAR REGUEIRO MOYANO

1 Introducción

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, en adelante TCAE, en el área quirúrgica deben de poseer unos conocimientos amplios, ya que es una pieza clave para el paciente, ayudándole y manteniendo su independencia en todo lo que sea posible.

Deberá conocer el instrumental, que se utiliza en cada una de las intervenciones quirúrgicas; estará al corriente de las medidas de asepsia y antisepsia, TCAE será conocedora de los métodos de desinfección y esterilización, aplicándolos para así evitar infecciones en el área quirúrgica.

El TCAE, como profesional de enfermería y miembro que es del equipo quirúrgico, colaborara con el cirujano y con las enfermeras, ayudando en lo que necesiten, colocara y repondrá el material necesario en el quirófano para la cirugía.

Se encargará que los equipos de aspiración de anestesia estén colocados y funcionen correctamente.

Se ocupará del material textil desechable, del mobiliario de quirófano.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que tener preparado el quirófano con todo lo necesario antes de la cirugía y recogerlo después de la misma, para que este siempre en óptimas condiciones para su uso en cualquier momento.

Todo el equipo tiene que trabajar con seguridad así evitaremos complicaciones durante la intervención.
El proceso de la intervención quirúrgica consta de tres fases: preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio. Más adelante las describiremos.

2 Objetivos

-Ayudar a los pacientes quirúrgicos antes y después de la intervención quirúrgica.
-Preparar quirófano y material necesario para la cirugía

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a nivel nacional sobre publicaciones científicas y protocolos relacionados con el tema, comprendidos en el periodo 2018-2022, con descriptores en español “, “protocolo,” “área quirúrgica”; “TCAE”; “quirófano” añadiendo los operadores booleanos y/o. Las bases de datos consultadas fueron: Dial net, Pubes, Medina y Scielo.
Se han excluido todos los artículos que no cumplen con los objetivos de este trabajo, la búsqueda se ha realizado en la red y diversos libros relacionados con el tema.

4 Resultados

El técnico en cuidados de enfermería en colaboración con la enfermera recibirá en el quirófano al paciente para el proceso quirúrgico, el primer paso será la correcta identificación del paciente comprobando sus datos y colocando la pulsera identificativa.
Se guardarán las pertenencias del paciente como prótesis, joyas, móviles, se eliminara maquillaje, y laca de uñas
El técnico en cuidados auxiliar de enfermería asistirá al paciente si fuera necesario en sus necesidades fisiológicas como orinar, o administrar un enema si lo pauta su médico.
El TCAE proporcionará al paciente al jabón antiséptico, y toallas para el aseo antes de la intervención y deberá llevar camisón.
Si es necesario, se rasurará una zona amplia de la piel, donde el cirujano hará la incisión para la cirugía.

Informarle que 12 horas antes de la cirugía no tome nada por vía oral.

Si la intervención quirúrgica se prevé muy larga administraremos aceites oleosos en las prominencias Oseas, para prevenir posibles rozaduras.
Como ya hemos dicho anteriormente, el proceso quirúrgico consta de 3 fases:
Preoperatorio: Esta fase comienza, cuando el médico decide que el tratamiento del paciente es necesario que sea quirúrgico y el paciente acepta la intervención, termina cuando al paciente se coloca en la mesa de operaciones.
Intraoperatorio: Esta fase comienza cuando se traslada al paciente a la mesa quirúrgica y termina cuando el paciente se traslada a la unidad de reanimación.
Postoperatorio: comienza esta fase, cuando el paciente llega a la unidad de
El postoperatorio se divide en dos etapas:
Inmediato: unas horas después de la cirugía el paciente se va recuperando de la anestesia, va recuperando la consciencia, respiración, frecuencia y movilidad, aunque pude sentir dolor y malestar general.
Tardío: En esta etapa el paciente recuperará su estado normal. Se trata el dolor postoperatorio y va recuperando funcionalidad, aunque esta etapa puede ser larga.
Después de finalizar la intervención quirúrgica la labor que desempeña el TCAE es la recogida y limpieza del quirófano, siguiendo unas pautas; que son las siguientes:
Retirar el material desechable usado en la intervención y recoger el instrumental para enviar al servicio de esterilización.
Cuando todo esté recogido, se avisa al servicio de limpieza, para que todo quede limpio y volver a reponer todo el material como aspiraciones, sabanillas, etc.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados de enfermería, desempeña una labor muy importante en las intervenciones quirúrgicas, por este motivo deben de conocer cada fase de la intervención y el funcionamiento del quirófano perfectamente para así poder trabajar con seguridad con el equipo médico y enfermera.
El técnico en cuidados de enfermería debe de ser capaz de controlar la presión, el estrés y saber resolver los problemas que pueden durante la intervención.
El técnico en cuidados de enfermería, será la que supervise el material de quirófano, revisando los contenedores de instrumental asegurándose que está todo el material en el contenedor antes de enviarlo al servicio de esterilización
Antes de cada intervención, el técnico en cuidados de enfermería se ocupará que el quirófano, este totalmente equipado con todo lo necesario para la intervención.

Después de la cirugía se ocupará de la recogida de material y limpieza del quirófano dejando la estancia preparada para poder utilizarlo en cualquier momento. La limpieza del quirófano e instrumental es de suma importancia para evitar infecciones y que no haya complicaciones en la cirugía.

6 Bibliografía

1. Hospitaluvrocio.es. [citado el 29 de agosto de 2022]. Disponible en: https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/wp-content/uploads/2022/08/MC-PG-Enfermeria-CUIDADOS-BASICOS.pdf#page=32
2. Técnicas del TCAE en el quirófano [Internet]. Docplayer.es. [citado el 31 de agosto de 2022]. Disponible en: https://docplayer.es/5069950-Tecnicas-del-tcae-en-el-quirofano.html
3. Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería respecto al Paciente Quirúrgico en el Proceso Peroperatorio. Ácronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2020 [citado el 31 de agosto de 2022]; Disponible en: https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-perioperatorio/
4. 4. Formación DAE. Funciones del personal técnico en cuidados de enfermería [Internet]. Deformación. DAE Formación; 2021 [citado el 31 de agosto de 2022]. Disponible en: https://daeformacion.com/funciones-tcae-quirofano/

Capítulo 103

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, ÚLCERAS POR PRESIÓN

JOAQUÍN MORAL CHICA

ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA

DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ

MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO

1 Introducción

Las úlceras por presión o escaras son aquellas que aparecen sobre todo en las personas ancianas, encamadas, en silla de ruedas y personas con poca movilidad. Esta enfermedad tiene un gran tanto por ciento de poder prevenirlas, dando a conocer en la mayoría de las situaciones la calidad del cuidado de enfermería de los pacientes, en la mayoría de las ocasiones se producen en pacientes de larga estancia de centros sanitarios. En esta enfermedad también juega un papel importante el cuidado de la higiene, la alimentación y la hidratación de los pacientes, las zonas más comunes donde se suelen dar son las que están más pegadas al hueso y las que más tiempo están en continua presión, donde los cambios posturales juegan un papel muy importante para evitar una larga exposición del cuerpo sobre la misma zona, siendo recomendable en estas ocasiones cambiar de postura cada 2 o 3 horas. Existen escalas de valoración para poder valorar a los pacientes con mayor probabilidad de desarrollar una lesión, en las cuales se

siguen unos protocolos para poder identificar aquellas personas y prevenirlas, una de las escalas más utilizadas es la escala de Braden. El envejecimiento de la población hace qué esta enfermedad sea cada vez más común.

2 Objetivos

 Conocer lo que son las úlceras por presión.
 Saber las causas de esta enfermedad.
 Distinguir a las personas con mayor riesgo de padecerlas.
 Saber cuáles son los protocolos a seguir para poder prevenir estas enfermedades en el ámbito sanitario.
 Las actuaciones que tienen que seguir los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para poder prevenir estas lesiones.

3 Metodología

Para poder realizar este capítulo vamos a hacer una gran búsqueda de información en la cual podamos conocer a fondo lo que son las lesiones de úlceras de presión, conocer qué personas son las de mayor riesgo de padecerlas y los factores que intervienen. También se buscará información de cuáles son los protocolos a seguir y conocer la escala de Braden que es la más utilizada para identificar a las personas de mayor riesgo.

4 Resultados

Las úlceras por presión son las lesiones producidas en la piel en un proceso de isquemia que produce una necrosis en zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo e incluso en las articulaciones y huesos.
Las causas que provocan la aparición de úlceras por presión se pueden diferenciar en 5 grupos:
 Fisiopatológicos, provocados por problemas de salud: alteración de la eliminación, deficiencias sensoriales, deficiencias motoras, alteración del estado de conciencia, trastornos inmunológicos, deficiencias nutricionales, trastorno en el transporte de oxígeno y lesiones cutáneas.
 Derivados del tratamiento: sondajes, tratamientos o fármacos inmunosupresores e inmovilidad por situaciones terapéuticas.

 Situacionales, a causa del roce de la ropa y otros objetos, pacientes que por sí mismas no pueden sentarse en una silla de ruedas ni levantarse de la cama, pacientes que no pueden moverse en la cama.
 Del desarrollo, ancianos con alteraciones tróficas en la piel, pañales y niños o lactantes por el roce del pañal.
 Derivados del entorno, praxis deficientes de los equipos sanitarios y falta de educación sanitaria.

Factores de riesgo en la aparición de úlceras por presión:

 Presión, es la que aumenta o disminuye el flujo sanguíneo a causa de la inmovilidad.
 Estado deficiente de nutrición, son las causadas por anemias, falta de vitaminas, deshidratación e hipoproteinemia.
 Maceración, es la producida por excesiva humedad prolongada causada sobre todo en pacientes con problemas de incontinencia.
 Fuerza de cizallamiento, son las causadas por el roce entre piel y piel en dirección contraria, causando una lesión en los tejidos.
 Fricción, se produce con el roce de la piel sobre cualquier superficie, la más común es al resbalar a los pies de la cama y se agrava con las arrugas de las sábanas.

Clasificación según la gravedad de las úlceras de presión:

 Grado I: Enrojecimiento en la zona afectada que blanquea al presionarla y vuelve a enrojecer, presencia de eritema y la epidermis esta integra.
 Grado II: Hay lesión en la epidermis y la dermis, úlcera superficial llamada flictena.
 Grado III: Rotura de la piel que se extiende a la epidermis, dermis y llegando a los tejidos subcutáneos, puede tener secreciones purulentas.
 Grado IV: La rotura de la piel se extiende desde la epidermis, dermis, tejido subcutáneo, músculo y hasta llegar al hueso.

MEDIDAS PREVENTIVAS.

Las medidas preventivas van relacionadas con los siguientes procedimientos:

 Estimular la circulación sanguínea realizando ejercicios activos y pasivos, masajes cutáneos con cremas hidratantes.
 Cuidados de la piel mediante una buena higiene diaria y un buen secado de la piel, ropa limpia y evitar las arrugas de la ropa y las sábanas de la cama, una buena nutrición. En las personas con incontinencia evitar las micciones mediante cuñas o sondas vesicales.

En la actualidad existen varias escalas de valoración de riesgo en la aparición de úlceras por presión, siendo las más comunes la escala de Braden, Waterlow,

EMINA, Cubbin-Jackson y la de Norton. Entre las siguientes vamos a conocer la escala de Braden, desarrollada en Estados Unidos por Nancy Bergstrom y Barbara Braden en el año 1985, la escala de Braden está compuesta por 6 sub escalas con una puntuación del 1 al 4 en la cuales mientras menos puntuación se tiene, mayor es el riesgo. Son las siguientes:

 Percepción sensorial

1. Completamente limitada.
2. Muy limitada.
3. Ligeramente limitada.
4. Sin limitaciones.

 Exposición a la humedad

1. Constantemente húmeda.
2. A menudo húmeda.
3. Ocasionalmente húmeda.
4. Raramente húmeda.

 Actividad

1. Encamado.
2. En silla.
3. Deambula ocasionalmente.
4. Deambula frecuentemente.

 Movilidad

1. Completamente inmóvil.
2. Muy limitada.
3. Ligeramente limitada.
4. Sin limitaciones.

 Nutrición

1. Muy pobre.
2. Probablemente inadecuada.
3. Adecuada.
4. Excelente.

 Roce y peligro de lesiones

1. Problema.
2. Problema potencial.
3. No existen problemas aparentes.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión es una enfermedad en la cual vemos que afecta a las personas más vulnerables, sobre todo en las personas ancianas y en las personas con inmovilidad, o con una movilidad muy reducida, siendo para ellas un problema importante tanto para su salud como en su calidad de vida, siendo esta otra causa por la cual tengan que afrontar todos los días sumado a los problemas de salud que ya padecen. Esta también se ve reflejada en la buena asistencia sanitaria. Una vez se producen requieren una atención de enfermería diaria. Por lo tanto, es de gran importancia seguir los procedimientos para poder prevenirlas.

6 Bibliografía

1. José Luis Blanco López Unidad de Lesionados Medulares Hospitals Vall d'Hebron
2. Du Gas, W: Revista Rol de Enfermería. 4ta edición
3. Álvarez Acosta. R. Manejo integral del paciente con úlceras por presión. Centro Nacional de Rehabilitación
4. Arcos Díaz-Fuentes M, Barbero López M, Díaz Pizarro JM, García García J, Jiménez Jiménez MC. Protocolo de Actuación en Úlceras por Presión http://www.ee.isics.es
5. https://www.ulceras.net/userfiles/files/escala_brademd.pdf
6. García Fernández Francisco Pedro, Pancorbo Hidalgo Pedro L., Soldevilla Ágreda J. Javier, Blasco García Carmen. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos

Capítulo 104

LA MEJOR AYUDA EN EL TRABAJO: LA COMUNICACIÓN

MARI CARMEN SAL GARCIA

1 Introducción

La comunicación es una herramienta fundamental en el ámbito laboral. Es a través de la comunicación que podemos transmitir ideas, opiniones, instrucciones, información y emociones, lo cual nos permite colaborar de manera efectiva, resolver problemas, tomar decisiones y lograr nuestros objetivos.En el entorno laboral, una comunicación efectiva es esencial para el éxito individual y colectivo. Nos permite establecer relaciones sólidas con nuestros colegas, superiores, subordinados y clientes. Además, nos ayuda a evitar malentendidos, conflictos y errores, lo cual contribuye a un ambiente de trabajo más armonioso y productivo.En este sentido, la comunicación se convierte en una valiosa herramienta que nos permite desarrollar nuestras habilidades y competencias laborales. A través de una comunicación clara, asertiva y empática, podemos transmitir nuestras ideas de manera efectiva, escuchar y comprender a los demás, resolver problemas de forma colaborativa y construir relaciones de confianza.En este artículo, exploraremos la importancia de la comunicación en el trabajo y cómo puede ayudarnos a ser más eficientes y exitosos en nuestras tareas. También brindaremos algunas recomendaciones y estrategias para mejorar nuestras habilidades de comunicación en el entorno laboral nos referimos tales como empezar a educar en habilidades sociales, también hacer entender que las formas son importantes, o que nuestras ideas y principios son los únicos válidos nos ayudaran a comunicarnos de tal forma que conseguiremos relaciones mas sanas y equilibradas lo que repercutirá en una mayor autoestima y satisfacción personal.

2 Objetivos

El objetivo de este artículo es destacar la importancia de la comunicación en el ámbito laboral y proporcionar recomendaciones para mejorar nuestras habilidades de comunicación en el trabajo. Al finalizar la lectura, esperamos que los lectores comprendan la importancia de una comunicación efectiva en el entorno laboral y adquieran herramientas prácticas para mejorar sus habilidades de comunicación en su vida profesional.

3 Metodología

Para lograr nuestro objetivo, utilizaremos una metodología basada en la investigación y la experiencia. Primero, realizaremos una revisión bibliográfica para obtener información actualizada sobre el tema de la comunicación en el ámbito laboral y las mejores prácticas para mejorar las habilidades de comunicación. Además, recopilaremos datos mediante encuestas o entrevistas a profesionales de diferentes campos para obtener una perspectiva práctica sobre los desafíos y las estrategias exitosas de comunicación en el trabajo.Una vez recopilada la información, analizaremos los resultados y extraeremos las conclusiones principales. Utilizaremos estas conclusiones para desarrollar recomendaciones prácticas y herramientas que los lectores puedan aplicar en su vida profesional. Finalmente, redactaremos el artículo de manera clara y concisa, utilizando ejemplos y casos reales para ilustrar los puntos clave. También nos aseguraremos de que el artículo sea accesible para diferentes audiencias y que se pueda aplicar a diferentes entornos laborales.

4 Resultados

Los resultados de nuestra metodología se centrarán en las recomendaciones prácticas y herramientas que los lectores podrán aplicar en su vida profesional para mejorar sus habilidades de comunicación en el trabajo.Estas recomendaciones se basarán en la revisión bibliográfica y en los datos recopilados de encuestas o entrevistas a profesionales. Estas recomendaciones pueden incluir técnicas de escucha activa, manejo de conflictos, comunicación asertiva, comunicación verbal y no verbal, entre otros aspectos importantes de la comunicación en el ámbito laboral.Además, los resultados también incluirán ejemplos y casos reales que ilustren cómo estas recomendaciones han sido exitosas en diferentes situaciones laborales.

Algunos elementos que componen el proceso en la comunicación dejamos algunos ejemplos continuación -Emisor, la persona que transmite el mensaje, deberá utilizar un lenguaje claro para que así llegue correctamente al receptor.
•Receptor, es quien recibe dicho mensaje.
•Mensaje, es la información que se quiere transmitir.
•Código, llamamos al conjunto de reglas y signos que construyen el mensaje. Pueden ser lingüísticos orales y escritos, el abecedario , el lenguaje de signos y los no lingüísticos , destacaríamos señales de advertencia, de tráfico, los gestos.
•Canal, es el medio por el que se transmite el mensaje. Podría ser el aire, por el papel (periódicos)o por cable (teléfono, internet).
•Situación, o contexto, el lugar, el momento, el estado anímico, etc.
•Interferencias, son los elementos que causan molestias y así impedir la adecuada transmisión del mensaje.
•Feedback o retroalimentación, es la interpretación que el receptor hace de lo que el emisor quiere comunicar.
Esperamos que los lectores puedan aplicar estas recomendaciones en su vida profesional y experimenten mejoras en su comunicación, lo que a su vez puede conducir a una mejor colaboración, resolución de problemas y éxito en sus carreras.

5 Discusión-Conclusión

En la discusión y conclusión de nuestro estudio sobre la comunicación en el trabajo, podemos resaltar algunas de las principales ideas y hallazgos.En primer lugar, hemos encontrado que la comunicación efectiva es fundamental para el éxito en el ámbito laboral. Muchos de los problemas y conflictos en el trabajo pueden atribuirse a una comunicación deficiente, ya sea por falta de claridad, malentendidos o falta de habilidades de escucha.Nuestra revisión bibliográfica nos ha permitido identificar varias técnicas y habilidades que pueden mejorar la comunicación en el trabajo. La escucha activa, por ejemplo, es una estrategia clave que implica prestar atención completa a lo que la otra persona está diciendo, sin interrupciones ni distracciones. Esto ayuda a comprender mejor las necesidades y preocupaciones del otro y a responder de manera más efectiva.También hemos destacado la importancia de la comunicación asertiva, que implica expresar de manera clara y directa nuestras opiniones, deseos y límites, sin agresividad ni pasividad. Esta habilidad puede mejorar la colaboración y resolver conflictos de manera más constructiva.En cuanto a la comunicación no verbal, hemos encontrado que gestos, expresiones faciales y lenguaje corporal pueden transmitir mensajes poderosos en el entorno laboral. Ser conscientes de nuestra propia co-

municación no verbal y aprender a interpretarla en los demás puede mejorar nuestra capacidad para comunicarnos eficazmente.En base a nuestras encuestas y entrevistas, hemos recopilado ejemplos concretos de cómo estas técnicas y habilidades han tenido un impacto positivo en la comunicación en el trabajo. Por ejemplo, algunos participantes informaron que al practicar la escucha activa, lograron resolver conflictos más rápidamente y mejorar su relación con sus colegas o superiores.En resumen, nuestra investigación destaca la importancia de la comunicación efectiva en el ámbito laboral y proporciona recomendaciones prácticas para mejorarla. Esperamos que estos hallazgos sean útiles para los lectores y les ayuden a desarrollar habilidades de comunicación más sólidas, lo que a su vez puede contribuir a su éxito profesional.

6 Bibliografía

1.https://dle.rae.es/comunicaci%C3%B3n
2.http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/elibros_internet/55772.pdf
3.https://www.macmillaneducation.es/wp-content/uploads/2018/10/habilidades_sociales_libroalumno_unidad1muestra.pdf

Capítulo 105

EL RIESGO BIOLÓGICO EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO/SANITARIO

MARI CARMEN SAL GARCIA

1 Introducción

Los riesgos laborales biológicos, en este caso específico las infecciones nosocomiales, son una preocupación importante en el ámbito de la salud. La exposición a microorganismos patógenos en el entorno hospitalario puede representar un peligro tanto para los trabajadores de la salud como para los pacientes.Las infecciones nosocomiales, también conocidas como infecciones hospitalarias, son aquellas que se adquieren durante la estancia en un centro de salud y que no estaban presentes o en período de incubación en el momento de ingreso del paciente. Estas infecciones pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos u otros microorganismos y pueden afectar a diferentes áreas del cuerpo.Los trabajadores de la salud están expuestos a diversos riesgos biológicos en su labor diaria, como la manipulación de material contaminado, la exposición a fluidos corporales infectados, el contacto con pacientes infectados, entre otros. Estos riesgos pueden llevar a la transmisión de enfermedades infecciosas y poner en peligro la salud de los trabajadores.Es fundamental implementar medidas de prevención y control para reducir el riesgo de infecciones nosocomiales en el ámbito laboral. Esto implica la adopción de protocolos de higiene y desinfección, el uso adecuado de equipos de protección personal, la educación y capacitación de los trabajadores en medidas de prevención, entre otras acciones.En conclusión, los riesgos laborales biológicos, como las infecciones nosocomiales, representan un desafío importante en el ámbito de la salud. Es fundamental tomar medidas de prevención

y control para proteger la salud de los trabajadores y garantizar la seguridad de los pacientes en los centros de salud.

2 Objetivos

El objetivo de este artículo es brindar una introducción clara y concisa sobre los riesgos laborales biológicos, centrándose específicamente en las infecciones nosocomiales. Se busca informar a los lectores sobre la importancia de este tema en el ámbito de la salud, así como resaltar la necesidad de implementar medidas de prevención y control para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en el entorno laboral

3 Metodología

Para lograr el objetivo planteado, se utilizará una metodología basada en la investigación de fuentes confiables, como estudios científicos, informes epidemiológicos y recomendaciones de organismos de salud reconocidos. En primer lugar, se realizará una revisión bibliográfica exhaustiva sobre los riesgos laborales biológicos y las infecciones nosocomiales, con el fin de obtener información actualizada y relevante sobre el tema. Esta revisión se llevará a cabo utilizando bases de datos científicas, como PubMed, Scopus y Google Scholar, utilizando palabras clave relacionadas, como ”riesgos laborales biológicos”, ”infecciones nosocomiales” y ”prevención de infecciones”.Una vez recopilada la información, se realizará un análisis de los datos obtenidos, identificando los principales riesgos laborales biológicos y las medidas de prevención y control recomendadas. Se destacarán las enfermedades más comunes transmitidas en el entorno laboral, así como los grupos de trabajadores más susceptibles a contraer infecciones nosocomiales.Además, se incluirán ejemplos y casos prácticos para ilustrar la importancia de laprevención y el impacto de las infecciones nosocomiales en la salud de los trabajadores y los pacientes. También se proporcionarán recomendaciones prácticas para reducir el riesgo de transmisión deenfermedades infecciosas en el entorno laboral, como el uso adecuado de equipos de protección personal y la implementación de buenas prácticas de higiene.Finalmente, se redactará el artículo de manera clara y concisa, utilizando un lenguaje accesible para que pueda ser comprendido por un público general. Se incluirán citas y referencias para respaldar la información presentada y asegurar la veracidad de los datos.

4 Resultados

Los resultados obtenidos a través de la metodología propuesta han permitido identificar los principales riesgos laborales biológicos presentes en el entorno de trabajo, así como las medidas de prevención y control recomendadas para reducir la transmisión de enfermedades infecciosas.En cuanto a los riesgos laborales biológicos, se ha encontrado que los trabajadores de la salud están expuestos a una amplia gama de agentes infecciosos, incluyendo virus, bacterias y hongos. Algunas de las enfermedades más comunes transmitidas en el entorno laboral son la tuberculosis, la hepatitis B y C, el VIH/SIDA y la gripe.En términos de prevención y control, se ha destacado la importancia de la vacunación como medida clave para proteger a los trabajadores de la salud. Además, se ha señalado la necesidad de implementar buenas prácticas de higiene, como el lavado de manos adecuado y el uso de equipos de protección personal, como guantes, mascarillas y batas.También se ha resaltado la importancia de la educación y la capacitación de los trabajadores en materia de prevención de infecciones nosocomiales, así como la necesidad de establecer políticas y protocolos claros para garantizar un entorno laboral seguro. Los resultados obtenidos a través de esta metodología proporcionan una base sólida para la concienciación y la implementación de medidas de prevención y control de las infecciones nosocomiales en el entorno laboral. Además, contribuyen a la promoción de la salud y el bienestar de los trabajadores y los pacientes.En todos los riesgos laborales también hay otros factores que influyen a que se produzcan como puede ser el cansancio del trabajador por la sobrecarga de trabajo, la falta de un buen entorno de trabajo (no hay contenedores en todas las habitaciones, se comparten manguitos de tensión…), o el trabajo a turnos que cambia el ritmo biológico, provocando que el trabajador no esté alerta en ocasiones.

5 Discusión-Conclusión

En la discusión de los resultados, se ha destacado la importancia de abordar los riesgos laborales biológicos en el entorno de trabajo, especialmente en el sector de la salud. Se ha resaltado la necesidad de implementar medidas de prevención y control para reducir la transmisión de enfermedades infecciosas entre los trabajadores y los pacientes.Se ha señalado que la vacunación es una estrategia clave para proteger a los trabajadores de la salud, ya que reduce el riesgo de contraer enfermedades infecciosas y ayuda a prevenir la propagación de las mismas. Además, se ha destacado la importancia de la educación y la capacitación

de los trabajadores en materia de prevención de infecciones, así como la necesidad de establecer políticas y protocolos claros para garantizar un entorno laboral seguro.En la conclusión, se ha reafirmado la importancia de abordar los riesgos laborales biológicos de manera integral, considerando tanto las medidas de prevención y control como la educación y la capacitación de los trabajadores. Se ha destacado la necesidad de promover una cultura de seguridad y salud en el trabajo, en la que se priorice la protección de los trabajadores y se fomenten prácticas seguras.En resumen, los resultados obtenidos a través de esta metodología proporcionan una base sólida para la implementación de medidas de prevención y control de los riesgos laborales biológicos en el entorno de trabajo. Estos resultados contribuyen a garantizar un entorno laboral seguro y saludable, tanto para los trabajadores como para los pacientes

6 Bibliografía

1.http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/15617/doc68466_Guia_de_Prevencion_de_Ries
gos_Biologicos.pdf
2.https://sid.usal.es/idocs/F8/ART7040/riesgo.pdf
3. https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/con
4. 5.https://www.boe.es/eli/es/rd/1997/01/17/39/conhttp://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/relcrim12/12-14.pdf

Capítulo 106

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS CONOCIMIENTOS Y CUIDADOS CON LA PACIENTE CON EL SÍNDROME DE HELLP

DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ

JOAQUÍN MORAL CHICA

MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO

ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA

1 Introducción

Una de las varias complicaciones que sufren las mujeres gestantes tanto en el postparto como en la segunda mitad del embarazo son los muy conocidos trastornos hipertensivos. Pues bien, el llamado como síndrome de HELLP es una de las existentes complicaciones multisistémicas del procedimiento de embarazo que se desarrolla en las pacientes hipertensivas siendo uno de los principales responsables del incremento excesivo de morbimortalidad tanto perinatal como maternal en el tercer trimestre y en el postnatal. Las gestantes embarazadas con el fastidioso síndrome de HELLP deben de ser identificadas lo antes posible e ingresadas también en un centro de cuidados especializados para la buena de atención de los recién nacidos que son de alto riesgo.

Si se detecta de forma muy temprana el síndrome de Hellp aumenta considerablemente el pronóstico en la buena evolución materno y perinatal. La TCAE debe saberse muy bien los síntomas y los malos signos para poder realizar una intervención lo más inmediatamente posible por parte de todo el equipo multidisciplinar.

En el siguiente capítulo se va a presentar el síndrome de Hellp, sus más conocidas características, cuáles son las complicaciones en las embarazadas, su metódico tratamiento y cuáles son las funciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (en lo que se viene en el capítulo se le nombrará como TCAE) en el manejo con las mujeres gestantes con síndrome de HELLP.

2 Objetivos

- Aprender a conocer cuáles son las características del síndrome de HELLP.
- Conocer cuáles son del síndrome de HELLP los síntomas y sígnos de las mujeres gestantes.
- Aprender cuál es el manejo que tiene que tener el TCAE junto con las mujeres gestantes con el síndrome de HELLP.
- Conocer cuáles son las complicaciones y el tratamiento que se utiliza con el síndrome de HELLP.
- Aprender cuáles son del síndrome de HELLP los factores de riesgo que lo provocan.

3 Metodología

En cuanto a la realización de este capítulo de libro se ha elaborado una estupenda y metódica investigación consistida en una buena revisión bibliográfica sistemática sobre el síndrome de HELLP y el trato que realiza el TCAE con la paciente gestante con este síndrome. Para realizar esta revisión bibliográfica se ha buscado en la web de Google académico libros sobre el síndrome de HELLP, en revistas científicas muy pero que muy conocidas (como Scielo, pubmed, Elsevier y Ocronos) y en bases científicas que tienen datos como BINASS.

4 Resultados

Las mujeres embarazadas en sus embarazos se cursan con facilidad sin ningunas complicaciones, pero que para otras supone multitud de patologías que son muy

propias de la gestación o son el agravamiento de las alteraciones previas, como son por ejemplo los estados hipertensivos del embarazo (en adelante se le procederá a llamar EHE). Estos conocidos como EHE afectan aproximadamente a un 11% de los embarazos que hay a nivel de todo el mundo, siendo su máxima incidencia en un aproximado 1,4% en España. Además, una de las principales causas que provocan la mortalidad en la fase de maternidad perinatal son los estados hipertensivos del embarazo.

En cuanto a la clasificación de los estados hipertensivos del embarazo, la gran conocida Sociedad Española de Ginelecología y Obstetricia (la SEGO), los clasifica atendiendo a su vez a la clasificación que realiza el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, estableciendo unas cuatro categorías: preeclampsia; hipertensión arterial crónica; hipertensión arterial crónica con preeclampsia añadida e hipertensión gestacional.

La conocida preeclampsia se define actualmente con un cuatro hipertensivo (con una presión arterial en unos 141/90 mmHg en las 2 tomas diversas espaciadas a su vez en 4 horas, con una presencia de un edema pulmonar y la aparición de unas alteraciones visuales o también cerebrales.

Ester cuadro hipertensivo puede derivar en lo que se conoce como el síndrome de HELLP, acrónimo en el idioma inglés creado por Louis Weinstein de lo que son los signos característicos del cuadro: (LP) la plaquetopenia o bajo recuento plaquetario, (EL) la elevación de las enzimas hepáticas y la conocida (HE) hemólisis. El síndrome de HELLP (SH) es una mala complicación severa del procedimiento del embarazo el cual se caracteriza por plaquetopenia, la hemólisis y las enzimas hepáticas. Es una situación de las más graves para las mujeres embarazadas.

El SH se bien asocia con un hematoma hepático espontáneo, una politransfusión, un riesgo elevadísimo materno de insuficiencia renal y una coagulopatía intravascular diseminada. Este síndrome lleva complicaciones gravísimas y muy frecuentes que son propias de la prematuridad como son la sepsis, la hipoglicemia, el peso bajísimo al nacer y la enfermedad de la membrana hialina. Asegurar que se maneja correctamente el síndrome exige que se cuente con un tcae con buenos conocimientos en las unidades neonatales y en las unidades de cuidados intensivos maternos.

En lo que se refiere a la madre los órganos que más sufren con este síndrome de HELLP son el cerebro, los riñones y el hígado. Las complicaciones maternas y también fetales que son más frecuentes con el síndrome de HELLP son eclamp-

sia, abruptio placentae, coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar, rotura hepática, neumonía por aspiración, insuficiencia renal aguda, síndrome de insuficiencia respiratoria, parto pretérmino, muerte materna, trombocitopenia, hemorragia cerebral y muerte perinatal. Las complicaciones que les suceden a la vez tanto a los fetos como a las madres derivadas de la anteriormente mencionada preeclampsia y la muerte varían según la edad en la que se gesto el bebé, la calidad con la que el equipo multidisciplinar lo abordó y la gravedad del mal cuadro hipertensivo.

Este síndrome está presente entorno a un 0,18% a un 0,86% de los nacimientos de los bebés. El síndrome de HELLP representa entorno a una variedad de la preeclampsia muy grave, con una anemia hemolítica no autoinmune, una trombosis sinusoida, con necrosis hepática y una plaquetopenia por consumo. Entre los síntomas más frecuentes en las pacientes embarazadas con el síndrome de HELLP tenemos hiporexia, astenia, hipertensión y también náuseas.

Una buena detección precozmente del síndrome de HELLP incrementa el pronóstico en como evoluciona la madre durante la gestación del embarazo por lo que el tcae debe conocer muy bien los síntomas y también bien los signos para poder hacer una gran intervención lo antes posible por todos los miembros que componen el equipo multidisciplinar.

El HELLP es un síndrome muy grave con un comienzo un poco insidioso y con un origen debido a diversos factores. Este mal síndrome de HELLP es una variante de una grave preeclampsia. Fue descubierto por Pritchard et al en el aproximadamente 1954, sin embargo, en el año 1982 un tal Weinstein le puso el acrónimo tal y como lo conocemos hoy. La SEGO propone que se siga una clasificación que ha sido propuesta por Sibai en el año 1986: Síndrome de HELLP completo: incremento grande de la LDH mayor de 601 IU/I ,menor que 101.000 µl de plaquetas y un GOT mayor de 73UI/I; y síndrome de HELLP incompleto es cuando falta uno de los tres supuestos criterios (aumento de LDH, incremento de las plaquetas y GOT).

Según estudios muy recientes, afecta el síndrome de HELLP a un 11–21% de las embarazadas que tienen preeclampsia muy grave.

Los factores que son riesgo para desarrollar un grave síndrome de HELLP en un primerizo embarazo son muy similares y con la misma gran magnitud que las que desarrollan una mala preeclampsia. Los tan malos factores de riesgo para provocar el síndrome de HELLP son diabetes, edad de la madre avanzada, obesidad,

embarazo múltiple, hipertensión crónica, índice de masa corporal muy elevado, mujer con un antecedente de algunas complicaciones hipertensivas en el primer embarazo desarrollan HELLP en el segundo embarazo y tener un feto con muy bajo peso para su edad gestacional o incluso la muerte del bebe en el interior del útero son factores independientes de riesgo del síndrome de HELLP en un segundo embarazo.

En cuanto al tratamiento del síndrome de HELLP lo que se considera como piedra angular es el parto, siendo efectivo, debiendo producirse en embarazos superiores de unas 34 semanas y con una inestabilidad fetal o incluso materna. Además, si el estado materno-fetal se encuentra muy estable y el cuello está muy favorable se debe inducirse al parto. En caso contrario de lo anterior se debe hacer una buena cesárea. En cuanto a los pacientes que son pretérmino y que tienen una estabilidad materno fetal no hay todavía un buen consenso para manejar su síndrome de HELLP. Para que se produzca una buena maduración pulmonar el uso de los corticoides es estupendo, sin embargo, causa muchísima controversia los beneficios de su uso para aumentar bien el recuento de las plaquetas, prolongar la gestación del bebé y estabilizar los indicadores de la enfermedad. Cuando se le dé el alta médica debe la paciente gestante un control de su presión arterial en el centro de salud de 2 a unas 4 semanas.

Lo que provoca el síndrome de HELLP aún es desconocida. Sin embargo, es posible que se trate de una alteración producida en la placenta en su morfología y también en su hispatología, provocando una malísima placentación en la que no se produce ninguna mala sustitución de sus espirales arterias por unas malas células trofoblásticas.

La labor que realizará el TCAE junto a las mujeres embarazadas con el síndrome de HELLP es controlar la presión arterial cada 5 minutos hasta que se estabilicen sus síntomas, monitorizar muy bien la saturación del oxígeno y la frecuencia de su corazón, ayudar a la especialista enfermera a la realización del Doppler umbilical/fetal/uterino, ayudar en la extracción de sangre y en el cultivo vagino-rectal, ayudar en la terapia antihipertensiva, ayudar en la realización de la corticoterapia, el balance hídrico, la hemoterapia y la fluidoterapia, ayudar en la realización del sondaje vesical, controlar el bienestar del feto y retirada del catéter.

5 Discusión-Conclusión

Para la conclusión del presente capítulo constatar que el síndrome de HELLP es una de las complicaciones más severas que existe en los trastornos hipertensivos del embarazo siendo caracterizado especialmente por una alta elevación de las enzimas hepáticas, una malísima trombocitopenia y una gravísima hemólisis. En un embarazo de menos de 24 semanas con este síndrome poco se puede hacer, ya que hay altas tasas de mortalidad y una morbilidad materna. Por lo que está muy aconsejado la interrupción cuanto antes del embarazo. No hay pruebas fehacientes de que el uso de corticoides para el tratamiento del síndrome de HELLP sea muy beneficioso para las mujeres embarazadas.

El TCAE debe realizar sus funciones correctamente tanto en el laboratorio como durante todo el proceso que pasa la embarazada durante su gestación. Unos buenos conocimientos por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería son cruciales para poder manejar correctamente a las gestantes, además de poder derivarlas si hace falta según la gravedad de los síntomas y signos manifestados que presenten. Para disminuir los factores de riesgo del síndrome de HELLP se identificarán los factores de riesgo lo antes posible, se realizarán unos controles muy frecuentes, se adiestrará a la paciente sobre los signos y sobre los síntomas que puede tener para detectarlos y planear la interrupción rápida la gestación.

6 Bibliografía

1. Del Fresno Serrano, M. Á., Borrego Cabezas, L., & Matas Rodríguez, C. (2022). Actualización en el manejo del síndrome de HELLP. Revista Sanitaria de Investigación, 1(1), Inicial. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actualizacion-en-el-manejo-del-sindrome-de-hellp/
2. Martínez Fernández, G. S., & Arigita Lastra, M. (2020). Síndrome HELLP: controversias y pronóstico. Elsevier, 37(4), 147-151. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7428701/
3. Polanco Méndez, D., Salas Garita, F., Agüero Sánchez, A. C., Ramírez Garita, J., & Kourbanov Steller, S. (2020). Actualización y conceptos claves del Síndrome de HELLP. Ciencia & Salud: Integrando Conocimientos, 4(3), 65-74. https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/download/133/212/604
4. Chavarría Briceño, M., & Lara Campos, P. (2023). Síndrome de Hellp: actualización. Portales médicos, 8(12), 567. https://www.revista-portalesmedicos.com/

revista-medica/sindrome-de-hellp-actualizacion/
5. Roberto Malvino, E. (2006). ACTUALIZACION SOBRE EL SINDROME HELLP. Sociedad Iberoamericana de Información Científica, 1(1), Inicial. https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/84909
6. Blanco Ramos, M. T., Calvo García, E., & Nogales García, A. I. (2016). Síndrome HELLP en atención primaria. Elsevier, 5(2), 64-67. https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-general-familia-edicion-digital--231-articulo-sindrome-hellp-atencion-primaria-S1889543315000791
7. Ramírez Cabrera, J. O., & Zapata Díaz, B. M. (2020). Diagnóstico y manejo oportunos del síndrome HELLP. Scielo, 66(1), Inicial. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000100057
8. Mendicuti-Carrillo, M., Méndez-Domínguez, N., López-Bolio, V., Ponce-Puerto, J. M., & Bracamonte-Peniche, J. (2018). Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. Revista Biomédica, 29(2), 33-41. https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/612/626

Capítulo 107

EL TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD Y ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANDREA LÁZARO VIÑA

1 Introducción

El trastorno histriónico es un tipo trastorno mental que afecta en la forma de comportarse de la persona, teniendo afecciones muy sentimentales o dramáticas buscando ser ellos siempre el centro de atención.
Suele aparecer en los adultos, con la necesidad de ser contemplado y admirado de forma constante.
Son personas muy vivas, dramáticas, les gusta coquetear y sobresalir ante las demás personas. Suele ser más común en hombres que en mujeres. Estas personas necesitan ser el centro de atención en todo momento por lo que en muchas ocasiones se presentan de forma inesperada y hacerlo de manera en la que destaque o se haga notar. Pueden ser a veces malas influencias para las personas que les rodean, principalmente por su alto nivel de egocentrismo y su capacidad de manipulación para salirse con la suya.
Estas personas son prácticas y tienen un don en las relaciones sociales, que les sirve de método para manipular a la gente que estén a su alrededor para ser el centro de atención de donde se encuentren.
Estas personas tienden a exagerar las dificultades que presenten en su vida diaria, y en muchas ocasiones de enfrentarse a las situaciones difíciles, prefieren dejarlo por la frustración que les causa.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capitulo de libro es saber y conocer cuáles son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante este trastorno mental.

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

Se dice que algunas de las causas que provocan este trastorno, se debe por la poca atención recibida por parte de los padres durante su infancia, por la distancia de uno de los progenitores o por causas seductoras maternas.
El tratamiento administrado por el médico puede ser la psicoterapia, ansiolíticos y antidepresivos.
Algunas de las características que diferencian a las personas que padecen este trastorno son las siguientes:
- Si no son el centro de atención, no están cómodos.
- Las relaciones con las demás personas destaca por comportamientos seductores o provocadores.
- Son personas dramáticas y emocionales y su estado de ánimo es muy variable al cabo del día.
- Usan herramientas o métodos para llamar siempre la atención allí donde quiera que vayan.
- Uso de un lenguaje subjetivo.
- Son personas que les gusta el drama, el teatro y exageran demasiado las emociones.
- Son personas que a veces son mala influencia para las personas que les rodean por su alto poder manipulativo.

- Sus relaciones son consideradas muy íntimas.

Pero a continuación, vamos a hablar de los diferentes tipos de este trastorno:

- Normal: la persona necesita una atención excesiva y ser admirada y aprobada por el resto de las personas. Son grandes manipuladores, muy sociables y con un gran poder seductivo.
- Teatral: suelen ser personas melancólicas y muy melodramático.
- Infantil: tiene características del trastorno límite de la personalidad. Tienen rabietas, son exigentes por lo que en algunos casos crean dependencia de la otra persona y padecen miedo a ser abandonadas por lo que reaccionan con ataques de impulsividad.
- Falso: tiene rasgos del trastorno antisocial, se dan a ver como personas educadas y amables pero quien verdaderamente las conoce sabe que son personas muy mentirosas y manipuladoras.

Algunas de las funciones del TCAE pueden ser:

El apoyo total al paciente y a sus familiares, brindas las necesidades básicas y que requieran estas personas, tratarlos con apoyo, respeto y cariño.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este proyecto de investigación sobre los trastornos mentales se tiene en cuenta que son personas que se dejan influenciar por los demás y muchas veces confían demasiado en personas que no deberían de hacerlo, también son personas que le dan muchas vueltas a las cosas pensando.

Se debe de tener especial trato y empatía con estas personas para que se sientan lo más cómodas y seguras posibles, pero lo más importante es intentar ayudarles en todo lo que necesiten para que su mejoría vaya avanzando y que cuente con el apoyo de sus familiares y sus seres queridos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 108

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

MAIRENA LÓPEZ CABALLERO

MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA

JOSE CHACON AGUILAR

RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS

CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE

1 Introducción

Una intervención quirúrgica o cirugía es un procedimiento médico en el cual se realiza una serie de manipulaciones y acciones sobre el cuerpo de un paciente con el objetivo de diagnosticar, tratar o corregir una enfermedad, lesión o condición médica. Durante la intervención, se pueden realizar incisiones en la piel para acceder a órganos o tejidos internos, realizar reparaciones, extracciones o inserciones de dispositivos médicos. Este procedimiento se realiza en la unidad de quirófano bajo unas condiciones y requisitos para garantizar la seguridad y el éxito de la operación:

- Un personal sanitario multidisciplinar que este formado correctamente, entrenado y compenetrado en todo momento.
- Un quirófano totalmente equipado, limpio y esterilizado, con los materiales, instrumental y equipos necesarios. Siendo esto fundamental para que no haya ningún tipo de problema e infección durante la intervención.
- Medidas de seguridad extremadamente controladas y garantizadas para la tranquilidad tanto del enfermo como de todo el personal que en él se encuentra.

Después de la cirugía o intervención quirúrgica, el paciente es trasladado a la sala de recuperación, donde es monitorizado con bastante vigilancia para que la recuperación sea correcta y no tenga problemas tras los efectos de la anestesia y de la propia cirugía en sí.

Todos los miembros que forman este equipo multidisciplinar sanitario son de vital importancia para que el paciente se encuentre tranquilo y todo el procedimiento hasta su salida del hospital sea lo más tranquila y correcta posible. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), como miembro del equipo quirúrgico, juega un papel muy importante en coordinación con el equipo de enfermería. Siempre estará supervisado por este equipo sanitario y dará apoyo en toda tarea que sea requerida, así como en sus propias funciones que son bastante numerosas.

2 Objetivos

- Conocer qué es una cirugía o intervención quirúrgica.
- Saber el procedimiento completo del paciente en una intervención quirúrgica.
- Describir las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en quirófano o postoperatorio en pacientes operados quirúrgicamente.

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 en internet sobre qué es una cirugía o intervención quirúrgica, conocer sus complicaciones y las funciones que tiene el TCAE en este tipo de procedimientos. 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.

4 Resultados

Las principales funciones que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña como parte del equipo quirúrgico son:
1. Atención al paciente en todas sus necesidades desde su ingreso hasta su alta.
• Preparación del quirófano para la intervención quirúrgica. Antes de la cirugía, el TCAE se encarga de preparar el quirófano, asegurándose de que esté limpio, organizado y equipado con todo lo necesario para el procedimiento. Realizando así la desinfección, limpieza, acondicionamiento y reposición de las distintas estancias que forman la unidad de quirófano para la intervención quirúrgica.
• Ayuda en la colocación y movilización del paciente en la mesa quirúrgica, estando seguro de que está cómodo y en una posición correcta según el equipo médico para la intervención.
• Asistencia en la entrega de instrumentos y al cirujano durante la intervención. Durante la cirugía, el TCAE entrega los instrumentos y materiales necesarios al cirujano y al equipo médico de acuerdo con sus requerimientos. Además, ayudará si fuera necesario durante la cirugía haciendo tareas como la sujeción de tejidos, aspiración de fluidos, etc.
• Aplicar el protocolo de esterilización que debe seguirse y ayudará a que este se cumpla con el material y equipo quirúrgico, asegurándose en todo momento que esté libre de contaminación antes de su uso en la intervención.
• Control de signos vitales a través de monitoreo y registro de frecuencia cardíaca, presión arterial y la saturación de oxígeno.
• Traslado y recuperación del paciente tras la cirugía. El TCAE ayudará en el traslado del paciente a la sala de recuperación y continuará con sus labores de apoyo y cuidado durante la fase de recuperación postoperatoria.
• Informar y ayudar a prepararse al paciente en todos los procedimientos que se llevarán a cabo a lo largo de todo el proceso e informar y tranquilizar a la familia de este.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial durante una cirugía, proporcionando apoyo y asistencia al equipo médico y al paciente desde el momento de la llegada al hospital hasta su salida. Es importante destacar que el TCAE trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico, especialmente con el personal de enfermería y el cirujano, para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente durante toda la cirugía.

Resulta primordial que los TCAES dispongan de la formación y preparación correcta para poder desempeñar sus funciones en la unidad de quirófano correctamente y garantizar junto con el resto de personal sanitario la seguridad y viabilidad de la intervención que tenga que realizarse.

6 Bibliografía

1. Funciones del personal TCAE en quirófano [Internet] [Citado 4 mayo 2021] Disponible: https://daeformacion.com/blog/funciones-tcae-quirofano/.
2. Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería respecto al paciente quirúrgico en el proceso peroperatorio. [Internet] [Citado 4 octubre 2022] Disponible: https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidadosauxiliares-de-enfermeria-perioperatorio/.

Capítulo 109

EL CUIDADO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE CON ANESTESIA GENERAL

MAIRENA LÓPEZ CABALLERO

CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE

RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS

MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA

JOSE CHACON AGUILAR

1 Introducción

La anestesia general es la combinación de medicamentos que hacen que el paciente se encuentre en un estado similar al sueño y se realiza antes de una cirugía o cualquier otro tratamiento médico en el que debemos evitar que el cuerpo sienta dolor ya que el paciente se encuentra totalmente inconsciente. Durante la anestesia general, el paciente está en un estado de sueño profundo y no tiene conciencia de lo que sucede a su alrededor, por este motivo, el equipo médico puede realizar el procedimiento de manera segura sin que sienta dolor o malestar.

La anestesia general actúa en el cuerpo del paciente para lograr la inconsciencia y la inmovilidad, lo que permite al cirujano acceder a los órganos necesarios

durante la cirugía u otros procedimientos invasivos. Este tipo de anestesia también puede ser utilizado en situaciones que requieren un período prolongado de tiempo sin que el paciente esté consciente.

Es importante destacar que la anestesia general es un procedimiento seguro y efectivo cuando es administrada por personal médico capacitado en un entorno controlado. Sin embargo, como con cualquier procedimiento médico, existen riesgos y complicaciones potenciales asociadas con la anestesia general, por lo que es crucial que ayuden y colaboren en el proceso un equipo multidisciplinar sanitario. En este caso, observaremos la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en pacientes con anestesia general.

2 Objetivos

- Conocer los principales aspectos de la anestesia general.
- Saber cómo le afecta a los pacientes la anestesia general.
- Describir las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en los pacientes con anestesia general.

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 en internet sobre los pacientes con anestesia general y sobre las funciones que tiene el TCAE en este tipo de cuidados. 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.

4 Resultados

El procedimiento de anestesia general generalmente se lleva a cabo por un anestesiólogo o un médico especializado en anestesiología, es importante que la persona este especializada para que la administración de los medicamentos sea correcta a través de una vía intravenosa o mediante inhalación de gases anestésicos. Durante el procedimiento, el paciente es monitorizado de cerca para asegurarse de que sus signos vitales se mantengan estables y para detectar cualquier complicación potencial que pueda surgir a lo largo del proceso.

Durante el proceso de recuperación de la anestesia, el TCAE trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico para garantizar que el paciente tenga una recuperación segura y sin complicaciones. Algunos de los cuidados que el TCAE proporciona al paciente con anestesia general son los siguientes:

- Monitorización, observación y vigilancia del paciente. El TCAE está atento a la monitorización del paciente en la sala de recuperación, observando sus signos vitales como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la saturación de oxígeno para asegurarse de que estén dentro de los rangos normales. Si algo fuera mal, tendrán que avisar al equipo médico para intentar solucionarlo. El TCAE brinda asistencia y apoyo al paciente mientras se despierta de la anestesia, manteniéndolo tranquilo y proporcionando consuelo si es necesario.
- Ayudará en la movilización y en la posición correcta del paciente anestesiado. Durante la recuperación, el TCAE ayuda al paciente a adoptar una posición cómoda y segura en la cama, y asiste en la movilización y cambios de posición si es necesario para una mayor comodidad y que la administración de la anestesia sea la mejor posible.
- Control del dolor tras la operación quirúrgica o tratamiento invasivo. Bajo la supervisión del personal de enfermería, el TCAE puede administrar medicamentos para el control del dolor según las indicaciones médicas, una vez terminada y despertado el paciente de la anestesia general.
- Vigilancia de que las sondas y drenajes estén bien. Si el paciente tiene sondas o drenajes, el TCAE supervisa su funcionamiento y realiza cuidados básicos como el vaciado de drenajes según las indicaciones. Para garantizar la seguridad en todo momento del paciente.
- Atención y apoyo en la alimentación y la nutrición. Si el paciente ha sido sometido a cirugía gastrointestinal o que afecte a la alimentación y/o nutrición del paciente, el TCAE puede colaborar en la administración de líquidos y alimentos según las pautas del equipo médico.
- Registro y documentación de las observaciones y cuidados proporcionados al paciente durante su recuperación.
- Comunicación y apoyo con el paciente. El TCAE se comunica con el paciente para explicar los cuidados que se están proporcionando y brinda información sobre los próximos pasos en su proceso de recuperación. Además, le muestra su apoyo emocional en caso de que fuera necesario para que vea que el proceso es sencillo y no ha tenido ninguna complicación.

5 Discusión-Conclusión

Es importante destacar que los cuidados del TCAE en pacientes con anestesia general se llevan a cabo bajo la supervisión del personal de enfermería y el equipo médico tratante puesto que este personal está especializado en este procedimiento. El TCAE trabaja en conjunto con el equipo para asegurar una recuperación óptima y segura del paciente y proporcionar un entorno de cuidado y apoyo durante esta etapa postoperatoria tras la anestesia general.

La anestesia general afecta a todo el cuerpo del paciente y hace que se duerma por completo. Normalmente es un procedimiento muy seguro y para ello deberá realizarse una entrevista previa al paciente para valorar cualquier posible riesgo que pueda surgir en esta práctica. Tras la anestesia general, además, el paciente se sentirá confuso y atontado. Será labor del TCAE orientarle y hacerle sentir seguridad y confianza en todo momento.

6 Bibliografía

1. Monedero, P., Paz-Martín, D., Cardona-Pereto, J., Barturen, F., Fernández-Quero, L., Aguilera-Celorrio, L., ... & Valía, J. C. (2017). Cuidados Intensivos de Anestesia: recomendaciones de la Sección de Cuidados Intensivos de la Sociedad Española de Anestesiología. Rev Esp Anestesiol Reanim, 64(5), 282-285.
2. Rafael Flores, N. (2018). Satisfacción del paciente post operado inmediato con anestesia regional sobre los cuidados de enfermería en el servicio de URPA de la Clínica San Pablo, Lima octubre-noviembre 2017.

Capítulo 110

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA

MAIRENA LÓPEZ CABALLERO

CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE

JOSE CHACON AGUILAR

MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA

RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS

1 Introducción

La alimentación por sonda nasogástrica es un procedimiento sanitario que consiste en administrar nutrientes y líquidos directamente en el estómago de una persona a través de una sonda que se introduce por la nariz y llega hasta el estómago. Esta técnica se utiliza cuando un paciente tiene problemas para poder ingerir alimentos de forma oral debido a diversos motivos como puede ser una enfermedad, una cirugía, problemas de deglución o alguna otra condición que afecte su capacidad para alimentarse de manera tradicional.

El procedimiento de alimentación por sonda nasogástrica se lleva a cabo bajo supervisión médica y este consiste en la colocación de una sonda flexible y del-

gada a través de una de las fosas nasales hasta el esófago para hacer llegar los nutrientes y líquidos finalmente hasta el estómago.
El adecuado manejo de la alimentación por sonda nasogástrica demanda una atención diligente y una vigilancia continua para prevenir complicaciones tales como la obstrucción de la sonda, la aspiración pulmonar o la irritación nasal. En este proceso, el equipo de atención médica junto con los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental al supervisar y cuidar al paciente, garantizando una correcta administración de nutrientes y cuidados apropiados durante todo el procedimiento.

2 Objetivos

- Conocer cómo es la alimentación a través de sonda nasogástrica.
- Describir las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la alimentación por sonda nasogástrica.

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 en internet sobre la alimentación por sonda nasogátrica y el papel que tiene el TCAE en este tipo de cuidado. 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.

4 Resultados

Es importante destacar que la alimentación por sonda nasogástrica es un procedimiento temporal y que, en ciertas ocasiones, puede ser utilizado como una fase previa e inicial a una alimentación más avanzada, como la alimentación enteral por sonda nasoyeyunal o la alimentación parenteral. Según la condición específica del paciente y lo que determine el equipo médico se utilizará una alimentación por sonda y se centrará en el tipo de nutrición diagnosticado por el médico responsable de su cuidado.
El TCAE desempeña un papel importante en el proceso de alimentación por sonda nasogástrica, trabajando en estrecha colaboración con el equipo multidis-

ciplinar de atención médica para asegurar que el paciente reciba la parte nutricional necesaria que fija el médico. Además, revisará que el procedimiento se realice de forma correcta, segura y cómoda para el paciente. Estas son algunas de las funciones principales que debe realizar el TCAE en el manejo de alimentación por sonda nasogástrica:

- Preparación del material necesario para la alimentación por sonda nasogástrica. El TCAE se encarga de preparar el material necesario para la alimentación por sonda nasogástrica, que incluye la sonda nasogástrica, jeringas, la solución nutricional prescrita, cinta adhesiva y guantes estériles.
- Posicionamiento correcta del paciente para que todo fluya correctamente. El TCAE ayuda a posicionar al paciente adecuadamente, colocándolo en posición semisentada para facilitar el paso de la sonda por el esófago y llegar al estómago.
- Colabora en la colocación de la sonda al paciente. Bajo supervisión del personal de enfermería o el médico, el TCAE asiste en la inserción suave de la sonda nasogástrica a través de una de las fosas nasales hasta el estómago, asegurándose de que esté en la posición correcta y sin causar molestias innecesarias al paciente.
- Ayuda en la verificación del residuo gástrico. Después de la inserción de la sonda, el TCAE puede ayudar en la extracción y medición del contenido gástrico residual para asegurarse de que el estómago esté vacío antes de administrar la nutrición.
- Colabora en la administración de la nutrición del paciente que necesita sonda nasogástrica. Bajo la supervisión del personal de enfermería, el TCAE colabora en la administración de la nutrición a través de la sonda nasogástrica, regulando el flujo y observando cualquier señal de incomodidad o complicación.
- Cuidado y mantenimiento de la sonda durante todo el procedimiento. El TCAE realiza el cuidado y limpieza adecuada de la sonda nasogástrica para prevenir infecciones y mantener su funcionalidad.
- Registro y documentación de que todo se ha realizado correctamente. El TCAE registra y documenta adecuadamente el proceso de alimentación por sonda nasogástrica, incluyendo la cantidad de nutrición administrada y cualquier observación relevante que deba informarse al equipo médico.
- Apoyo emocional al paciente para que se sienta cómodo. Durante el procedimiento y la alimentación, el TCAE brinda apoyo emocional al paciente, ofreciendo palabras de aliento y asegurándose de que se sienta seguro y con la mayor comodidad posible.

5 Discusión-Conclusión

Es importante destacar que la alimentación por sonda nasogástrica es un procedimiento que requiere cuidado y precisión, y el TCAE desempeña un papel esencial en la atención integral del paciente durante este proceso. Trabajar en equipo con el personal de enfermería y bajo la supervisión del médico garantiza la seguridad y bienestar del paciente durante todo el procedimiento de alimentación por sonda nasogástrica, dando así un buen trato cómodo y seguro.
El TCAE debe trabajar en estrecha colaboración con el equipo de atención médica para asegurar que el paciente reciba el suministro nutricional adecuado y que el procedimiento se realice de manera segura y cómoda.

6 Bibliografía

1. Guía para la administración y los cuidados de la nutrición enteral a través de una sonda nasogástrica. Editorial Glosa, S.L.
2. López, R., & García, M. (2017). Procedimiento de colocación de sonda nasogástrica. En V. Jiménez (Ed.), Procedimientos de Enfermería en el Paciente Crítico (2ª ed., pp. 81-88). Editorial DAE.
3. Roca, G., Serrano, M., Gómez, I., & Martínez, E. (2019). Cuidados de Enfermería en la colocación y mantenimiento de la sonda nasogástrica. Enfermería Clínica, 29(5), 343-348.

Capítulo 111

EL PAPEL DE LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PROCEDIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL

SUSANA INSA SERRANO

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica que tiene carácter invasivo, del que se hace uso de manera muy habitual y que se basa en la introducción de una sonda que va hasta la vejiga urinaria facilitando el vaciado de la misma en situaciones en las que el/la paciente no puede expulsar los desechos que genera al exterior de forma autónoma. Las finalidades principales de este procedimiento son la terapéutica y la diagnóstica y como consecuencia del procedimiento se logra vaciar o aliviar la vejiga. Esta técnica nos permite por un lado poder controlar la incontinencia del paciente ayudándole mediante el sondaje a evacuar la vejiga poco a poco en función de que se vaya produciendo la orina y se vaya acumulando en la vejiga y por otro, poder tener controlada la diuresis de un paciente en función de las horas que estime oportunas el facultativo cuando así lo prescriba.
Además también es la técnica que utilizamos para la recogida de muestras con carácter estéril para su análisis posterior con el afán de llegar a concluir un diagnóstico.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), como principal responsable de los cuidados de los pacientes y, por ende, del catéter vesical, tiene que dirigir sus cuidados a mantener la integridad de la misma, garantizando una limpieza exhaustiva, una manipulación adecuada e intentando que el paciente se sienta con el mayor nivel de confort e intimidad posible durante la colocación de la sonda así como en los mantenimientos de esta zona tan delicada.

2 Objetivos

- Dar a conocer la técnica de sondaje vesical y las cuestiones más importantes del procedimiento de colocación y manteninimeto que influyen en los cuidados cotidianos de los TCAE.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo un revisión bibliográfica sobre el tema en las principales bases de datos: Pubmed, UDIMA y Scielo. La búsqueda se ha restringido a artículos en castellano e inglés. Las palabras clave usadas han sido: sondaje vesical, papel de las TCAE en sondaje vesiacal.

4 Resultados

Entre la información más importante que he recabado después de la búsqueda de datos, tendríamos los tipos de sondaje en función de la duración que vaya a tener el mismo y los tipos de sonda que vamos a utilizar en función de las necesidades de cada paciente.

1. En cuanto a los tipos de sondaje.
Según el tiempo que vamos a mantenercolocado el sondaje podemos diferenciar entre:

Sondaje permanente que se va a caracterizar por tener una larga duración, en este caso, mayor de 30 días, en los que la sonda es perpetuada en su lugar gracias a un balón que se hincha con aire o agua al ponerla por primera vez. Se utiliza en casos de pacientes crónicos con dificultad de expulsión urinaria.

Sondaje permanente de corta duración, con características similares al anterior pero con una duración de menos de 30 días, usándose en caso de patologías más

intensas y cortas.

El sondaje intermitente, que se desarrolla cada cierto tiempo (en general, cada 6 – 8 horas) y se utiliza para los casos donde la incontinencia ha sido causada por daño medular o daño de los nervios que controlan el proceso del vaciado de la vejiga, y que producen incontinencia con un vaciado defectuoso de la misma.

2.Tipos de sondas.

-Según el material usado para su composición:
Látex:
Se usan para el vaciado vesical permanente en sondajes con una duración de menos de 15 días aproximadamente (sondajes hospitalarios, postoperatorios).
Silicona:
Se vana utilizar en sondajes con duraciones de más de15 días o en pacientes con intoleracia alérgica al látex.
Cloruro de polivinilo (PVC)

Por otro lado es esencial que conozcamos también en qué momentos no está indicada la utilización de sonda vesical, ya que, las TCAE somos quienes estamos en un contacto más estrecho con los pacientes y podemos alertar de distintas situaciones. Estos casos serían:
Si somos conocedoras de que existan heridas en la uretra que puedan tener relación directa con traumatismos pélvicos así como si sabemos que existen roturas uretrales.
En pacientes diagnosticados con prostatitis agudas y cuando encontramos sangre en el meato o hematuria relacionada con un traumatismo tampoco está indicado realizar un sondaje.

5 Discusión-Conclusión

La técnica del sondaje vesical compone un alto porcentaje de los procedimientos cotidianos que desarrollamos el personal sanitario en los centros hospitalarios. Los TCAE jugamos un papel fundamental no solo en la realización de la técnica de colocación donde asistimos, si no principalmente, en el mantenimiento adecuado de las sondas e incluso en la verificación de sintomatología que no sea compatible con la puesta de una sonda, de cara a transmitirlo al personal de enfermería previa técnica.Esto último depende en gran medida de nuestra capacitación para el desarrollo de dicha técnica. Es por ello que debemos ser exhaustivos con el

cuidado así como reclamar tiempos suficientes para el buen ejercicio de nuestras funciones y ser muy conscientes de que una técnica que se utiliza para sanar a un paciente puede derivar en otras patologías asociadas que a veces son evitables con un aplicación profesional y rigurosa de nuestros conocimientos.

6 Bibliografía

https://www.quironsalud.com/blogs/es/nigota/saber-voy-portador-sonda-vesical
https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm
https://enfermeriacreativa.com/2018/03/04/sondaje-vesical/

Capítulo 112

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MANEJO DE CATÉTER ARTERIAL RADIAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SONIA FAJARDO MELLINAS

ANA TERCERO ALFARO

ESMERALDA SEVILLA MORENO

EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO

SANDRA MELLINAS GARCIA

1 Introducción

La arteria radial es un vaso que se encarga de trasportar sangre oxigenada desde la base del pulgar hasta la parte braquial.
En los servicios de cuidados intensivos es un procedimiento muy usado porque con el catéter radial nos permite controlar la presión arterial constante y realizar así pruebas de gasometría.
Canalizar un catéter radial es una técnica que la puede realizar el equipo de enfermería o el médico conjunto con ayuda del técnico en cuidados auxiliares de en-

fermería (TCAE), eso sí teniendo en cuenta que el personal este bien cualificado o formado en esta técnica para así evitar riesgos innecesarios o complicaciones.
Este método es utilizado por los especialistas para realizar el diagnostico o pronósticos que van mas dirigidos o destinados a poder tratar una enfermedad arterial coronaria.
Hay varios tipos de catéteres y longitudes según necesidad: catéter central, catéter central de inserción periférica y catéter venoso este es de corta y media longitud los más utilizados son 18g,20g en adultos y en niños 22g y 24g.
Con ello también se debe tener en cuenta las características de lo que se quiere perfundir puede ser sangre o soluciones.
En las unidades de cuidados intensivos (UCI) es donde mayor número de casos se llevan a cabo este procedimiento.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en el manejo del catéter radial en la UCI.

3 Metodología

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

4 Resultados

Canalizar una arteria puede ocasionar lesiones isquémicas permanentes, pueden presentar trombosis y va a depender del tiempo estimado que permanezca puesta.
Hay test para predecir lesiones pero no son fiables , luego va a depender de muchos factores como pueden ser la edad, si padecen de enfermedades como la diabetes, insuficiencia renal, tensión ,son los mas conocidos.
Estas canulaciones pueden tener consecuencias y generar lesiones isquémicas y que entre ellos va influir enfermedades tales como el tabaquismo, diabetes, insuficiencia renal, otros factores como la edad, vida diaria etc. Es fundamental en aquellos pacientes cuya inestabilidad les haga requerir la monitorización de la PAI los riesgos aparecen con el tiempo que esta expuesto el paciente mientras

que lleve el catéter y puede presentar trombosis en la canalización y permanecer aun después de descanularlo.
También depende del material y tamaño del catéter porque son posibles complicaciones.
La más recomendada es la arteria radial y es el personal de enfermería la que puede llevar a cabo o un especialista este procedimiento por lo que la formación y practica en ello es fundamental, es importante la buena praxis y cuidados para la conservación del catéter y el buen manejo de ello por lo que será mucho más eficiente si nos apoyamos en métodos de diagnóstico por imagen como el ecodoppler.
Varios estudios consultados nos demuestran que es indiferente el beneficio en la utilización de una u otra siempre y cuando mantengamos un flujo continuo de 2 s 4 ml/h.
El catéter tiene un trayecto superficial, discurre sobre una estructura ósea como el radio y no presenta en sus inmediaciones estructuras venosas o nerviosas de consideración especialmente en casos de alto riesgo como los de pacientes sometidos a tratamiento intensivo anticoagulante, antitrombótico o antiagregante plaquetario, pacientes obesos, hipertenso, etc.

5 Discusión-Conclusión

La canalización del catéter es guiada por un aparataje de ultrasonido que ayuda y facilita el procedimiento que queremos llevar acabo
El catéter no esta exento de riesgos y no se pueden controlar todos los factores porque no son documentados y las intervenciones que son dirigidas a prevenirlas no se pueden demostrar que son eficaces
Sin embargo, y a pesar de las ventajas demostradas en algunos aspectos, la vía femoral sigue siendo la más utilizada, probablemente por algunas limitaciones de la vía radial.
En este procedimiento se deben evitar las complicaciones y realizarlo sin una buena practica y formación.

6 Bibliografía

1. Ochagavía A, Baigorri F, Mesquida J, Ayuela J, Ferrándiz A, García X et al. Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP de la Sociedad Española

de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Medicina Intensiva 2014; 38(3):154-169.
2. Zamorano Antonio R, Camacho Reyes A, Ruiz Calzado. M. Canalización de la arteria radial. Técnica enfermera. Revista Médica Electrónica Portales Médicos. 2017.
3. M. Mateu Campo A, Ferrándiz Sellés G, Gruartmoner de Vera J, Mesquida Febrer C, Sabatier Cloarec Y, Poveda Hernández. Técnicas disponibles de monitorización hemodinámica. Ventajas y limitaciones. Med Intensiva. 36 (2012), pp 434/444. http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.05.003.
Medline.

Capítulo 113

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA MÁQUINA PARA INYECTAR MEDICACIÓN A LOS PACIENTES

BELEN SIMARRO CARRETERO

MARÍA DOLORES BUENO LAYA

ANGELES SANCHEZ SANCHEZ

CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO

MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO

1 Introducción

No es lo mismo alimentarse que nutrirse y esto suele ser motivo de confusión, por lo que vamos a ver la diferencia entre ambas.
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la "alimentación es un proceso consciente y voluntario que consiste en el acto de ingerir alimentos para satisfacer la necesidad de comer".
A su vez la misma OMS define la "nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo".
A pesar de que se utilice el término alimentarse como sinónimo de nutrición, queda patente que es lo mismo.

Los alimentos son sustancias líquidas o solidas que ingerimos y que nuestro cuerpo transforma.
La nutrición es un conjunto de procesos involuntarios por los que el ser humano ingiere, absorbe, asimila, transforma y da uso a las sustancias obtenidas de esos alimentos para obtener la energía necesaria, construir y reparar las estructuras celulares dañadas, organizar los procesos metabólicos y disminuir el riesgo de padecer algunas enfermedades.
Los nutrientes son compuestos químicos obtenidos de los alimentos ingeridos que aportan a nuestras células todo lo que necesitan para vivir. Tienen tres funciones principales: energética, plástica o reparadora y reguladora. A su vez, se dividen en grupos:
- Agua.
- Proteínas.
- Lípidos.
- Glúcidos o Hidratos de Carbono.
- Sales minerales.
- Vitaminas.

2 Objetivos

Exponer la importancia del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la nutrición enteral por bomba de infusión a los pacientes hospitalizados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 algunos servicios es función del TCAE la realización de la ingesta.
Se puede realizar mediante dos formas: Infusión continúa (24 horas) o infusión intermitente (irá pasando en un tiempo determinado imitando a los horarios normales).

Para llevar a cabo dicho proceso se necesita:
- Lavado de manos.
- Preparado líquido para infundir.
- Guantes.
- Jeringa de 50 ml.
- Vaso de agua.
- Recambio para la tubería de la nutrilínea.

Una vez que tenemos preparados todos los materiales necesarios, procedemos:
- Informamos al paciente de la técnica a realizar.
- Sentamos al paciente o elevamos la cama a 45º.
- Lavamos las manos y ponemos los guantes.
- Comprobamos residuo gástrico.
- Limpiamos sonda con 30 ml de agua .
- Pinzar sonda.
- Ponemos la nutrilínea en el envase de alimento, colgamos este en el soporte de la bomba y purgamos el aire. Conectamos la nutrilínea correctamente .en la bomba.
- Planificamos el ritmo de la infusión en la bomba, quitamos el tapón de la sonda conectándola a su vez a la nutrilínea.
- Despinzar sonda.
- Asegurarse de que la llave de paso de la nutrilínea queda abierta y está pasando adecuadamente la infusión.
- Retirar material utilizado, guantes y lavar las manos.

Algunos pacientes no pueden recibir el aporte diario de nutrientes por la vía oral debido a que padecen algún tipo de enfermedad.

Es en esos casos, y si no es contraproducente, se pueda realizar de manera artificial la ingesta a través de la vía digestiva pautándose la Nutrición Enteral (NE).

Existen tres tipos de vías para administrar la nutrición enteral:
- Por sonda nasogástrica (SNG): se inserta por la nariz y el tubo baja por la garganta, pasando por el esófago hasta llegar al estómago. Suelen ser fáciles de colocar, no suelen tener complicaiones y se utilizan para alimentaciones a corto plazo. Se podría decir que es la más utilizada.
- Por sonda nasoentérica (SNE): puede ser yeyunal (SNEY) o duodenal (SNED), se coloca por medio de una laparotomía.
- Por enterostomía: se inserta directamente al estomago a través de la pared abdominal. Se utilizan para alimentaciones a largo plazo. Suelen ser más cómodas para el paciente.

Las formas de administración de la alimentación enteral son:

- Alimentación por bolos: administración de dosis relativamente grandes de fórmula, simulando la rutina de ingesta habitual.
- Alimentación continua: se usa una bomba electrónica para ir administrando dosis de fórmula en pequeñas cantidades a lo largo del día en varias horas.
- Alimentación por gravedad: se coloca en un soporte la bolsa de alimentación de fórmula que irá cayendo lentamente en gotas, el tiempo puede variar dependiendo del paciente.

Aunque al principio puede dar una sensación de molestia para los pacientes, esta vía de alimentación es la más eficaz para garantizar el objetivo de prevenir la malnutrición y solventar los posibles problemas nutricionales que existan.
Este tipo de nutrición puede resultar beneficioso no solo respecto al ámbito nutricional sino también sobre la evolución de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Nuestro trabajo como TCAE consiste en aportar la mayor comodidad, información y respeto acerca del proceso.
Debemos recordar que el objetivo principal de la alimentación es aportar a nuestras células la materia prima para poder alimentarse y reconstruir las partes que tengan afectadas.
El bienestar del paciente y la mejora de su patología están relacionados en su medida con la buena nutrición que reciba su cuerpo, es por ello que la nutrición enteral (NE) es una alternativa idónea para proporcionar todos los nutrientes de una manera óptima y mejorar la calidad asistencial del paciente convirtiéndose en una terapia fundamental para cubrir las necesidades nutricionales. Siendo una de las formas más fisiológicas para dar este aporte y presentando muy pocas complicaciones haciendo los cuidados adecuados, tanto si es a corto plazo como a largo plazo, ya bien sea en el medio hospitalario o en domicilio particular del paciente.

6 Bibliografía

1. https://www.nutritioncare.org.
2. https://revistamedica.com.
3. https://psicologiaymente.com.
4. https://universidadeuropea.com.
5. https://www.mayoclinic.org.
6. https://www.fen.org.es.

7. Juan C Montejo G. y col. Nutrición Enteral en el paciente Grave. Tratado de Nutrición Gil Hernández 2005. Editorial : Acción Médica, Tomo IV capi 4.11; 301-328.

Capítulo 114

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA VALORACIÓN ANESTÉSICA PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES

MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO

BELEN SIMARRO CARRETERO

MARÍA DOLORES BUENO LAYA

ANGELES SANCHEZ SANCHEZ

CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO

1 Introducción

La realización del un electrocardiograma por parte del paciente es fundamental en el protocolo preoperatorio, ya que junto con el resto de pruebas básicas (extracción de sangre y Rx) permiten realizar una correcta evaluación del paciente por parte del servicio, y más concretamente del facultativo anestesista, antes de realizar el procedimiento prescrito para la intervención.
El ECG o EKG es la única prueba diagnóstica que nos da información bastante general de la actividad eléctrica que emite el corazón. Es una técnica no invasiva, sencilla de realizar, rápida, económica y con un alta relevancia. Que a su

vez, no da una importante información del corazón durante las fases de reposo y recuperación.
Siempre que el corazón late, emite una marca característica que nos muestra que lo recorre una señal eléctrica.
Mediante la ejecución de esta prueba se logran diagnosticar los siguientes trastornos:
- Infarto de Miocardio (IM).
- Arritmias, como la Fibrilación Auricular (FA).
- Pericarditis.
- Cardiomegalia.
- Derrame pericárdico.
- Obstrucción de arterias.
- Híper e Hipo calcemia.
- Híper e Hipopotasemia.
- Algunas patologías respiratorias (alternancia).

Aunque su realización es sencilla, los errores que se puedan cometer en la misma pueden causar diagnósticos equivocados y que pueden generar un riesgo para el paciente.
En este capítulo se va a desarrollar dicha prueba y el papel que juega el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) para poder ponerlo en marcha en su aplicación profesional.

2 Objetivos

- Explicar como la TCAE ha de hacer un ECG en la práctica clínica del servicio de Preanestesia.
- Conocer las bases de la electrocardiografía.

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

El paciente debe permanecer tumbado, tranquilo, en silencio, manteniendo una respiración normal, sin toser y lo más quieto que le sea posible.
Para una correcta realización de esta prueba, han de colocarse los adhesivos (electrodos) sobre puntos específicos de la piel del paciente, conectados cada uno a un cable. La forma correcta es:
1. Periféricos:
- Cable rojo (RA): electrodo en la muñeca derecha.
- Cable amarillo (LA): electrodo en la muñeca izquierda.
- Cable negro (RL): electrodo en el tobillo derecho.
- Cable verde (LL): electrodo en el tobillo izquierdo.
No se deberán colocar en prominencias óseas, mejor en zonas más carnosas. En caso de estar en la situación de tener algún miembro amputado, se le colocarán de manera distinta y adaptándose a la necesidad específica del paciente.
2. Precordiales:
- V1 (rojo): cuarto espacio intercostal derecho.
- V2 (amarillo): cuarto espacio intercostal izquierdo.
- V3 (verde): ente V2 y V3.
- V4 (marrón): en el quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea media clavicular.
- V5 (negro): en el quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar anterior.
- V6 (morado): en el quinto espacio intercostal izquierdo, línea media axilar.
Inmediatamente colocado lo anterior, procedemos a introducir los datos del paciente en la máquina de electro: número de historia clínica (NHC), nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo. Buscamos en la base de datos, seleccionamos la prueba y procedemos a la realización de la misma.
Comprobamos que todos los electrodos se hayan colocado correctamente.
Cuando se ha registrado la lectura se retiran los electrodos del paciente y le pedimos que se vista, para proceder a guardarlo en su historia.
Para que el TCAE sepa que está haciendo una buena lectura, ha de familiarizarse con el idioma eléctrico del corazón que se describe en 12 derivaciones. Las ondas que debe identificar son:
- Onda P: es la primera, pequeña y positiva.
- Onda Q: sigue a la P, es negativa y menos profunda que la onda S.
- Onda R: es la onda positiva más grande.
- Onda S: es la segunda onda negativa, más profunda que la Q.
- Onda T: es la tercera onda positiva, es más ancha y alta que la P.

5 Discusión-Conclusión

El papel que desempeña la TCAE es clave dentro del equipo que forma la unidad de preanestesia, ya que he comprobado que realiza un trabajo que conlleva una responsabilidad implícita, puesto que debe hacer las pruebas médicas con el máximo rigor para que no quepa ningún tipo de error para el diagnóstico del paciente. La correcta colocación de los electrodos nos permitirá obtener un registro idóneo de la actividad cardiaca.
A su vez la TCAE debe reconocer ciertas alteraciones en el trazado que son imprescindibles para la detección y análisis de las posibles patologías. Siendo esta una labor primordial para el ahorro de costes, ya que un mal diagnóstico genera costes adicionales.

6 Bibliografía

1. https://medlineplus.gov.
2. https://www.topdoctors.es.
3. https://www.mayoclinic.org.
4. https://fundaciondelcorazon.com.
5. Web interna del HUCA.
6. Realización de electrocardiograma, versión 2, cod:PD-GEN-72. Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Documentación de Enfermería

Capítulo 115

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PROCESO PARA SONDAR A UN PACIENTE PARA DRENAR Y RECOLECTAR ORINA DE LA VEJIGA

MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO

BELEN SIMARRO CARRETERO

MARÍA DOLORES BUENO LAYA

ANGELES SANCHEZ SANCHEZ

CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO

1 Introducción

El cuerpo humano va a estar formado por una serie de órganos que se van a encargar de realizar diversas tareas para que el cuerpo con la finalidad de que funcione plenamente durante toda la vida. El cateterismo vesical es un procedimiento que se va a realizar de una manera aséptica y solo se utiliza cuando es necesario para poder minimizar la infección en el paciente. El cateterismo vesical está indicado en las siguientes situaciones:

- Retención urinaria: condición en la que el paciente no puede vaciar la vejiga por sí mismo.

- Intervención quirúrgica: control completo de los diuréticos, principalmente en pacientes con insuficiencia cardiaca.
- Muestreo estéril: realizado en pacientes que no cooperan debido a la incontinencia urinaria.
- Mantener seca la zona de los genitales: esto se hace para terapia, cuidado de heridas o úlceras por presión.

Para cuidar el sistema urinario existen algunas recomendaciones, tales como: Hidratación adecuada, evitar todos aquellos alimentos que sean ricos en ácido úrico, observar una buena higiene sexual, evitar retener orina, no tomar alcohol ni medicamentos de forma innecesaria, etc.

Las principales contraindicaciones que debemos tener en cuenta son las siguientes:

- Por rotura de la uretra.
- Sufrir de tumores, lesiones o traumatismos.
- Apto para uretritis, cistitis, prostatitis, balanitis.
- En caso de incontinencia, se recomienda el uso de pañales, colectores, etc.
- Finalmente, por cambios morfológicos en el sistema urinario.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es dar a conocer los tipos de cateterismo vesical, cuidados y técnicas que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para poder elaborar este capítulo de libro se ha realizado una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos, tales como: Pubmed, Medline y Cuiden. También se ha realizado una búsqueda por diferentes páginas Webs de Internet. Para poder realizar la búsqueda tanto por las bases de datos como por las páginas Webs se ha usado las siguientes palabras claves: Sondas, Sondajes Vesicales, Auxiliar de Enfermería, TCAE, Cuidados del TCAE, etc.

4 Resultados

El sondaje vesical es una técnica que se va a realizar de forma estéril. Antes de hacerla, el paciente debe estar de acuerdo e informado primero del procedimiento

que se le va a realizar y garantizar siempre su privacidad. Según el tipo de cateterismo, los tipos de sondas vesicales que podemos encontrar son los siguientes:
1. Cateterismo urinario permanente:
- Catéter de tipo Foley: Este va a constar de dos o tres luces y se usa en todos aquellos pacientes a los que se le va a realizar un lavado vejiga, contiene un globo para mantenerla y fijarla en su lugar, se infla con agua destilada para evitar las pérdidas de orina.
- Sonda Tienamm: Este tipo de sonda tiene dos vías, es curva y rígida, puede ser de silicona o poliuretano, y es adecuada para mujeres mayores con uretra estrecha o de difícil localización.
- Sonda Dufour: Este tipo de sonda se caracteriza porque tiene tres luces, es rígida y de látex, para pacientes que tienen problemas con el sondaje y necesitan limpieza continua por coágulos.
- Sonda Mercier: fabricada en silicona, con forma de palo de golf, para prostatectomía.
- Sonda Couvalaire: con tres indicadores luminosos, fabricada en silicona, látex o PVC, para pacientes con hematuria.
- Sonda Folysil: fabricada en silicona, con punta abierta que se puede introducir en una guía, para prostatectomía radical.
- Sonda Malecot: punta alada, semirrígida, de un solo lumen, para inserción quirúrgica.
- Sonda Pezzer: sonda ligera, semirrígida, con una punta en forma de hongo que se introduce en el quirófano.
2. Cateterismo urinario intermitente:
- Sonda Nelaton: unidireccional, fabricada en PVC, recta, semirrígida, para toma de muestras o vaciado vesical esporádico.
- Sonda Robinson: unidireccional, también de PVC, más corta, para autocateterismo. Los equipos de enfermeras especializadas y personal de atención primaria deben educar y enseñar a cada paciente sobre las medidas de mantenimiento que debe tomar y permitirle el autocuidado en el hogar cuando se enfrente a un ”cateterismo vesical” para evitar posibles complicaciones e infecciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, enfatizamos que es muy importante comprender cómo distinguir los diferentes signos de advertencia que pueden indicar consecuencias negativas para el paciente después del cateterismo vesical, como, por ejemplo, una infección. Durante un procedimiento de ”sondaje vesical”, el auxiliar de enfermería

y los demás profesionales que colaboran en la técnica deben tratar de mantener al paciente lo más tranquilo posible durante todo el procedimiento, haciendo de esto una prioridad.
El TCAE se asegurará de que el paciente tenga privacidad, correcta asepsia e inserción de los tubos y, lo que es más importante, el confort del paciente antes, durante y después de la realización del cateterismo.

6 Bibliografía

1. Revista Médica y de Enfermería Ocronos. El técnico en cuidados Auxiliares de enfermería ante La Infección urinaria de Pacientes portadores de sonda vesical [Internet]. Disponible en: https://revistamedica.com/tecnico-en-cuidadosauxiliares-de-enfermeria-infeccion-urinaria-sonda-vesical/.

Capítulo 116

INTRODUCCIÓN AL CUIDADO DE LA SALUD Y ROL DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MARIA DEL OLMO CASTILLO

MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ

CRISTINA CANO PÉREZ

MADAY SIMÓN RISOTO

ANA MARIA TENDERO PICAZO

1 Introducción

El cuidado de la salud es un pilar fundamental en cualquier sociedad, ya que asegura el bienestar y la calidad de vida de las personas. Dentro de este crucial campo, los profesionales de la enfermería desempeñan un papel esencial, ya que son los encargados de brindar atención directa y personalizada a los pacientes en diferentes entornos de atención médica. En este contexto, los técnicos auxiliares de enfermería juegan un rol fundamental, siendo piezas clave en el equipo de salud al colaborar estrechamente con enfermeros y médicos en la prestación de servicios asistenciales.

Este trabajo tiene como objetivo profundizar en el rol del técnico auxiliar de enfermería y su valiosa contribución al cuidado de la salud. Analizaremos su formación, responsabilidades y las competencias que desarrollan para garantizar

una atención integral y humanizada a los pacientes. Asimismo, exploraremos cómo su labor influye en la optimización de los recursos sanitarios y en la mejora del sistema de salud en general.
A lo largo de este estudio, se destacará la importancia de la colaboración y la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud, enfocándonos en cómo los técnicos auxiliares de enfermería trabajan en conjunto con otros profesionales para proporcionar una atención eficiente y segura. También se abordarán los desafíos y oportunidades que enfrentan estos profesionales en el entorno sanitario actual, donde el cambio constante y la demanda creciente de servicios de salud requieren adaptabilidad y habilidades específicas.
En definitiva, este trabajo aspira a reconocer y valorar el valioso papel que desempeñan los técnicos auxiliares de enfermería en el cuidado de la salud, destacando su dedicación y compromiso con el bienestar de los pacientes. Además, se resaltarán las ventajas de contar con un equipo de salud diverso y cohesionado, en el que cada miembro aporta sus conocimientos y habilidades para lograr un objetivo común: brindar una atención médica óptima y de calidad a quienes más lo necesitan.

2 Objetivos

1. Analizar el perfil y las competencias del técnico auxiliar de enfermería.
2. Evaluar la importancia del rol del técnico auxiliar de enfermería en el equipo de salud.
3. Identificar los desafíos y oportunidades en la práctica del técnico auxiliar de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 contribuirán a una comprensión más profunda y holística de este tema. Al aplicar la metodología, se han recogido los siguientes resultados:

1. Perfil y competencias del técnico auxiliar de enfermería: Se ha implementado una descripción detallada del perfil profesional del técnico auxiliar de enfermería, incluyendo sus habilidades, conocimientos y responsabilidades específicas. Esto ha permitido dibujar una comprensión clara de su rol en el equipo de salud y su contribución al cuidado de los pacientes.
2. Importancia del rol del técnico auxiliar de enfermería: Los resultados destacan cómo la colaboración del técnico auxiliar de enfermería con otros profesionales de la salud mejora la calidad y eficiencia de la atención médica. Se han identificado ejemplos concretos de su participación en la prestación de servicios asistenciales y cómo esto impacta positivamente en la experiencia del paciente.
3. Percepciones de pacientes y familiares: A través de las encuestas y entrevistas, se han logrado percepciones valiosas de los pacientes y sus familiares sobre la atención recibida por parte de los técnicos auxiliares de enfermería. Estos resultados han proporcionado información sobre la importancia de la relación entre el técnico auxiliar de enfermería y el paciente en el proceso de atención.
4. Comparación internacional: Al analizar el rol del técnico auxiliar de enfermería en diferentes países o regiones, se han identificado variaciones en términos de formación, funciones y reconocimiento. Estos resultados nos han permitido comprender mejor las diferencias culturales y sistémicas que influyen en el desarrollo de esta profesión.
5. Análisis FODA y recomendaciones: El análisis FODA revela las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas asociadas al rol del técnico auxiliar de enfermería en el contexto actual. A partir de estos resultados, se formulan recomendaciones concretas para mejorar la formación, reconocimiento y colaboración de estos profesionales en el sistema de salud.
6. Caso de estudio: La presentación de un caso de estudio real ha resaltado cómo los técnicos auxiliares de enfermería han influido positivamente en la atención médica en situaciones específicas, lo que respaldará aún más la importancia de su papel.

En conjunto, estos resultados brindan una visión completa y basada en evidencia sobre el rol del técnico auxiliar de enfermería en el cuidado de la salud. La información recopilada permite comprender su impacto en la atención médica, identificar áreas de mejora y proponer estrategias para fortalecer su contribución

en el sistema de salud.

5 Discusión-Conclusión

Este trabajo revela una perspectiva integral y profunda sobre la importancia y el impacto de estos profesionales en el sistema de atención médica. Los resultados obtenidos a través de la metodología empleada han permitido arrojar luz sobre diversos aspectos clave que rodean al técnico auxiliar de enfermería.

En primer lugar, el perfil y las competencias del técnico auxiliar de enfermería han quedado claramente definidos. Se ha demostrado que estos profesionales poseen una formación especializada que los habilita para brindar atención directa y personalizada a los pacientes, contribuyendo así a la optimización de los servicios asistenciales. Su capacidad para trabajar en estrecha colaboración con enfermeros, médicos y otros miembros del equipo de salud los convierte en una pieza esencial en el cuidado integral del paciente.

Los resultados también han resaltado la importancia del rol del técnico auxiliar de enfermería en el equipo de salud. La colaboración de estos profesionales se traduce en una atención médica más eficiente y efectiva, donde cada miembro del equipo aporta sus habilidades y conocimientos para el beneficio del paciente. Además, las percepciones de los pacientes y sus familiares han revelado la relevancia de la relación cercana y compasiva que se establece entre el técnico auxiliar de enfermería y el paciente, lo que influye positivamente en la experiencia de atención.

La comparación internacional ha permitido identificar variaciones significativas en el reconocimiento y desarrollo del técnico auxiliar de enfermería en diferentes países. Estas diferencias reflejan la influencia de factores culturales y sistémicos en la evolución de esta profesión. Estos resultados son una llamada de atención para que los responsables de la planificación de la salud en cada país consideren la relevancia de estos profesionales en la atención médica y valoren su aporte en el sistema sanitario.

El análisis FODA ha mostrado las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas asociadas al rol del técnico auxiliar de enfermería. Este análisis proporciona una visión crítica del estado actual de la profesión y plantea recomendaciones prácticas para mejorar su formación, reconocimiento y colaboración con otros profesionales de la salud. Estas recomendaciones pueden guiar futuras acciones para fortalecer el papel del técnico auxiliar de enfermería y maximizar su impacto en la atención médica.

En conclusión, los resultados de este trabajo han demostrado que los técnicos

auxiliares de enfermería desempeñan un rol capital en el cuidado de la salud y en la optimización del sistema de atención médica. Su formación, competencias y colaboración en el equipo de salud contribuyen a una atención integral y humanizada para los pacientes. Sin embargo, también se ha identificado la necesidad de mejorar su reconocimiento y desarrollo profesional en ciertos contextos.
Es imprescindible que los responsables de la salud, tanto a nivel nacional como internacional, valoren y apoyen el papel del técnico auxiliar de enfermería, proporcionando oportunidades de formación y desarrollo profesional. Solo así se logrará maximizar el potencial de estos profesionales y garantizar una atención médica de calidad y centrada en el paciente. El reconocimiento y empoderamiento del técnico auxiliar de enfermería son fundamentales para el logro de sistemas de salud más eficientes y humanizados, capaces de satisfacer las necesidades cambiantes de la sociedad en materia de cuidado de la salud.

6 Bibliografía

1. Manual del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, ISBN9788414261552, editorial MAD.
2. Fundamentos de enfermería, Potter, Patricia y otros ISBN 9780323011419.
3. Enfermería clínica: Cuidados básicos del adulto hospitalizado - Francisco J. García López, ISBN 9788436262855.

Capítulo 117

CUIDADOS BÁSICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): HIGIENE Y MONITORIZACIÓN DE PACIENTES

MARIA DEL OLMO CASTILLO

MADAY SIMÓN RISOTO

MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ

CRISTINA CANO PÉREZ

ANA MARIA TENDERO PICAZO

1 Introducción

El cuidado de la salud es una tarea multidimensional que requiere el trabajo coordinado de diversos profesionales, y dentro de este equipo, los Técnicos Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en la prestación de cuidados básicos y esenciales a los pacientes. En particular, su labor en la higiene y monitorización de pacientes es vital para garantizar un ambiente seguro, confortable y propicio para la recuperación y bienestar de quienes reciben atención médica.

En esta introducción, exploraremos la relevancia y el impacto del trabajo de los TCAE en los cuidados básicos, centrándonos específicamente en dos áreas específicas: la higiene y la monitorización de pacientes. La higiene, entendida como la

aplicación de prácticas y procedimientos para mantener la limpieza y prevención de infecciones, constituye un pilar esencial en la atención de los enfermos. Por otro lado, la monitorización constante de los signos vitales y otras variables clínicas es esencial para identificar cambios en el estado de salud de los pacientes y brindar una respuesta oportuna a cualquier complicación.

En el desarrollo de esta exposición, se analizarán las responsabilidades específicas que los TCAE asumen en la higiene del paciente, destacando su papel en la movilización, aseo y cambio de ropa, así como en la prevención de infecciones hospitalarias. Asimismo, se ahondará en la importancia de una adecuada monitorización por parte de los TCAE, examinando la toma de signos vitales, el registro de datos y la detección de situaciones de riesgo que requieran la intervención del personal médico.

El abordaje de estos aspectos permitirá comprender el valioso aporte que los TCAE realizan en el cuidado básico de los pacientes, optimizando la calidad de atención y contribuyendo a la mejora de los resultados clínicos. Asimismo, se resaltará el impacto positivo que su trabajo tiene en la experiencia de los pacientes, al proporcionar un ambiente de cuidado que fomenta la confianza y seguridad durante su estancia en el centro de salud.

Así, esta introducción sienta las bases para explorar en detalle el rol fundamental de los Técnicos Auxiliares de Enfermería en la higiene y monitorización de pacientes. Su dedicación y compromiso en estas tareas básicas refuerzan el andamiaje de los cuidados de salud, asegurando que los pacientes reciban una atención integral, humanizada y centrada en su bienestar.

2 Objetivos

1. Analizar el papel de los Técnicos Auxiliares de Enfermería en la higiene y cuidados básicos de los pacientes.
2. Evaluar la importancia de la monitorización realizada por los Técnicos Auxiliares de Enfermería.
3. Destacar el impacto de los cuidados básicos proporcionados por los Técnicos Auxiliares de Enfermería en la experiencia 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 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 través de la metodología empleada se han obtenido conclusiones importantes que destacan el papel baladí que desempeñan estos profesionales en la atención médica. A continuación, se presentan algunos de los principales resultados obtenidos:

Rol esencial en la higiene y cuidados básicos: Los resultados han revelado que los Técnicos Auxiliares de Enfermería asumen responsabilidades fundamentales en la higiene y cuidados básicos de los pacientes. Su participación activa en tareas como el baño, cambio de ropa, movilización y prevención de infecciones ha demostrado ser esencial para mantener la comodidad y bienestar de los enfermos durante su estancia en el centro de salud.

Contribución a la monitorización y detección temprana de cambios clínicos: Los datos han evidenciado que los Técnicos Auxiliares de Enfermería desempeñan un rol significativo en la monitorización de los pacientes, tomando con precisión los signos vitales y registrando datos clínicos relevantes. Esta monitorización constante permite detectar de manera temprana cambios en el estado de salud de los pacientes, lo que facilita la intervención oportuna del personal médico ante situaciones de riesgo.

Impacto positivo en la experiencia del paciente: Los resultados han resaltado cómo el trabajo dedicado y atento de los Técnicos Auxiliares de Enfermería en los cuidados básicos contribuye a mejorar la experiencia del paciente en el entorno hospitalario. Su enfoque empático y humanizado crea un ambiente de cuidado que fomenta la confianza y seguridad, proporcionando un ambiente propicio para la recuperación y bienestar emocional de los pacientes.

Reconocimiento de su aporte en el equipo de salud: Los datos han puesto de manifiesto la relevancia del trabajo de los Técnicos Auxiliares de Enfermería en el equipo de salud. Su dedicación y compromiso en los cuidados básicos han sido valorados tanto por los pacientes como por otros profesionales de la salud, y se ha reconocido su contribución para optimizar la calidad de atención en el ámbito hospitalario.

Los resultados de este trabajo han destacado el papel trascendental de los Técnicos Auxiliares de Enfermería en la higiene y monitorización de pacientes. Su participación activa en los cuidados básicos es esencial para garantizar una atención médica integral, humanizada y de calidad. Los hallazgos obtenidos respaldan la

importancia de reconocer y valorar su labor en el equipo de salud, y proporcionan recomendaciones prácticas para promover su formación continua y excelencia en la prestación de cuidados básicos en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo se ha resaltado el papel fundamental de los TCAE en los cuidados básicos de higiene y monitorización de pacientes en el entorno hospitalario. Su participación activa en la higiene, aseo y prevención de infecciones ha demostrado ser esencial para mantener la comodidad y bienestar de los enfermos durante su estancia en el centro de salud. Asimismo, su dedicación en la monitorización constante de los signos vitales y otros datos clínicos ha permitido detectar cambios en el estado de salud de los pacientes, posibilitando una respuesta temprana y una atención oportuna frente a situaciones de riesgo.

La relevancia del trabajo de los TCAE en la higiene y cuidados básicos se refleja en el impacto positivo que tiene en la experiencia del paciente. El enfoque empático y humanizado con el que realizan estas tareas crea un ambiente de cuidado que fomenta la confianza y seguridad del paciente, contribuyendo a su bienestar emocional y físico durante el proceso de atención médica. La calidez y atención dedicada de los TCAE hacia los pacientes no solo influyen en su percepción de la calidad de la atención, sino que también pueden tener efectos beneficiosos en la recuperación y adherencia al tratamiento.

La monitorización constante llevada a cabo por los TCAE ha demostrado ser una herramienta valiosa para la detección temprana de cambios en la condición de los pacientes. La toma precisa de signos vitales y el registro adecuado de datos clínicos son vitales para identificar posibles complicaciones y permitir una intervención oportuna del personal médico. La monitorización continua de los pacientes también facilita la identificación de patrones y tendencias en su estado de salud, lo que puede contribuir a la toma de decisiones clínicas informadas y mejoras en la calidad de atención.

La participación activa de los TCAE en los cuidados básicos y la monitorización de pacientes es un reflejo de su aporte significativo en el equipo de salud. Su trabajo colaborativo y coordinado con otros profesionales del área de la salud permite una atención integral y multidisciplinaria, donde cada miembro del equipo contribuye con sus habilidades y conocimientos para el beneficio del paciente. Los TCAE han sido reconocidos por su dedicación y compromiso en el cuidado de los enfermos, y su aporte es valorado tanto por los pacientes como por sus colegas en el ámbito sanitario.

A pesar de su relevancia, es importante destacar que los TCAE también enfrentan desafíos en su labor. La carga de trabajo, la necesidad de actualizarse constantemente en prácticas y procedimientos, así como la importancia de mantener un enfoque centrado en el paciente, son aspectos que requieren una atención continua para garantizar la calidad y seguridad en la prestación de cuidados básicos.
Concluyendo, este trabajo ha evidenciado la importancia y el impacto del papel de los Técnicos Auxiliares de Enfermería en los cuidados básicos de higiene y monitorización de pacientes. Su participación activa en la higiene, aseo y prevención de infecciones es esencial para mantener la comodidad y bienestar de los pacientes durante su estancia en el centro de salud. Además, su dedicación en la monitorización constante de los signos vitales y otros datos clínicos ha permitido detectar cambios en el estado de salud de los pacientes, posibilitando una respuesta temprana y una atención oportuna ante situaciones de riesgo.
El trabajo empático y humano de los TCAE en la atención al paciente ha demostrado tener un impacto positivo en la experiencia del paciente, proporcionando un ambiente de cuidado que fomenta la confianza y seguridad durante su proceso de atención médica. Su participación activa en los cuidados básicos y la monitorización contribuye a una atención integral y multidisciplinaria, optimizando la calidad de la atención médica.
Sin embargo, se destaca la importancia de abordar los desafíos que enfrentan los TCAE en su labor, como la carga de trabajo y la necesidad de actualizarse constantemente en prácticas y procedimientos. Garantizar su formación continua y reconocer su contribución en el equipo de salud son aspectos esenciales para fortalecer y valorar adecuadamente su trabajo.
En resumen, los Técnicos Auxiliares de Enfermería desempeñan un rol fundamental en los cuidados básicos de higiene y monitorización de pacientes. Su dedicación y compromiso en esta labor son fundamentales para garantizar una atención médica integral, humanizada y de calidad. La valoración y reconocimiento adecuado de su labor en el equipo de salud son fundamentales para maximizar su impacto positivo en el cuidado de los pacientes y en el sistema de atención médica en general.

6 Bibliografía

1. Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Temario Parte Específica. Volumen II - Editorial CEP. ISBN: 978-8414221778.
2. Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL). Test - Editorial MAD. ISBN: 978-8414211618.

3. Cuidados Auxiliares de Enfermería. Ciclo Formativo de Grado Medio - Editorial Paraninfo. ISBN: 978-8428339789.
4. Cuidados Auxiliares de Enfermería en Geriatría - Editorial Formación Alcalá. ISBN: 978-8413238021.
5. Cuidados Auxiliares de Enfermería al Paciente Terminal - Editorial IC Editorial. ISBN: 978-8418228380.

Capítulo 118

ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES PARA TÉCNICOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA DEL OLMO CASTILLO

CRISTINA CANO PÉREZ

MADAY SIMÓN RISOTO

ANA MARIA TENDERO PICAZO

MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ

1 Introducción

La inversión en la seguridad y prevención de accidentes en el ámbito de los Técnicos Auxiliares de Enfermería (TCAE) es de vital importancia para garantizar una atención médica de calidad y segura para los pacientes. Los TCAE, como piezas clave del equipo de salud, desempeñan un papel fundamental en el cuidado y bienestar de los enfermos, y su implicación en prácticas seguras y medidas preventivas es esencial para minimizar riesgos y promover la excelencia en la prestación de servicios de salud.

Esta introducción se centrará en analizar la relevancia de la seguridad y prevención de accidentes en el desempeño de los TCAE, destacando la importancia de

seguir la legislación y normativas relacionadas para garantizar la protección de pacientes, personal médico y entorno hospitalario.
El trabajo explorará cómo los TCAE deben adoptar una mentalidad proactiva en la identificación y prevención de situaciones de riesgo, implementando estrategias y protocolos para evitar accidentes y errores en el cuidado de los pacientes. Se enfocará en cómo su formación, experiencia y responsabilidad ética son fundamentales para salvaguardar la seguridad de los pacientes y mantener la integridad del entorno de atención médica.
Además, este trabajo abordará la legislación y normativas vigentes que regulan la seguridad y prevención de accidentes en el ámbito de la enfermería y los cuidados de salud. Se analizarán leyes y reglamentos específicos que exigen la adopción de medidas preventivas, así como las consecuencias de no cumplir con estas normas. La identificación de la legislación relacionada permitirá comprender cómo los TCAE deben ajustar sus prácticas para garantizar el cumplimiento de los estándares establecidos y proteger la seguridad de los pacientes y del personal.
En resumen, este trabajo sobre el énfasis en la seguridad y prevención de accidentes para los TCAE destaca la importancia de adoptar medidas preventivas y seguir la legislación relacionada para garantizar una atención médica segura y de calidad. La labor proactiva de los TCAE en la prevención de riesgos es esencial para mantener la integridad del entorno de salud y proteger la seguridad de pacientes y personal médico. El conocimiento de la legislación relevante proporciona un marco normativo para guiar las prácticas de los TCAE y promover una cultura de seguridad en el ámbito de la atención médica.

2 Objetivos

1. Analizar la importancia de la seguridad y prevención de accidentes en el rol de los TCAE.
2. Evaluar la formación y competencias necesarias para una atención segura por parte de los TCAE.
3. Examinar la legislación y normativas relevantes en la seguridad y prevención de accidentes para 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

Los resultados obtenidos en este trabajo sobre la seguridad y prevención de accidentes para los TCAE han arrojado una visión integral y esclarecedora sobre la importancia de este aspecto único en la atención médica. A través de la metodología de investigación mixta utilizada, que combinó ángulos cualitativos y cuantitativos, se ha logrado obtener datos detallados y variados, proporcionando una comprensión profunda y fundamentada sobre el tema.

En el prisma cualitativo, las entrevistas con Técnicos Auxiliares de Enfermería en ejercicio y otros profesionales del área de la salud revelaron percepciones y experiencias valiosas en relación con la seguridad y prevención de accidentes. Los resultados mostraron que los TCAE reconocen la importancia crítica de mantener altos estándares de seguridad en su práctica diaria. Los entrevistados enfatizaron la necesidad de ser proactivos en la identificación y prevención de riesgos potenciales, lo que incluye la adopción de protocolos de seguridad y la promoción de una cultura de seguridad en el entorno hospitalario.

Además, se destacó la relevancia de la formación continua y el desarrollo de competencias específicas en seguridad para fortalecer su capacidad para abordar situaciones de riesgo. Los TCAE expresaron la importancia de sentirse empoderados y capacitados para tomar decisiones seguras y oportunas en su práctica, lo que les permitiría contribuir significativamente a la prevención de accidentes y la mejora de la calidad de atención.

En el criterio cuantitativo, el análisis de datos objetivos relacionados con registros de incidentes y accidentes en el entorno de atención médica proporcionó información numérica relevante. Los resultados mostraron que, si bien los accidentes en los que están involucrados los TCAE son relativamente bajos en frecuencia, existen áreas de mejora identificadas. Los datos resaltaron la importancia de seguir protocolos y prácticas seguras en tareas como la movilización de pacientes, el manejo de equipos médicos y la administración de medicamentos.

Una de las principales conclusiones que surgieron de los resultados es que en la seguridad y prevención de accidentes es un esfuerzo conjunto y multidisciplinario en el entorno de atención médica. Los TCAE reconocen la necesidad de trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para promover una cultura de seguridad y mejorar la comunicación y coordinación en la prevención de riesgos.

En resumen, los resultados de este trabajo han destacado que los Técnicos Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel esencial en la seguridad y prevención de accidentes en el entorno de atención médica. Su participación activa y proactiva en la identificación y gestión de situaciones de riesgo es fundamental para garantizar una atención médica segura y de calidad. La combinación de planteamientos cualitativos y cuantitativos ha permitido obtener una visión completa y equilibrada del tema, proporcionando una base sólida para la formulación de recomendaciones y estrategias para fortalecer la seguridad y prevención de accidentes en la práctica de los TCAE.

5 Discusión-Conclusión

El desarrollo de este trabajo sobre la seguridad y prevención de accidentes para los TCAE ha proporcionado una visión profunda y amplia sobre la importancia crítica de este aspecto en el ámbito de la atención médica. Los resultados obtenidos a través de la metodología de investigación mixta han destacado el rol esencial que desempeñan los TCAE en la garantía de una atención segura y de calidad para los pacientes.

En el prisma cualitativo, las entrevistas con TCAE en ejercicio y otros profesionales de la salud han revelado su compromiso y reconocimiento de la importancia de mantener altos estándares de seguridad en su práctica diaria. La cultura de seguridad se ha destacado como una prioridad en la mente de los TCAE, quienes han expresado la necesidad de ser proactivos en la identificación y prevención de riesgos potenciales. Los testimonios han dejado claro que los TCAE consideran su responsabilidad ética garantizar la seguridad de los pacientes y proteger el bienestar del equipo de salud.

Así mismo, la formación continua y el desarrollo de competencias específicas en seguridad han sido reconocidos como elementos clave para mejorar la capacidad de los TCAE en la prevención de accidentes. Los entrevistados han enfatizado la importancia de sentirse empoderados y capacitados para tomar decisiones seguras y oportunas en su práctica. La formación en seguridad se ha considerado como una inversión necesaria para fortalecer su contribución a la prevención de riesgos y la mejora de la calidad de atención.

Por otro lado, el abordaje cuantitativo ha proporcionado datos numéricos que respaldan la importancia de seguir protocolos y prácticas seguras en la práctica de los TCAE. Si bien los accidentes en los que están involucrados los TCAE son relativamente bajos en frecuencia, los datos han revelado áreas de mejora identificadas, especialmente relacionadas con tareas como la movilización de pacientes

y el manejo de equipos médicos. Estos datos cuantitativos refuerzan la relevancia de mantener un plano proactivo en la prevención de accidentes para asegurar una atención médica segura y efectiva.

En la discusión, se ha puesto de manifiesto que el énfasis en la seguridad y prevención de accidentes es un esfuerzo conjunto y multidisciplinario en el entorno de atención médica. Los TCAE han reconocido la necesidad de trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud para promover una cultura de seguridad y mejorar la comunicación y coordinación en la prevención de riesgos. La colaboración y la comunicación efectiva entre todos los miembros del equipo de salud son fundamentales para garantizar una atención médica segura y de calidad para los pacientes.

En conclusión, este trabajo ha resaltado la importancia de la seguridad y prevención de accidentes para los Técnicos Auxiliares de Enfermería. Los resultados obtenidos a través de una metodología de investigación mixta han demostrado que los TCAE desempeñan un papel esencial en la garantía de una atención médica segura y de calidad.

Tanto en el sentido cualitativo como en el cuantitativo, los TCAE han mostrado un fuerte compromiso con la seguridad de los pacientes y el bienestar del equipo de salud. Han reconocido la necesidad de ser proactivos en la identificación y prevención de riesgos potenciales, y han enfatizado la importancia de la formación continua en seguridad para fortalecer su capacidad en la prevención de accidentes.

Los resultados cuantitativos han respaldado la relevancia de seguir protocolos y prácticas seguras en la práctica de los TCAE. Estos datos numéricos reafirman la importancia de mantener un enfoque proactivo en la prevención de accidentes para garantizar una atención médica segura y efectiva.

En última instancia, se ha destacado que en la seguridad y prevención de accidentes es un esfuerzo conjunto y multidisciplinario en el entorno de atención médica. Los TCAE han reconocido la necesidad de trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud para promover una cultura de seguridad y mejorar la comunicación y coordinación en la prevención de riesgos.

En resumen, este trabajo proporciona una base sólida para la formulación de recomendaciones y estrategias para fortalecer la seguridad y prevención de accidentes en la práctica de los TCAE. La dedicación y compromiso de los TCAE en este aspecto son fundamentales para garantizar una atención médica segura y de calidad, contribuyendo a una experiencia positiva y confiable para los pacientes en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 374/2001, de 6 de abril, sobre la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo.
2. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores.
3. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL).
4. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
5. Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención.

Capítulo 119

EL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DENOMINADO ANOREXIA NERVIOSA Y LA ASISTENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

JADWIGA MARÍA SAK

1 Introducción

Este tipo de anorexia nerviosa junto con la bulimia forman parte de los trastornos que afectan a la conducta alimentaria. Se diferencian en que la anorexia nerviosa se caracteriza porque la persona rechaza los alimentos y tienen un temor excesivo a engordar conllevando graves problemas de salud como desnutrición, deshidratación, ausencia del periodo menstrual… pero, sin embargo, la bulimia es que la persona adopta métodos purgativos como diuréticos, laxantes, se autoprovoca el vómito para evitar engordar debido al temor.

La anorexia nerviosa viene influenciada por una distorsión de la imagen autopersonal, pensando que tiene un peso excesivo cuando en realidad está demasiado delgado o delgada. Suele ser frecuente en adolescentes.

También hay otros tipos de trastornos de la conducta alimentaria como puede ser la anorexia, la bulimia, el trastorno por atracón excesivo. Cada uno de ellos presenta unos signos y síntomas similares pero entre ellos se diferencian porque

no son iguales. Para ello contamos con un equipo de profesionales en salud mental formados y preparados para brindarnos este tipo de atención y poder lograr una mejoría siempre y cuando nosotros también intentemos ayudarnos un poco a nosotros mismos, porque si no ponemos un poco de nuestra parte, será más difícil.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo de libro, es conocer como debe de ser el trato por parte del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.
Son metodologías que ponen énfasis en la articulación de las problemáticas que aparecen como aisladas en las comunidades, pero que tienen relaciones causales entre ellas.

4 Resultados

A continuación, veremos la clasificación de los tipos de anorexia nerviosa teniendo en cuenta si el paciente adquiere métodos purgativos o no:
-Anorexia restrictiva: la persona realiza actividad física en exceso de forma descontrolada y también lo complementa con dieta estricta. No usa métodos purgativos.
- Anorexia con alimentación descontrolada: aparte de realizar dieta estricta y ejercicio físico en exceso, estas personas se provocan el vómito, o consumen laxantes como diuréticos.
Un estudio comprobado por los especialistas y científicos, se obtuvieron los siguientes resultados:
- Las niñas que padecen este tipo de trastorno, tienen buena relación con su familia principalmente con la madre.
- Estas personas pudieron ser víctimas de abusos sexuales o físicos.

- Algún familiar que haya sido alcohólico.
- Las personas con comportamientos más compulsivos son más vulnerables de ser alcohólicos o tener pensamientos suicidas.

Los principales síntomas para poder diagnosticar la anorexia nerviosa son:
- Delgadez excesiva, con negación a aumentar el índice de masa corporal.
- Gran miedo a subir de peso porque se ven gordos.
- Preocupación y ansiedad excesiva por aumentar de peso y por como se ve ante los demás su físico.

Esto a la larga puede causarles episodios de ansiedad y depresión que debe de ser tratado por su psicólogo o psiquiatra.

El tratamiento frente a esta enfermedad, puede ser mediante psicoterapia, medicamentos.

El trato del TCAE hacia este tipo de personas debe de ser lo más amable posible, generoso, con empatía, con cariño, siendo comprensivo con el paciente y sus familiares, brindándole todo el apoyo o ayuda que necesite para que se sienta lo más cómodo y seguro posible, mantener conversaciones con él pero tampoco contemplarle de manera excesiva, ni mentirle con cosas que no son verdad, siempre debemos de ser sinceros con ellos.

5 Discusión-Conclusión

Para cerrar este capítulo de libro sobre la anorexia nerviosa, debemos de ser conscientes toda la población, que debido a los medios de comunicación por idealizar la figura de las modelos de televisión como la perfección y la belleza máxima o que las personas que realizan criticas a otras por su físico, no son conscientes que no todas las personas son igual mentalmente y puede afectarles mucho más que a otra persona por lo que con esto, incrementan que el número de casos de trastornos de la conducta alimentaria, cada día sea mayor.

Por eso, debemos de tener delicadeza a la hora de tratar con las personas, porque todos no somos iguales y nadie es perfecto.

6 Bibliografía

1- La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2023-08-06]. 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=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>.
accedido en 06 agosto 2023.

Capítulo 120

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU TRABAJO SANITARIO EN EL ÁREA ONCOLÓGICA HOSPITALARIA

ÁFRICA ARCOS ESPEJO

MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA

MARIA ROSA FAURA ROMERO

NOELIA TERUEL MONTAÑEZ

BÁRBARA CARRASCO ROJO

1 Introducción

El cáncer es una enfermedad que afecta a millones de personas en todo el mundo, y el tratamiento oncológico representa un desafío tanto para los pacientes como para sus familias. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel vital en el área oncológica hospitalaria, proporcionando un apoyo integral y compasivo a los pacientes que enfrentan esta difícil situación. El trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el área oncológica hospitalaria es de suma importancia para proporcionar una atención integral y compasiva a los pacientes que enfrentan el desafiante diagnóstico y tratamiento del cáncer. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un rol esencial como parte del equipo

de salud, brindando cuidados especializados y apoyo emocional a los pacientes y sus familias durante todo su proceso oncológico. El TCAE trabaja en estrecha colaboración con el equipo de salud, brindando cuidados especializados y asistencia en diversos procedimientos, desde la administración de medicamentos hasta el control de los efectos secundarios del tratamiento. Asimismo, resaltaremos la importancia del apoyo emocional proporcionado por el TCAE, cuya presencia compasiva y cercana es crucial para brindar tranquilidad y esperanza a los pacientes durante su lucha contra el cáncer.

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 ejercen desde los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el trabajo en la planta de oncología.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el desempeño de las labores oncológicas.

3 Metodología

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 y Google Académico. Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 15 artículos, seleccionados finalmente 10 artículos.
La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: ("oncology plant" OR oncology) AND ("nursing assistant" OR tcae OR "nursing Assistants").

4 Resultados

Se describen algunas de las funciones y responsabilidades que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería realiza en el área oncológica hospitalaria:
• Asistencia en tratamientos: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería colabora en la asistencia a los pacientes durante los tratamientos oncológicos, como

quimioterapia y radioterapia, asegurando la comodidad del paciente y siguiendo las indicaciones del personal de enfermería y médico.
• Cuidados de enfermería: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede realizar diversas tareas de cuidados de enfermería, como la toma y registro de signos vitales, la administración de medicamentos orales y el control de los efectos secundarios de los tratamientos.
• Apoyo emocional: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería brinda un apoyo emocional valioso a los pacientes y sus familias, escuchando sus preocupaciones y brindando palabras de aliento durante todo el proceso oncológico.
• Asistencia en procedimientos: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede asistir en la preparación y apoyo durante procedimientos médicos, como biopsias, punciones y extracciones de sangre.
• Cuidado y prevención de complicaciones: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería colabora en el cuidado y prevención de complicaciones relacionadas con el tratamiento oncológico, como la prevención de infecciones y el cuidado de heridas.
• Mantenimiento del entorno: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería asegura que el entorno del paciente esté limpio y ordenado, contribuyendo a un ambiente adecuado para la recuperación y bienestar del paciente.
• Colaboración con el equipo de salud: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería, médicos y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada para los pacientes oncológicos.
Desde la asistencia durante los tratamientos hasta el apoyo emocional, analizaremos las funciones esenciales que el TCAE desempeña para garantizar la comodidad, seguridad y bienestar de los pacientes y sus familias durante todo el proceso oncológico.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del TCAE en el área oncológica hospitalaria requiere empatía, sensibilidad y profesionalismo, ya que los pacientes pueden estar enfrentando una situación emocionalmente compleja y físicamente exigente. Su dedicación y cuidado compasivo contribuyen a crear un ambiente de apoyo y contención para los pacientes y sus familias, siendo un pilar fundamental en el proceso de atención y recuperación en el ámbito oncológico hospitalario. El trabajo del TCAE en el área oncológica hospitalaria es una muestra del compromiso y profesionalismo de estos valiosos miembros del equipo de salud. Su dedicación y cuidado

compasivo marcan una diferencia significativa en la experiencia de los pacientes y sus familias en este momento tan desafiante. Al entender la importancia de su labor, podremos apreciar el impacto positivo que el TCAE tiene en la vida de aquellos que enfrentan la enfermedad, ofreciendo un apoyo esencial y cálido en el proceso oncológico hospitalario.

6 Bibliografía

1. Notario-Pacheco B, Solera-Martínez M, Serrano-Parra MD, Bartolomé-Gutiérrez R, García-Campayo J, Martínez-Vizcaíno V. Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CDRISC) in young adults. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2011;9(1):63. Available from: http://www.hqlo.com/content/9/1/63
2. Wong PT, Reker GT, Gesser G. Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In: Neimeyer RA, editor. Death Anxiety Handbook Research, Instrumentation, and Application. Washington, DC: Taylor & Francis; 1994. p. 121–48.
3. Schmidt-Riovalle J. Validación de la versión española de la Escala de Bungen de Afrontamiento de la Muerte y del Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte: Estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención [Internet]. Univerdidad de Granada: Granada; 2007. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1041610200006906
4. McCrae RR, Costa, Jr. PT. Brief Version of the NEO-PI-3. J Individ Differ [Internet]. 2007;28(3):116–28. Available from: http://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1614-0001.28.3.116
5. Cordero A, Pamós A, Seisdedos N. Inventario de Personalidad Neo Revisado (NEO PI-R). MAdrid: TEA ediciones; 2008.
6. Flinton DM, Cherry P, Thorne R, Mannion L, O´Sullivan C, Khine R. Compassion satisfaction and fatigue: An investigation into levels being reported by radiotherapy students. J Radiother Pract. 2018;17(4):364–7.

Capítulo 121

LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ÁFRICA ARCOS ESPEJO

BÁRBARA CARRASCO ROJO

NOELIA TERUEL MONTAÑEZ

MARIA ROSA FAURA ROMERO

MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un espacio crucial en cualquier centro hospitalario, donde se brinda atención especializada a pacientes en estado crítico o con enfermedades graves. En este entorno, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel vital y complementario para asegurar una atención integral y de calidad a los pacientes que requieren cuidados intensivos. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería trabaja en estrecha colaboración con enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud, desempeñando una variedad de tareas esenciales para asegurar el bienestar y comodidad de los pacientes en la UCI. Resaltaremos la importancia de su labor en la

administración de medicamentos y el cuidado de heridas, así como su presencia reconfortante para brindar apoyo emocional tanto a los pacientes como a sus familiares. Los cuidados del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) son fundamentales para garantizar una atención integral y especializada a los pacientes que se encuentran en estado crítico o con enfermedades graves. En la UCI, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel crucial como miembro del equipo de salud, brindando apoyo y asistencia a los enfermeros y médicos en la atención y monitoreo constante 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 ejercen desde los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el desempeño laboral en la unidad de cuidados intensivos.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el trabajo en la unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de abril de 2023 y julio de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Google Académico.
Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 19 artículos, seleccionados finalmente 11 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.
La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“intensive care unit” OR uci OR icu) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

Se describen algunos de los cuidados y funciones que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería realiza en la Unidad de Cuidados Intensivos:
• Asistencia en procedimientos médicos: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería colabora en la preparación y apoyo durante procedimientos médicos, como la inserción de catéteres, toma de muestras sanguíneas y otros procedimientos invasivos.
• Control de signos vitales: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería toma y registra los signos vitales de los pacientes, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura, para ayudar al equipo de salud en la monitorización constante.
• Movilización y cuidado de pacientes críticos: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ayuda en la movilización y cuidado de los pacientes críticos, asegurando su comodidad y bienestar durante su estancia en la UCI.
• Cuidado de heridas y dispositivos médicos: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería colabora en el cuidado y cambio de apósitos y otros dispositivos médicos utilizados en el tratamiento de los pacientes.
• Asistencia en la higiene personal: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ayuda en la higiene personal de los pacientes, garantizando la limpieza y comodidad durante su estancia en la UCI.
• Administración de medicamentos: Bajo la supervisión del personal de enfermería o médico, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede asistir en la administración de medicamentos orales o tópicos a los pacientes.
• Apoyo emocional: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería brinda apoyo emocional a los pacientes y sus familiares, ofreciendo palabras de aliento y comprensión durante momentos difíciles.
• Mantenimiento del entorno: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se asegura de que el entorno de la UCI esté limpio y ordenado, contribuyendo a un ambiente adecuado para la recuperación de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Después de analizar los resultados obtenidos en nuestro trabajo podemos concluir que, el trabajo del TCAE en la Unidad de Cuidados Intensivos requiere habilidades técnicas, empatía y calma, ya que se enfrenta a situaciones críticas y desafiantes en la atención de los pacientes. Su presencia y colaboración cercana con el equipo de salud son esenciales para garantizar una atención de calidad

y segura en la UCI, brindando un cuidado integral que contribuye al bienestar y recuperación de los pacientes en estado crítico. Desde la asistencia en procedimientos médicos hasta el control de signos vitales y la asistencia en la higiene personal, analizaremos las funciones cruciales que el TCAE realiza para brindar un cuidado especializado y compasivo a los pacientes en estado crítico.

6 Bibliografía

1. Hermes C, Acevedo-Nuevo M, Berry A, Kjellgren T, Negro A, Massarotto P. Gaps in pain, agitation and delirium management in intensive care: Outputs from a nurse workshop. Intensive Crit Care Nurs. 2018;48:52—60.
2. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: A qualitative study. Med Health Care Philos. 2013;16:983—91.
3. Acevedo-Nuevo M, González-Gil MT, Romera-Ortega MÁ, Latorre-Marco I, Rodríguez-Huerta MD. The early diagnosis and management of mixed delirium in a patient placed on ECMO and with difficult sedation: A case report. Intensive Crit Care Nurs. 2018;44:110—4.
4. Hernández-Tejedor A, Penuelas ˜ O, Sirgo-Rodríguez G, LlompartPou J, Palencia-Herrejón E, Estella A, et al. Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Espanola ˜ de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Med Intensiva. 2017;41:285—305.
5. Balas MC, Vasilevskis EE, Burke WJ, Boehm L, Pun BT, Olsen KM, et al. Critical care nurses' role in implementing the ''ABCDE bundle'' into practice. Crit Care Nurse. 2012;32: 35—8, 40-7.

Capítulo 122

LOS CUIDADOS CON PACIENTES QUE SUFREN DE DEMENCIA O DÉFICIT COGNITIVO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ÁFRICA ARCOS ESPEJO

MARIA ROSA FAURA ROMERO

MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA

BÁRBARA CARRASCO ROJO

NOELIA TERUEL MONTAÑEZ

1 Introducción

La demencia y el déficit cognitivo representan condiciones médicas desafiantes que afectan la capacidad mental, la memoria y las habilidades diarias de quienes las padecen. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un rol fundamental al brindar cuidados compasivos y especializados a los pacientes que sufren de estas condiciones. Su presencia y habilidades son esenciales para garantizar un cuidado integral y respetuoso, mejorando la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes y sus familias.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería juega un papel central en la asistencia con actividades básicas de la vida diaria, brindando un apoyo cercano y fomentando la independencia en la medida de lo posible. También desempeña un rol importante en la prevención de accidentes y el control adecuado de medicamentos, colaborando con el equipo de salud para asegurar una atención segura y efectiva.
Los cuidados con pacientes que sufren de demencia o déficit cognitivo son de gran importancia y requieren una atención especializada y compasiva por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Estos pacientes enfrentan desafíos en su capacidad para recordar, razonar y realizar actividades diarias, lo que demanda una atención centrada en su bienestar físico y emocional.

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 ejercen desde los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el desempeño laboral con pacientes con demencia o déficit cognitivo.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el trabajo junto a pacientes con demencia y déficit cognitivo.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de mayo de 2023 y agosto de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo, PEDro y Google Académico.
Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 20 artículos, seleccionados finalmente 14 artículos.
La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“dementia patients” OR “senile dementia”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

Se describen los cuidados que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería brinda a pacientes con demencia o déficit cognitivo:
• Apoyo en actividades de la vida diaria: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería asiste a los pacientes con demencia en actividades básicas, como el aseo personal, alimentación, vestimenta y movilización, proporcionando apoyo y promoviendo la autonomía en la medida de lo posible.
• Prevención de accidentes: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería toma medidas para prevenir accidentes y caídas, asegurando un ambiente seguro para los pacientes con demencia y minimizando riesgos en su entorno.
• Comunicación efectiva: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería utiliza técnicas de comunicación adecuadas para interactuar con los pacientes, utilizando un lenguaje sencillo y comprensible, y mostrando paciencia y empatía en todo momento.
• Estimulación cognitiva: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede participar en actividades que estimulen las capacidades cognitivas del paciente, como juegos de memoria o ejercicios de atención.
• Control de medicamentos: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ayuda en la administración de medicamentos según las indicaciones del personal de enfermería o médico, garantizando una adherencia adecuada al tratamiento.
• Apoyo emocional: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería brinda apoyo emocional a los pacientes con demencia, generando un ambiente de calma y tranquilidad para reducir la ansiedad y la confusión.
• Comunicación con la familia: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede colaborar en informar a la familia sobre el estado y progreso del paciente, estableciendo una comunicación efectiva para garantizar una atención integral.
• Registro y documentación: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería mantiene un registro detallado de las actividades realizadas y de cualquier cambio relevante en el estado del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería con pacientes que sufren de demencia o déficit cognitivo requiere sensibilidad, paciencia y comprensión, ya que estos pacientes pueden presentar comportamientos desafiantes y cambios en su estado emocional. Su presencia compasiva y su capacidad para adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente son esenciales para

brindar una atención integral y de calidad, que mejore la calidad de vida y el bienestar de las personas que enfrentan esta condición.
La relevancia de la comunicación efectiva y la empatía en la interacción con pacientes con demencia, creando un ambiente de calma y comprensión que facilite su bienestar emocional.

6 Bibliografía

1. Figueroa, J., Bravo, D. y Guillen, R. (2019). Salud, esperanza y el coste de vida. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida, 3, 278-299. https://doi.org/10.35381/s.v.v3i6.322
2. Garre, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Revista de Neurología, 66(11), 377-386. https://doi.org/10.33588/rn.6611.2017519
3. Pérez, A. y Gonzales, S. (2016). La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. Neurología, 33(6), 378-384. https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.024
4. Pérez, Y., Turro, L., Mesa, R. y Turro, E. (2018). Peculiaridades del síndrome confusional agudo en el anciano. MEDISAN, 22(5), 543-550.
5. Lupoli, M., Levine, E. y Greenberg, A. (2018). Paternalistic lies. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 146, 31-50. https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2018.01.001
6. Mills, R., Jackman, L., Mahesh, M. y James, I. (2019). Key dimensions of therapeutic lies in dementia care: A new taxonomy. OBM Geriatrics, 3(1), 1-12. https://doi.org/10.21926/obm.geriatr.1901032

Capítulo 123

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO ESTERILIZACIÓN

EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO

ANA TERCERO ALFARO

SANDRA MELLINAS GARCIA

SONIA FAJARDO MELLINAS

ESMERALDA SEVILLA MORENO

1 Introducción

La esterilización es la destrucción de microorganismos o de sus formas de resistencia.
El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) tiene una labor importante en cuanto al correcto funcionamiento y puesta del material necesario que se lleva a cabo en el hospital.
Se encargará de realizar la esterilización adecuada del material para después usarlo y tiene gran responsabilidad ya que su mal manejo o uso puede acarrear graves consecuencias al paciente de salud.

La persona o personas se encargaran de esterilizar el material que luego será utilizado sobre todo en quirófano o instrumental que será manejado para diagnósticos o tratamientos porque estarán en su caso la mayoría en contacto con sangre y fluidos y se tiene que llevar especial cuidado con los microorganismos matando así cualquier forma de vida o reproducción de esos patógenos como no patógenos
La esterilización es el proceso capaz de eliminar toda forma de vida microbiana incluyendo también esporas microbianas mediante métodos físicos como pueden ser: a vapor y calor seco, los procedimientos químicos como pueden ser: líquidos o gaseosos o los métodos físico-químicos como pueden ser los que combinan gases y vapores a bajas temperaturas o el plasma como puede ser el peróxido de hidrógeno.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de esterilización.
- Entender la importancia de una correcta esterilización a nivel hospitalario.
- Evitar consecuencias producidas por una mal praxis.
- Proporcionar el material necesario para diagnosticar, tratar o cuidar, en perfectas condiciones de esterilización.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados se llevaran a cabo en el centro de esterilización para saber su correcta y puesta en marcha o utilización y se incluirán en los materiales e instrumentos unos indicadores de control que pueden ser: físicos, químicos y biológicos que nos permiten saber si la realización del ciclo de esterilización ha sido correcta
En el área sucia, el TCAE debe recibir, revisar, limpiar, secar, lubricar, clasificar y comprobar todo el material que recibe de los diferentes servicios del hospital.

las tareas que llevara a cabo las TCAE y en este orden será:
• Recepción del material y su posterior clasificación.
• Inspección y empaquetado.
• Proceso de esterilización.
• Comprobación.
• Almacenamiento del material limpio y estéril.
• Distribución.
El método de esterilización destruye todos los microorganismos viables presentes en un objeto o superficie, incluidas las esporas microbianas. para llevar bien a cabo y en correcta condiciones lleva un proceso para ello como es : recepción, clasificación, lavado, secado, inspección, preparación, empaque, exposición al método de esterilización , almacenamiento y distribución.
Con ello se quiere cumplir que los requisitos de eficiencia, seguridad y calidad ;y así estabilizar o mantener el proceso de la esterilización bajo control, evitando que se produzca una variabilidad excesiva; higienizar el instrumental; y preservar el material, recibir, custodiar y entregar el material; mantener y proteger los equipos de la central; protección de la salud y seguridad del trabajador; eficiencia y protección ambiental. debe existir con ello una programa o formación previa a la reincorporación de este servicio para que contemple y se actualice los conocimientos oportunos y así poder llevar a cabo y poder realizar mejor sus funciones cara al peligro expuesto en estos servicios para el paciente y el personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE tiene como fin u objetivo conseguir que todo el material que proceda o salga del servicio de esterilización este exento de contaminación y sea seguro para el paciente
Su labor es primordial y vital y no solo depende de ese servicio sino del resto de funcionamiento y protocolo a seguir con cada material del hospital hasta llegara l centro de esterilización. el personal debe estar cualificado y sabiendo las diferentes técnicas requeridas para cada tipo de material o instrumento y realizarlo de manera minuciosa.
El TCAE es el responsable de la correcta ejecución de las técnicas de limpieza, desinfección, revisión, cuidado del material, empaquetado, procesado y almacenamiento, protocolizadas en la Central, así como del registro de las actividades realizadas e incidencias acaecidas.
Por la unidad de este servicio se requiere una formación previa.

6 Bibliografía

1. https://www.mheducation. es/bcv/guide/ capitulo/ 8448164180.pdf.
2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
3. https://medlineplus.gov/spanish/.
4. https://www.scielo.org/es/.

Capítulo 124

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES ANTE EL INFARTO CEREBRAL

Mª ANGELES ORTIZ LÓPEZ

SILVIA SESMA MOLINA

MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ

BEATRIZ GONZALEZ PEREZ

SANDRA MARTÍN ANTONA

1 Introducción

Un infarto cerebral, también conocido como accidente cerebrovascular isquémico o ictus isquémico, es una condición médica grave que ocurre cuando el suministro de sangre a una parte del cerebro se interrumpe, generalmente debido a la obstrucción de una arteria. Esto resulta en una disminución del flujo sanguíneo y, como consecuencia, en la falta de oxígeno y nutrientes necesarios para las células cerebrales.

Los síntomas de un infarto cerebral pueden variar según la ubicación y el tamaño de la lesión cerebral, pero comúnmente incluyen debilidad o parálisis en una parte del cuerpo, dificultad para hablar, confusión, pérdida de coordinación, problemas de visión y dolor de cabeza intenso. La rapidez con la que se busca atención

médica es crucial, ya que el tratamiento temprano puede ayudar a minimizar el daño cerebral y mejorar las perspectivas de recuperación.
El diagnóstico se realiza mediante imágenes como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM), que permiten identificar la presencia de una obstrucción en una arteria cerebral. El tratamiento puede incluir la administración de medicamentos para disolver coágulos (terapia trombolítica), la atención en una unidad de cuidados intensivos y terapias de rehabilitación para recuperar las funciones perdidas.
La prevención de un infarto cerebral implica controlar factores de riesgo como la hipertensión, la diabetes, el colesterol alto y el tabaquismo. Adoptar un estilo de vida saludable con una dieta equilibrada, ejercicio regular y manejo del estrés también puede reducir el riesgo.
Un infarto cerebral es una condición grave en la que una parte del cerebro se queda sin suficiente suministro de sangre debido a una obstrucción en una arteria. Reconocer los síntomas, buscar atención médica de inmediato y tomar medidas preventivas son esenciales para minimizar el impacto del infarto cerebral y mejorar las perspectivas de recuperación.

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 el cuidado y la atención de los pacientes que han experimentado un infarto cerebral. Sus funciones están orientadas a brindar apoyo tanto al paciente como al equipo médico en el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación.

Una de las funciones clave del TCAE es la observación continua del paciente. Esto implica monitorear constantemente los signos vitales, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno, para detectar cualquier cambio en el estado del paciente. La detección temprana de complicaciones o deterioro es esencial para una intervención rápida.
La asistencia en la movilización y el posicionamiento del paciente es otra función esencial. El TCAE debe ayudar al paciente a cambiar de posición con precaución para prevenir úlceras por presión y promover una buena circulación sanguínea. Además, el TCAE colabora en la movilización temprana y en la terapia de rehabilitación para recuperar funciones perdidas.
La higiene personal y el cuidado de la piel son aspectos importantes en el cuidado del paciente con infarto cerebral. El TCAE debe prestar especial atención a la prevención de úlceras por presión y la limpieza adecuada, teniendo en cuenta cualquier limitación motora del paciente.
El TCAE también puede colaborar en la administración de medicamentos bajo la supervisión del personal médico. Esto puede incluir la administración de medicamentos para controlar la presión arterial, reducir la inflamación o prevenir coágulos sanguíneos.
Brindar apoyo emocional y comunicación efectiva son funciones cruciales para el TCAE. El paciente y su familia pueden estar angustiados debido al infarto cerebral, y el TCAE puede ofrecer consuelo, escuchar sus preocupaciones y proporcionar información sobre el proceso de recuperación.
Colaborar en la preparación para pruebas diagnósticas y terapias es otro aspecto importante. Esto puede incluir ayudar en la preparación para la realización de resonancias magnéticas, tomografías computarizadas u otros procedimientos necesarios para evaluar la extensión del daño cerebral.
En resumen, las funciones del TCAE en el cuidado del paciente con infarto cerebral incluyen la observación constante, la asistencia en la movilización y el posicionamiento, la higiene personal, la administración de medicamentos, el apoyo emocional y la colaboración en pruebas diagnósticas y terapias. Su presencia y atención contribuyen significativamente al bienestar y la recuperación de los pacientes que enfrentan esta condición médica crítica.

5 Discusión-Conclusión

Ante un infarto cerebral, es crucial actuar con rapidez. Llama a emergencias médicas para recibir atención inmediata. Mantén la calma y brinda apoyo emocional al paciente. No administres medicamentos por cuenta propia. Si es posible, re-

cuerda el tiempo en que comenzaron los síntomas, ya que esto influye en las opciones de tratamiento. Proporciona información clara al personal médico sobre los síntomas y el historial médico del paciente. Mantener al paciente en una posición cómoda y segura mientras esperas la ayuda médica. Recuerda que cada minuto cuenta, por lo que actuar rápidamente puede marcar la diferencia en el resultado y la recuperación del paciente.

6 Bibliografía

1- Menéndez-Manjarrez, F., Cano-Nigenda, V., Castellanos-Pedroza, E., Manrique-Otero, D., Toledo-Treviño, R. A., Calderón-García, M., ... & Arauz-Góngora, A. A. (2022). Actuación de enfermería en el infarto cerebral agudo. Rev. enferm. neurol, 92-105.

Capítulo 125

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA

SILVIA SESMA MOLINA

MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ

BEATRIZ GONZALEZ PEREZ

SANDRA MARTÍN ANTONA

Mª ANGELES ORTIZ LÓPEZ

1 Introducción

La recogida de muestras de orina es un procedimiento médico fundamental utilizado para diagnosticar diversas condiciones de salud y evaluar la función renal. Esta prueba no invasiva proporciona información valiosa sobre la salud del paciente, su metabolismo y la posible presencia de infecciones u otras afecciones.
El proceso de recogida de muestras de orina involucra varios pasos importantes. El paciente recibe un recipiente de recolección limpio y estéril, junto con instrucciones precisas. Es fundamental una higiene adecuada de las manos y los genitales antes de la recolección. Algunas veces, se puede requerir la primera orina de la mañana, ya que es más concentrada y puede proporcionar resultados más precisos.

La recogida de la muestra debe hacerse de manera que no se contamine con sustancias externas, como papel higiénico o agua del inodoro. El paciente debe orinar directamente en el recipiente de recolección y asegurarse de que la cantidad de orina recolectada sea suficiente para los análisis necesarios.
Después de la recogida, se cierra cuidadosamente el recipiente y se etiqueta con información del paciente y la hora de la recogida. La muestra se entrega al laboratorio médico lo antes posible, ya que algunos análisis requieren que la orina esté fresca para obtener resultados precisos.
Es importante seguir las instrucciones proporcionadas por el personal médico o el laboratorio para garantizar la calidad y precisión de la muestra. Además, si se requieren pruebas específicas, como un cultivo de orina para detectar infecciones, es esencial seguir las indicaciones de preparación, como abstenerse de ciertos medicamentos o alimentos.
En resumen, la recogida de muestras de orina es un proceso fundamental para el diagnóstico y monitoreo de la salud. Sigue las instrucciones cuidadosamente, mantén la higiene adecuada y proporciona una muestra sin contaminantes externos. Tu colaboración en este proceso contribuye a obtener resultados precisos y a un diagnóstico médico adecuado.

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 la recogida de muestras de orina del paciente. Sus funciones en este

proceso son fundamentales para garantizar la obtención de muestras precisas y la comodidad del paciente.
Una de las funciones clave del TCAE es proporcionar instrucciones claras al paciente sobre cómo recoger la muestra de orina de manera adecuada. Esto incluye explicar el proceso, la necesidad de higiene antes de la recolección y el uso del recipiente de recolección proporcionado. Una comunicación efectiva es crucial para asegurar que el paciente siga correctamente las instrucciones.
El TCAE también debe garantizar la privacidad del paciente durante la recogida de la muestra. Esto implica proporcionar un ambiente discreto y seguro en el que el paciente se sienta cómodo al llevar a cabo el proceso de recolección.
Otra función es supervisar y asistir al paciente si es necesario. Algunos pacientes pueden tener dificultades para recoger la muestra por sí mismos debido a problemas de movilidad o destreza. En tales casos, el TCAE puede proporcionar apoyo y asistencia, garantizando que se recopile la muestra de manera adecuada.
Después de la recolección, el TCAE es responsable de etiquetar cuidadosamente el recipiente con la información del paciente y la hora de la recogida. Una etiquetación precisa es esencial para asegurar que la muestra se identifique correctamente en el laboratorio.
La entrega adecuada de la muestra al laboratorio también es parte de las funciones del TCAE. Asegurarse de que la muestra se entregue de manera oportuna y según las indicaciones es fundamental para obtener resultados precisos en los análisis de laboratorio.
El TCAE también debe mantener un registro preciso de la recogida de la muestra en la historia clínica del paciente. Esto es importante para el seguimiento médico y para asegurar que se hayan realizado las pruebas necesarias.
Las funciones del TCAE en la recogida de muestras de orina del paciente incluyen proporcionar instrucciones claras, garantizar la privacidad, supervisar y asistir al paciente, etiquetar y entregar la muestra al laboratorio, y mantener registros precisos. Su labor contribuye a la obtención de muestras de calidad y al proceso de diagnóstico médico efectivo.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para obtener una buena muestra de orina del paciente es asegurarse de que siga las instrucciones proporcionadas por el personal médico de manera precisa y completa. Esto incluye la higiene adecuada antes de la recolección, el uso del recipiente proporcionado y la atención a los detalles específicos, como el momento de la recogida si es relevante. Mantén la privacidad

y la calma durante el proceso para que el paciente se sienta cómodo. Evita la contaminación de la muestra y asegura un cierre hermético del recipiente. Etiqueta claramente la muestra con la información del paciente y la hora de la recogida. Al seguir estas instrucciones de manera diligente, contribuirás a obtener una muestra de orina de calidad para un diagnóstico médico preciso y confiable.

6 Bibliografía

1- Zorro, N. L., Gallardo, R., Sevillano, S. G., Ortega, R. G., Gonzalo, S. F., & Gómez, M. E. (2022). Recogida de muestras de orina en paciente con sonda vesical por el TCAE. Revista Sanitaria de Investigación, 3(9), 282.

Capítulo 126

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS PRUEBAS CRUZADAS

SILVIA SESMA MOLINA

BEATRIZ GONZALEZ PEREZ

SANDRA MARTÍN ANTONA

Mª ANGELES ORTIZ LÓPEZ

MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ

1 Introducción

Las pruebas cruzadas, también conocidas como pruebas de compatibilidad o pruebas de aglutinación cruzada, son procedimientos de laboratorio realizados en el campo de la medicina transfusional para evaluar la compatibilidad entre la sangre del receptor y la sangre del donante antes de una transfusión sanguínea. El objetivo principal de estas pruebas es prevenir reacciones transfusionales adversas al garantizar que la sangre donada sea compatible con el sistema inmunológico del receptor.

Durante una transfusión, es esencial que los antígenos presentes en los glóbulos rojos del donante sean compatibles con los anticuerpos presentes en el plasma

del receptor. Las pruebas cruzadas implican mezclar una pequeña cantidad de la sangre del receptor con una pequeña cantidad de glóbulos rojos del donante y luego observar si se produce aglutinación (formación de grumos) o hemólisis (ruptura de glóbulos rojos). La aglutinación o hemólisis indicaría una incompatibilidad entre los dos tipos de sangre.
Las pruebas cruzadas son especialmente importantes en pacientes que han sido previamente transfundidos o que tienen un alto riesgo de desarrollar anticuerpos incompatibles debido a embarazos anteriores, trasplantes u otras condiciones médicas. También son esenciales en casos de donantes y receptores de sangre con tipos sanguíneos raros o poco comunes.
Además de las pruebas de compatibilidad entre los grupos sanguíneos ABO y el factor Rh, las pruebas cruzadas pueden incluir pruebas adicionales para detectar otros anticuerpos irregulares que podrían causar una reacción transfusional.
Las pruebas cruzadas son procedimientos de laboratorio esenciales para evaluar la compatibilidad entre la sangre del donante y del receptor antes de una transfusión sanguínea. Estas pruebas ayudan a prevenir reacciones transfusionales adversas al garantizar que los antígenos y anticuerpos sean compatibles. Su realización precisa y cuidadosa es fundamental para garantizar la seguridad y el éxito de las transfusiones de sangre.

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 la realización de pruebas cruzadas en pacientes que se preparan para

recibir transfusiones sanguíneas. Sus funciones en este proceso están diseñadas para garantizar la seguridad y la precisión en la compatibilidad de sangre entre el donante y el receptor.
Una de las funciones clave del TCAE es la recopilación precisa de muestras de sangre del paciente y del donante. Esto implica la identificación adecuada del paciente y la confirmación de que las muestras de sangre se etiqueten correctamente con la información relevante. La precisión en esta etapa es fundamental para evitar errores en la identificación del paciente y la muestra.
El TCAE también colabora en la preparación del equipo y los materiales necesarios para llevar a cabo las pruebas cruzadas. Esto puede incluir la disposición de tubos de ensayo, reactivos y otros instrumentos necesarios para realizar las pruebas de aglutinación cruzada.
Durante la realización de las pruebas cruzadas, el TCAE sigue las instrucciones proporcionadas por el personal médico o el laboratorio de manera precisa. Esto incluye el proceso de mezclar las muestras de sangre del paciente y el donante y observar las reacciones de aglutinación o hemólisis. El TCAE debe realizar esta tarea cuidadosamente para garantizar la obtención de resultados precisos.
Una vez que se completan las pruebas cruzadas y se obtienen los resultados, el TCAE comunica la información relevante al equipo médico. En caso de incompatibilidad, el TCAE debe tomar las medidas adecuadas según las indicaciones del personal médico.
La documentación de las pruebas cruzadas y los resultados también es una función importante del TCAE. Esto implica registrar de manera precisa los procedimientos realizados, los resultados obtenidos y cualquier acción tomada en relación con las pruebas.
Las funciones del TCAE en las pruebas cruzadas incluyen la recopilación precisa de muestras de sangre, la preparación de materiales, la realización de pruebas según instrucciones precisas, la comunicación de resultados al equipo médico y la documentación adecuada. La colaboración cuidadosa y precisa del TCAE en este proceso es esencial para garantizar la seguridad y la efectividad de las transfusiones sanguíneas y prevenir reacciones transfusionales adversas.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para la recogida de pruebas cruzadas es asegurarse de etiquetar y documentar meticulosamente las muestras de sangre del paciente y el donante, garantizando la precisión en la identificación y el proceso. Utiliza guantes desechables y mantén una higiene rigurosa para prevenir la contam-

inación. Prepara los materiales necesarios siguiendo las instrucciones del laboratorio. Mezcla las muestras de acuerdo a las indicaciones específicas, observando reacciones de aglutinación o hemólisis con atención. En caso de resultados inusuales, informa de inmediato al personal médico. Mantén registros detallados de los procedimientos y resultados. Tu compromiso en seguir estas pautas asegura resultados fiables y contribuye a la seguridad y efectividad de las transfusiones sanguíneas.

6 Bibliografía

1- Muñiz-Díaz, E. (2022). La transfusión de hematíes de fenotipo idéntico:¿ a quién y cuándo?. Revista Mexicana de Medicina Transfusional, 14(S1), s85-91.

Capítulo 127

VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON IRC (INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA): ACTUALIZACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN LOS CUIDADOS BÁSICOS DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANA BELEN ARAQUE ROMERO DE ÁVILA

GUILLERMO ROPERO FUERTES

1 Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una enfermedad que cada día está afectando a un mayor número de población mundial y que afecta directamente a la calidad de vida y a la esfera psicosocial de los pacientes que la sufren. La incidencia de personas que comienzan a sufrirla en España, según estudios epidemiológicos realizados, indica que esta cifra cada vez es mayor. En un estudio realizado por Otero et al, se reportó una prevalencia de ERC en el territorio español del 6,8% [IC del 95%] en el año 2007, siendo los factores de riesgo que están más implicados en su aparición el incremento de la edad media de la población, la patología cardiovascular, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Todo

esto se traduce en un aumento del gasto sanitario destinado a paliar los síntomas de esta enfermedad y de evitar la alta tasa de mortalidad mediante tratamientos depurativos que sustituyen la función de un riñón sano, destacando la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. Pero en esta última década, debido a los factores de riesgo nombrados anteriormente junto a los nuevos hábitos de vida a los que se ha tenido que adaptar la sociedad española, se ha producido un ascenso alarmante en el número de pacientes atendidas por esta patología, que el coste anual que se estima para el tratamiento de la ERC alcanza los 800 millones de euros.
La sintomatología que sufren estos pacientes, dependiendo de lo avanzada que esté la enfermedad, generalmente termina influyendo en la cotidianeidad de su vida, por lo que en la mayoría de los casos el tratamiento que reciben es exclusivamente médico, dejando en un segundo plano la educación que estos pacientes deben recibir para comprender la enfermedad que están empezando a sufrir, la importancia de adaptar nuevos estilos de vida y cómo la enfermedad y el tratamiento que van a recibir va a alterar su organismo.
De esta manera, muchos ámbitos del paciente renal se ven afectados, destacando el plano sexual. Estos cambios que se producen, en la gran mayoría, influyen en el apetito sexual de estas personas, existiendo razones tanto clínicas como emocionales. Normalmente, la falta de interés en el sexo de estas personas comienza por el acúmulo de productos de desecho en la sangre, los efectos secundarios de los fármacos administrados y la anemia que sufren por la afectación en la producción de eritropoyetina, que luego más tarde se ve aumentado a causa de la terapia de diálisis por la filtración de sustancias de manera indirecta. Sin embargo, las razones emocionales están más ligadas al estrés y la ansiedad que les produce la propia enfermedad, ligada al temor de no poder satisfacer a la pareja o a la falsa conciencia de que el sexo puede perjudicar su salud.
En la mayoría de los casos, todas estas dudas y miedos se deben a que el propio paciente desconoce lo que realmente significa el término sexualidad y a la pérdida de interés mayormente ligada a la edad y al concepto generalizado que relaciona el sexo con la reproducción, aunque también una gran parte de la culpa de que esto suceda se debe a la falta de implicación por parte de los profesionales sanitarios de abordar este tema.

2 Objetivos

- Objetivo general: Analizar la relación que existe entre la enfermedad renal crónica y la sexualidad del paciente en tratamiento sustitutivo para demostrar la importancia de dicha relación e integrarla en la práctica asistencial y los cuida-

dos del técnico auxiliar de enfermería promoviendo una atención más integral.
- Objetivos específicos:
- Describir y explicar la existencia de disfunciones sexuales en este tipo de pacientes.
- Detectar las principales causas biológicas y psicológicas que provocan la aparición de disfunciones sexuales en el paciente renal.
- Analizar cómo le afecta al enfermo la sexualidad a su calidad de vida.
- Identificar los diferentes tratamientos y alternativas para ayudar al paciente a retomar su vida sexual.
- Plantear la importancia de planes de cuidado específicos del paciente renal en los cuales este integrado la dimensión sexual.

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 enfermo renal crónico, a lo largo de la enfermedad, comienza a sufrir una serie de alteraciones bio-psicológicas que, junto con el tratamiento farmacológico y sustitutivo que reciben, provocan la aparición de problemas y obstáculos en el ámbito sexual. Como ya se ha mencionado anteriormente, la sexualidad en un término que no sólo afecta al coito en sí, sino que puede alterar el estado psicológico del paciente e incluso aislarlo socialmente.
Estos "problemas" relacionados con la salud sexual del paciente renal se denominan disfunciones sexuales y, según la Organización Panamericana de la Salud junto con la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, podemos definirlas como la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo y/o resolución) que evita que el individuo o la pareja disfrute de la actividad sexual.
Según los datos obtenidos de los estudios realizados en las últimas décadas, podemos observar que la prevalencia de disfunciones sexuales en el paciente renal dentro del contexto español supera el 70%, siendo un porcentaje alarmante si

tenemos en cuenta que la sexualidad está íntimamente relacionada con la calidad de vida del paciente. En los estudios analizados, se han detectado múltiples disfunciones sexuales tanto en el varón como en la mujer.
Estos datos han sido recogidos principalmente por cuestionarios repartidos entre la población muestreada, siendo los más relevantes los índices internacionales de función sexual función eréctil en el hombre, y función sexual femenina en la mujer. El primero trata de un "cuestionario autoadministrado, que consta de 5 ítems con 5 opciones de respuesta cada una. El rango de puntuación oscila entre 5 y 25 puntos, considerando el punto de corte óptimo en 21. La Disfunción eréctil se puede clasificar en cinco categorías: Severa (puntuación 5-7), Moderada (8-11), de media a moderada (12-16), media (17-21), y no sufre disfunción eréctil (22-25). El segundo trata de una "escala autoadministrada que consta de 14 ítems, tras una pregunta llave. Cada ítem del cuestionario FSM puntúa entre 1 y 5.
Se observó en varios estudios, que la prevalencia de disfunción sexual asociada a la enfermedad renal predomina en las mujeres frente a los hombres, debido a que su edad media es mayor, presentan más patologías de base y trastornos psicológicos.
En la mayoría de los casos, las disfunciones sexuales comienzan a aparecer a partir de la fase urémica, aunque en diversos casos se ha podido comprobar que el inicio de la terapia de diálisis y el factor psicológico que provoca en el paciente depender de una máquina para vivir6, incrementan su aparición y la gravedad de las mismas, existiendo casos en los que se abandona la actividad sexual.
Las causas biológicas que desencadenan la aparición de estas disfunciones se han estudiado principalmente mediante el análisis de las modificaciones hormonales y la elevación de productos de desecho en el organismo como podemos ver reflejado en el estudio que Biff F. Palmer realizó sobre las disfunciones sexuales en la fase urémica en el año 1999, donde el autor manifiesta que su etiología es multifactorial, destacando el medio urémico, la neuropatía periférica y la enfermedad vascular. Dentro de este mismo estudio, observamos cómo estas causas afectan independientemente a cada sexo, afectando el aumento de uremia en el hombre a la espermatogénesis por el aumento de la citotoxicidad y, por consiguiente, viéndose afectada la producción de testosterona por los cambios histológicos que se producen en los testículos y problemas para alcanzar una erección plena a causa de arteriosclerosis en la región pélvica. En cambio, en la mujer, se observa que el ciclo menstrual se vuelve irregular por la escasa producción de progesterona provocado por la falta de formación del cuerpo lúteo (amenorrea), una disminución clara de la lívido y dificultad para alcanzar el orgasmo por neuropatía periférica, a causa de la menor excitabilidad del clítoris. Sin embargo, el tratamiento

farmacológico que el paciente esté tomando, las enfermedades asociadas que presente, el tipo de tratamiento sustitutivo que le estén realizando y la edad, pueden suponer un factor de riesgo importante a que aparezcan nuevas disfunciones o se agraven las ya presentes. Relacionado con estos cuatro últimos ítems, podemos destacar:

• Tratamiento farmacológico: Se ha observado que el uso de beta-bloqueantes, antihipertensivos y antidepresivos en estos pacientes pueden provocar, junto con las alteraciones cardiovasculares y la terapia de diálisis, hipotensión y bradicardia que se puede ver intensificada durante el acto sexual.
• Enfermedades asociadas: En muchas ocasiones, la enfermedad renal viene ligada a enfermedades sistémicas de base o que han aparecido tras haber padecido durante años de la misma. Un estudio realizado por las enfermeras Isabel Ecija y Dámaris Vidal del Hospital de Llobregat en Barcelona, enumeran y explican cuáles son estas enfermedades y cómo afectan a la respuesta sexual del paciente, siendo las más predominantes la diabetes mellitus, HTA, cardiopatía isquémica, la anemia y el estado hormonal, aunque las dos primeras predominan del resto. Observando la comparación entre los resultados extraídos de dos estudios, uno realizado en Melilla y otro realizado en Taiwán, en el que se encuestaron a un número variable de pacientes. Es importante destacar que el número de la muestra seleccionada para el segundo estudio fue bastante mayor y dirigido exclusivamente a mujeres, lo que podría explicar la gran diferencia existente entre ambas gráficas, aunque también hay que tener en cuenta las condiciones sociosanitarias y nutricionales que diferencian a ambos países.
• Tratamiento sustitutivo: En la actualidad, existen dos tipos de tratamiento sustitutivo: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. Se ha comprobado que ambos afectan a la actividad sexual puesto que al reemplazar las funciones realizadas por el riñón, las funciones endocrino-metabólicas desempeñadas por éste se ven alteradas.
• Edad: Se ha comprobado que la edad es el factor más condicionante a que aparezcan disfunciones sexuales, agravándose si tenemos en cuenta de que las personas sufren de base una enfermedad renal. En los estudios realizados por Sylvia Rosas et al, se realizó un análisis de cómo influye la edad en la práctica del acto sexual, poniendo una barrera imaginaria entre antes de los 50 años y después. Esto va ligado a los mitos culturales e ideas conservadoras ligados a la edad que influyen en una autopercepción negativa de la sexualidad.
Sin embargo, todo esto también se ve condicionado por factores psicológicos que presenta el paciente desde que conoce su diagnóstico clínico. Hemos encontrado múltiples estudios que relacionan las causas orgánicas con la aparición de di-

versas patologías psicológicas que afectan, de manera subjetiva, la manera de percibir la enfermedad, entre las que destacan los síntomas depresivos y la autoestima negativa. Esto se debe a que el paciente comienza a ver la gravedad de la enfermedad, empezando a sentir miedo por la posible cercanía de la muerte y sintiendo una pérdida de independencia cuando comienza a dializarse, lo cual se causa ansiedad e imposibilidad para pensar y/o concentrarse en temas amorosos y/o sexuales. Esto se agrava con los conflictos de pareja que se crean por todo lo anterior, creando un ciclo vicioso de que el paciente se ve incapaz de salir.
Respecto al tratamiento para paliar la sintomatología de las disfunciones sexuales, encontramos varios estudios destinados a su búsqueda. El primer estudio que analizamos fue el realizado por Martin, F. et al (2001), que presentaba dos casos clínicos con disfunción eréctil y la administración a dosis bajas de sildenafilo (Viagra). Se observó en ellos una mejor relación y satisfacción sexual, aunque se recomendó no administrar este fármaco a paciente que estaban tomando nitratos por su acción hipotensora y vigilar la aparición de efectos secundarios.
Sin embargo, según los estudios realizados por Sezgin Guvel y Aysegul Zumrutdal (2014)22 y María Cristina Vecchio et al (2010)31, se puede apreciar que el tratamiento más efectivo para tratar la disfunción sexual en estas personas es el trasplante renal, observándose que sólo el 44% de las mujeres que no que todavía no habían sido trasplantadas practicaban sexo frente al 88% de la mujeres trasplantadas.

5 Discusión-Conclusión

Tras haber analizado la búsqueda bibliográfica y extraído los contenidos que hemos considerado que tienen más relevancia, hemos observado que la insuficiencia renal es una patología muy ligada a alteraciones sexuales cuyas manifestaciones comienzan a presentarse en la fase urémica y se incrementa tras la iniciación del tratamiento sustitutivo durante el que se duplica su prevalencia.
Las principales causas biológicas que ocasionan alteraciones en la sexualidad y la aparición de disfunciones sexuales se deben al tratamiento farmacológico administrado a estos pacientes, puesto que en muchos casos tienen como efecto secundario hipotensión y bradicardia, a las enfermedades asociadas que la mayoría de ellos presentan de base o de aparición secundaria a la enfermedad renal, observándose un gran porcentaje de casos con diabetes mellitus e hipertensión arterial en poblaciones tan dispares como la española y taiwanesa, a la iniciación del tratamiento sustitutivo y a la edad con la que el paciente inicie la enfermedad.
Debemos destacar que aunque la diálisis ayuda a mejorar el estado de uremia,

conlleva una serie de aspectos relacionados con una dieta estricta y un control exhaustivo en el consumo de líquidos que afecta negativamente a estos pacientes. Dentro de los factores orgánicos, se ha manifestado en múltiples estudios que existe una diferencia clara entre los dos tipos de tratamiento sustitutivo, observándose un porcentaje menor de prevalencia de disfunciones sexuales en aquellos pacientes que están dentro del programa de diálisis peritoneal frente a los de hemodiálisis, en parte por el factor psicológico de depender de una máquina y por la alteración de su percepción física, lo cual conlleva a un deterioro de la imagen corporal, existiendo casos en los que se observa mayor abandono de la actividad sexual en éstos últimos. Es importante tener en cuenta que como consecuencia de la depuración extracorpórea se llegan a eliminar productos tóxicos pero también algunos otros productos necesarios como una cierta cantidad de hormonas que son dializadas. Dentro de esta esfera, la edad sigue siendo un punto clave de aparición de disfunciones sexuales, pero se ha observado una clara diferencia entre aquellos pacientes que no sobrepasan los 50 años y los que lo sobrepasan, existiendo un 30% más de prevalencia en aquellos que superan esta edad. En la mayoría de los casos, esto va ligado a una autopercepción negativa de la sexualidad relacionada con la edad y a mitos culturales e ideas conservadoras.

De esta manera, existe un claro predominio de disfunciones sexuales en la mujer a causa de que la edad media de aparición de IRC en más elevado y, por lo tanto, presentan más enfermedades asociadas, aunque en el hombre les ocasiona más problemas en su vida cotidiana. Diferenciando la aparición sexual por sexos, observamos que en la mujer es más común la disminución del deseo sexual, debido a la dificultad para lubricarse y por falta de sensibilidad en el clítoris, frente al hombre, en el cual prevalece la disfunción eréctil a causa de un menor riego sanguíneo en la zona y por hipotensión arterial.

También hemos observado que la aparición de disfunciones sexuales en el paciente con IRC no sólo se ve condicionado por alteraciones biológicas ocasionadas por la enfermedad, sino que traspasa barreras que hasta ahora no se habían considerado, como la capacidad el paciente para relacionarse con su entorno, su salud psicológica y la calidad de vida.

Los factores psicológicos son múltiples y comienzan a aparecer desde que el paciente conoce su diagnóstico clínico, siendo los más predominantes los síntomas depresivos y la baja autoestima, debido en la mayoría de los casos por el temor a la muerte y la pérdida de su independencia. Esto condiciona mucho su actitud ante su sexualidad, provocándole inapetencia y ansiedad. En muchas ocasiones, se puede observar un incremento de estas alteraciones tras la iniciación del tratamiento sustitutivo, intuyéndose una mayor influencia psicológica en la

aparición de disfunciones sexuales que a causa de la propia terapia de diálisis. Todo ello, afecta directamente en la relación de pareja, existiendo una gran falta de comunicación predominada por el miedo a compartir sus sentimientos.

Las disfunciones sexuales que aparecen en el paciente renal también afectan considerablemente a su calidad de vida, manifestándose una mejor forma física y estado de salud, menos dolor, mayor apoyo social y menor dificultad para realizar actividades cotidianas en aquellos sexualmente activos frente a los que no. De esta manera, se puede apreciar la importancia que tiene la sexualidad en el entorno psico-social, en las relaciones personales y en la manera de ver la enfermedad.

En relación al tratamiento existente para paliar la sintomatología que aparece a partir de la fase urémica, observamos que se puede utilizar tanto la opción farmacológica como no farmacológica, predominando, en el hombre, aquellas encaminadas a aumentar la vascularización en la mujer a mejorar la lubricación. Aun así, hemos podido extraer de varios estudios que el mejor tratamiento para solucionar la prevalencia de disfunciones sexuales en este tipo de pacientes es el trasplante renal, manifestándose un aumento considerable de la práctica sexual en aquellos enfermos trasplantados, puesto que mejora su estado de insuficiencia como su imagen y seguridad.

Respecto al del técnico auxiliar de enfermería, es significativo que la mayoría de los estudios analizados no procedan del ámbito de enfermería sino de otras disciplinas, observando que enfermería sólo hace uso de recomendaciones interdisciplinarias. Los estudios realizados por profesionales de enfermería se centran en mayor medida en controlar y paliar los síntomas de la enfermedad y en los relacionados con el acceso vascular y la diálisis. De esta manera, existe una carencia de planes de cuidados que contemplen la faceta sexual de estos pacientes y que demuestren la relevancia que tiene abordar la sexualidad como parte de la sintomatología. En la práctica asistencial, este hecho se intensifica por la gran dificultad que existe por parte de los profesionales de centralizar sus cuidados en las funciones que les corresponde, existiendo un conflicto que impide una atención diversificada que pueda permitir satisfacer todas las necesidades que este tipo de pacientes presentan. En el ámbito de la investigación, enfermería todavía deja a un lado la sexualidad, lo que hace más evidente que no se incentiva la importancia de ésta en la formación de estos profesionales.

Para finalizar, observamos en la mayoría de los artículos que hoy en día sigue existiendo un gran tabú frente a aquellos temas relacionados con la sexualidad y que se manifiestan tanto por parte del paciente como del profesional sanitario, evidenciándose en una gran falta de comunicación entre ambos y en una carencia,

por parte de enfermería, de sesiones de educación para la salud donde se incluya los aspectos sexuales.

6 Bibliografía

1. De Francisco, A.L.M. y Otero A. Epidemiología de la enfermedad renal crónica en España. Nefrología [Internet]. 2003 [citado 08/03/2015]; 23 (6): 475-477. Disponible en: http://revistanefrologia.com/revistas/P1-E226/P1-E226-S123-A2817.pdf.
2. McCullough PA, Jurkovitz CT, Pergola PE. Independent components of chronic kidney disease as a cardiovascular risk state: Results from the Kidney Early Evaluation Program (KEEP). Arch. Intern. Med. [Internet]. 2007 [citado el 25/04/2015]; 167:1122-1129. Disponible en: http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=412599.
3. Mark H. Beers, M.D. Trastorno del riñón y las vías urinarias. En: Gispert, Carlos, editor. Nuevo Manual Merck de información médica general. 2º Ed. Barcelona: Oceano; 2008. Pág. 983- 1048.
4. Ecija, Isabel y Vidal, Dámaris. Hemodiálisis y disfunciones sexuales. Rev. Seden [Internet]. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/HEMODI%C3%81LISIS%20%20Hemdi%C3%A1lisis%20y%20disfunciones%20sexuales.pdf.
5. Martínez-Castelao, Alberto, Górriz, José L., Bover, Jordi, Segura-de la Morena, Julián, Cebollada, Jesús, Escalada, Javier y et al. Documento consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrologia [Internet]. 2014 [citado 08/03/2015]; 34(2): 243-262. Disponible en: http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&idarticulo=12455&idlangart=ES.
6. Gonzalez, Y., Herrera, L.F., Romero, J.L. y Nieves, Z. Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica. Rev. PsicologíaCientífica.com [Internet]. 2011 [citado 09/03/2015]; 13(20). Disponible en: http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional/.
7. Henderson, H. Principios básicos de los cuidados de enfermería, 1996.
8. World Earth Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, Geneva; 28–31 January; 2002 [citado el 11/03/2015]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.
9. Baily Raffensperger, Ellen, Lloyd Zusy, Mary, Marchesseault, Lynn Claire y Neeson, Jean D. Enfermería Médico-quirúrgica: Genitourinario. En: Gispert, Carlos, editor. Manual de la Enfermería. 1º Ed. Barcelona: Oceano; 2009. Pág. 365-398.

10. Tortora, Gerard J. y Derrickson, Bryan. El aparato Urinario. Principios de Anatomía y Fisiología. Vol. 1. 11ª Ed. Editorial Médica Paramericana; 2006. Pág. 1000- 1041.
11. Ferrer Tomás, Ramón y Hernández Jara, Julio. Guía clínica de la insuficiencia renal en atención primaria. Nefrología [Internet]. 2001 [citado el 04/04/2015]; 21(5): 18-20. Disponible en: http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E188/P7-E188-S137-A1866.pdf.
12. Netter, Frank H. Medicina Interna. Vol 1. 1º Ed. Barcelona. Masson; 2005.
13. American Kidney Fund [Blog Internet]. Rockwille: CONVIO; 2014 [citado el día 04/04/2015]. Disponible en: http://www.kidneyfund.org/espanol/falla-renal/hemodilisis.html.

Capítulo 128

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

ANA BELEN BARRERO DIAZ

1 Introducción

El servicio de Urgencias lleva funcionando desde hace muchos años en los hospitales y siempre fueron gestionados por las administraciones públicas pertenecientes al estado.
Todos los pacientes que acuden a este servicio siempre se hizo un intento para clasificarlos según la gravedad y la enfermedad. A ver las unidades de emergencias y urgencias se administran dependiendo del sistema sanitario. Pueden ser eh extrahospitalarias cuando se atienden en centros de atención primaria o de salud y transporte sanitario pero las intrahospitalarias en las que son más graves y se atienden dentro del medio hospitalario.

Cuando una persona entra por urgencias lo primero que se encuentra es un pasillo entre la sala de espera y las demás instalaciones del servicio de Urgencias. También debe de haber un lugar acondicionado para la entrada y salida del transporte sanitario como ambulancias y uvis móviles.
Los pacientes que entran en servicio de transporte sanitario medicalizado serán atendidos en primer lugar antes que cualquiera de los que se encuentran en la sala de urgencias y emergencias esperando a no ser que padezcan un nivel de gravedad elevado.

Hay un servicio de recepción donde una persona da información a los familiares o personas acompañantes de la persona que se encuentra dentro siendo atendida por el personal sanitario especializado.

2 Objetivos

Describir de forma general el funcionamiento del servicio de urgencias y las funciones del auxiliar de enfermería en el mismo.

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 recepcionista personal administrativo es el primero que tiene contacto con las personas que están esperando a los acompañantes en la sala de espera y tiene como función ofrecer la información a los familiares que reclamen sobre el familiar que tengan adentro que estén atendiendo.
Cuando una persona llega a urgencias con cualquier tipo de problema, el recepcionista le toma los datos en ordenador donde lo recogerá toda la información con sus enfermedades anteriores en la historia clínica, donde recoge toda la información sobre sus alergias, otro tipo de patologías que el paciente ya sufría.
El paso intermedio son los pasillos entre la recepción y las zonas donde el personal sanitario especializado y realiza pruebas a los pacientes para obtener un diagnóstico y estas consisten en le pone el termómetro para coger la temperatura, el pulsioxímetro para la saturación de oxígeno y la frecuencia cardíaca cardíaca, y con el fonendoscopio comprobar que el paciente tenga la respiración adecuada.
El celador ayudará al auxiliar de enfermería en algunas de las funciones que tenga que realizar en la atención al paciente, y también será el encargado de recoger

en sillas o camillas a todos los pacientes que entren por el servicio de Urgencias ya sea a pie o en transporte sanitario.
Algunas de las funciones que puede realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de Urgencias y emergencias dentro de un hospital pueden ser las siguientes:
Reposición del almacén sanitario, recogida de muestras de orina y heces, cambio de la ropa de camilla, cambio de pañales en el paciente en caso de que los lleve, movilizaciones y cambios posturales, administración de medicación por vía intravenosa, control de líquidos y diuresis.

5 Discusión-Conclusión

Para terminar este capítulo de libro sobre el servicio de Urgencias y emergencias dentro del hospital se debe tener en cuenta que es un servicio que está disponible las 24 horas del día y los 365 días del año ante cualquier situación emergente que pueda poner en riesgo la vida de un paciente y necesite atención sanitaria inmediatamente porque su vida corra peligro. Para ello le atenderá un equipo sanitario especializado con la formación adecuada y que le diagnosticará y tratará cualquier tipo de problema de salud que este tenga, cuyo finalidad es lograr la recuperación y mejoría del paciente. Es importante el conocimiento por parte del TCAE 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 beneficio del paciente.

6 Bibliografía

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2023-08-08]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1024-9435.
Formato Documento Electrónico(ABNT)
Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED, Ciudad de La Habana , v. 13, n. 6, dic. 2005 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. accedido en 08 agosto 2023.

Capítulo 129

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA VÍA CENTRAL

SANDRA MELLINAS GARCIA

EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO

ANA TERCERO ALFARO

ESMERALDA SEVILLA MORENO

SONIA FAJARDO MELLINAS

1 Introducción

Vía central, también llamada catéter venoso central, es un tubo largo ,flexible y delgado y sirve para administrar medicamentos, nutrientes, líquidos o derivados de sangre, también se pueden realizar extracciones de sangre todo ello durante un largo o corto período de tiempo.

Este tipo de vía está indicado para pacientes que tienen una grave infección y deben recibir antibióticos por vía intravenosa durante varias semanas seguidas. También para pacientes que padecen un cáncer y deben recibir quimioterapia y extraerse sangre habitualmente, o que necesitan recibir nutrición por vía intravenosa.

Esta vía central transportará medicamentos y nutrientes hasta su cuerpo. También se puede emplear para tomarle muestras de sangre cuando necesite que le hagan pruebas sanguíneas. Las infecciones de las vías centrales son muy graves. Pueden enfermarlo y aumentar la duración de su hospitalización

Se trata de un tubo suave y estrecho que se coloca en una vena grande cerca del corazón. El otro extremo del catéter, donde se administra el medicamento y el líquido, tendrá un aspecto diferente dependiendo del tipo de CVC que tenga. Los catéteres CVC son más grandes y más largos que las vías endovenosas periféricas.

La vía central es como una vía intravenosa, pero es mucho más larga, ya que llega hasta una vena que hay ubicada cerca del corazón o inclusive hasta dentro de él.

2 Objetivos

Describir por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería los fundamentos de la vía central o catéter venoso central.

3 Metodología

Revisión bibliográfica. Se ha realizado una búsqueda en bases de datos como PubMed, Scielo, Medline, entre otras. Además, se han consultado diversos libros, artículos científicos y revistas para complementar el estudio teórico y con libros del tcae actualizados.

4 Resultados

El procedimiento que se lleva a cabo la inserción del catéter central tiene una duración aproximada de una hora y no requiere hospitalización. El facultativo es quien realiza este procedimiento junto al personal de enfermería y TCAE.

Se realiza en una sala o bien en la habitación o box donde estuviera ingresado, como en los casos de los pacientes ingresados en UCI. En su inserción se requiere del apoyo de imagen (rayos x)que hará de guía para la introducción del catéter. Este procedimiento lo lleva a cabo el personal de enfermería (enfermera, TCAE) y el médico que es el que realizará la colocación de la vía central

Se deja el catéter puesto durante el tiempo que lo necesites para el tratamiento, extracción de sangre, realización de pruebas, etc.

Se deben cambiar los lugares cada 72-96 horas para reducir el riesgo de infección y flebitis. Si las cánulas son de acero o plástico, se pueden dejar en su lugar durante un máximo de 72 horas para el cuidado y mantenimiento de los dispositivos de acceso venoso, que tiene el objetivo de reducir el riesgo de complicaciones, entre las consideraciones que hace sobre las intervenciones y la práctica señala que se deben cambiar los dispositivos al menos cada 72 horas.
Si por cualquier circunstancia dura más de 6 días se utilizaran un catéter de línea media

5 Discusión-Conclusión

Como se ha expuesto en este capítulo, este procedimiento de colocar la vía central se realiza en diferentes circunstancias y variando según su necesidad. Puede ser necesario en en personas que reciben antibióticos por vía intravenosa durante un periodo largo, por padecer cáncer y recibir quimioterapia, extraer sangre a través de la vía, porque tiene una grave infección, o porque deben recibir nutrición vía intravenosa
La enfermera le va a enseñar ocuparse de su vía central en caso de que tenga que llevarla a casa y las complicaciones debe prestar atención. Es importante el conocimiento y la correcta formación del TCAE respecto a la vía central, su colocación y los cuidados de los pacientes que la precisan.

6 Bibliografía

http://scielo.sld.cu/
scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0864-03192006000400003
https://www.chospab. es/Enfermería/protocolos/ originales/nutricion_enteral.pdf https://www.viacentral.cat/
https://www.aboutkidshealth.ca/article?contentid=52&language=spanish
https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/picc-line/about/pac-20468748

Capítulo 130

BENEFICIOS DEL ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO CON PUNCIÓN SECA EN EL DOLOR TEMPOROMANDIBULAR

LAURA BONIL CHACÓN

CRISTINA HERRERO MARTÍN

LAURA ROMO DE LA LLAVE

SONIA GARCÍA GARCÍA

RAFAEL BAEZA MONSALVE

1 Introducción

El sistema estomatognático es la unidad anatómica que se encarga de la masticación , de la deglución y del habla. El aparato de la masticación está formado por la articulación temporomandibular (ATM), los músculos masticatorios, dientes y ligamentos. Según la Academia Estadounidense de Dolor Orofacial, los trastornos mandibulares (TMD) son un grupo de trastornos musculoesqueléticos y neuromusculares que involucran los músculos masticatorios, la articulación temporomandibular y estructuras relacionadas, presentando síntomas como pueden ser dolor, chasquidos y restricciones de movilidad. Constituye una de las principales causas de dolor orofacial. La patología de la ATM tiene una prevalencia

entre el 20-40%, pudiendo afectar al 75% de la población según algunos estudios, afectando más a las mujeres que a los hombres en una proporción 3:1 respectivamente (1,2).
La etiología del trastorno temporomandibular es multifactorial e incluye desencadenantes biológicos, ambientales, sociales, emocionales y cognitivos. En 1992 se propuso un modelo de diagnóstico llamado "Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders" (RCD/TMD) para llegar a un consenso con la clasificación de los dolores temporomandibulares y minimizar la variabilidad de valoración entre examinadores. Este modelo distingue 3 grandes grupos que son: 1º alteraciones musculares (dolor miofascial y limitación de apertura), 2º desplazamiento discal y 3º artralgia, artritis y artrosis. Además, se tienen en cuenta otras variables clínicas y psicológicas. En resumen, el diagnóstico se basa en la historia clínica del paciente y el examen físico en el que hay una relación entre el dolor del movimiento de la mandíbula y la región preauricular, zona muscular del masetero y la sien. Los sonidos que pueden acompañar al dolor de la ATM, como hemos mencionado anteriormente, son chasquidos, chirridos o crepitaciones (3,4).
Dentro del abordaje para aliviar estas molestias y dolores asociados a esta patología musculoesquelética en el área orofacial, se han descrito numerosas técnicas con distintos grados de invasividad, encontrando desde férulas oclusales, tratamiento de fisioterapia, infiltración de corticoides o plasma (5). Dentro de los tratamientos de fisioterapia, encontramos la punción seca como una medida prometedora en el alivio del dolor temporomandibular. Consiste en una técnica mínimamente invasiva que se basa en la inserción de una aguja de bajo calibre, sin sustancias adicionales, en los puntos gatillo miofasciales, que son nódulos irritables de una banda tensa compuesta por fibras musculares hipertónicas (6).

2 Objetivos

-Exponer la utilidad y beneficios de la punción seca en el dolor temporomandibular
-Comparar dicha eficacia de dicha punción con otros tratamientos existentes

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 también se han consultado

artículos en las principales bases de datos: Pubmed, PEdro, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras clave que se utilizaron fueron en inglés “Dry needling”, “temporomandibular joint” “pain”y “dysfuncion disorder”, es español se utilizaron “punción seca”, “articulación temproomandibular”y “dolor”. Además se utilizaron los operadores booleanos “AND” y “OR.

4 Resultados

La punción seca demostró ser efectiva en el dolor de la articulación temporomandibular (ATM) con resultados significativos en cuanto a la disminución del dolor de la articulación, mejora de la movilidad oclusal, aumentando el rango de movimiento tanto en movimiento de cierre como de apertura y una disminución de la sensibilidad álgica de la zona. Los estudios realizaban el abordaje tratando los puntos gatillos que desencadenaban dolor en la ATM y a nivel facial, demostrando una disminución de la actividad muscular. Los músculos abordados fueron sobre todo el pterigoideo lateral, músculo masetero y músculo temporal. Estos abordajes repercutían en una mejora de los movimientos de apertura, protusión mandibular, lateralidad , acompañados de una disminución significativa del dolor y una mejora en cuanto al descanso, ya que mejoraba las sensaciones del bruxismo nocturno en aquellos casos que lo padecían.
Respecto a comparaciones con otros tratamientos, algunos comparan la punción seca con fármacos analgésicos como podían ser paracetamol o metacarbomol, al final del tratamiento ambos demostraban ser eficaces en esa disminución del dolor pero resaltaban más los efectos a posteriori del tratamiento con punción, ya que perduraban a las semanas. A nivel del uso de las distintas técnicas de punción, que puede ser profunda o superficial, ambas tenían también beneficios en la disminución del dolor pero destacaban los resultados en el dolor de la punción seca profunda, ya que también perduraban los efectos a las semanas.
Un único estudio realiza la punción seca junto con manipulaciones vertebrales a nivel cervical y columna torácica además de movilizaciones y tracciones de la articulación temporomandibular, en resumen aplicaba la técnica con un tratamiento mucho más multimodal y también obtuvo muy buenos resultado tanto en la movilidad de la articulación temporomandibular en movimientos de apertura y a nivel de la disminución del dolor.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, los artículos encontrados muestran que la punción seca tiene efectos positivos en los trastornos temporomandibulares disminuyendo el dolor, mejorando la movilidad tanto en los rangos de movimiento de apertura, lateralizaciones y de protusión, además de disminuir la sensibilidad en la zona de dolor. También demuestra que sus efectos son más duraderos que el uso de fármacos analgésicos, ya que los efectos de la punción perduraban semanas y que además puede ser una técnica complementaria si se acompaña con otras técnicas manuales como manipulaciones vertebrales obteniendo muy buenos resultados. Sin embargo, hacen falta más estudios para ver los efectos tanto a corto, medio y largo plazo, y ver sus efectos con otras técnicas.

6 Bibliografía

1. American Academy of Orofacial Pain. Temporomandibular Disorders. En: de Leeuw R GK, editor. Orofacial Pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management. 4.a ed. Chicago: Quintessence Publishing Co; 2013. p. 127–186.
2. González-iglesias J, Cleland JA, Neto F, Hall T, González-iglesias J. Mobilization with movement , thoracic spine manipulation , and dry needling for the management of temporomandibular disorder : A prospective case series Mobilization with movement , thoracic spine manipulation , and dry needling for the management of temp. Physiother Theory Pract. 2013;29(8):586-95.
3. Rodríguez-Ozores Sánchez, R. Patología de la Articulación Temporomandibular. AMF. 2010 Dic; 6(11): 638-643.
4 Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. J Orofac Pain. 2014; 28(1):6–27.
5. Gauer RL, Semidey MJ. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. Am Fam Physician. 2015;91(6):378–86.
6. Evaluation of the Effectiveness of Dry Needling in the Treatment of Myogenous Temporomandibular Joint Disorders

Capítulo 131

EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE EN LA FASCITIS PLANTAR

LAURA BONIL CHACÓN

LAURA ROMO DE LA LLAVE

CRISTINA HERRERO MARTÍN

SONIA GARCÍA GARCÍA

RAFAEL BAEZA MONSALVE

1 Introducción

La fascia plantar es una estructura que se encuentra en la parte inferior del pie y se caracteriza por ser una banda de tejido conectivo con forma plana, gruesa y fibrosa, conectando los dedos del pie con el talón cubriendo la musculatura plantar(1,2). Su función principal es ser el sostén de la bóveda plantar, mantener el arco plantar longitudinal y absorber los impactos. Además tiene un papel importante en la transmisión de fuerzas del tríceps sural hacia el pie, gracias a su propiedad de viscoelasticidad, permitiendo reponer energía para dar un salto o andar(3,4).

El término fascitis plantar se utiliza para describir un talón doloroso con inflamación en la zona de origen de la fascia plantar. El término "itits" implica que hay inflamación, pero actualmente se empieza a clasificar como "Fasciosis" debido a

que hay cambios degenerativos a nivel histológico en la entesis del calcáneo. Independientemente de la terminología, es un dolor que se genera a lo largo de la fascia a nivel proximal en la tuberosidad del calcáneo(5,6). Es un dolor prevalente en tobillo y pie presentándose entre el 11 y 15% de los adultos entre 45 y 64 años, siendo más común entre las mujeres. La causa más común es el factor mecánico, es decir la anormalidad biomecánica que conlleva a un estrés patológico de la planta del pie. Se pueden producir atrapamientos nerviosos como el nervio calcáneo medial o la rama del nervio plantar lateral. Además existen factores intrínsecos como tener un pie plano, pronación excesiva y otro extrínseco como posiciones prolongadas o el tipo de calzado usado.(7,8)
Dentro de los tratamientos que se utilizan en la actualidad, las ondas de choque es una de las técnicas para el tratamiento de la fascitis plantas, en la actualidad no existe consenso sobre la efectividad de las distintas terapias conservadoras en el tratamiento de esta patología.(9)

2 Objetivos

-Conocer la utilidad y eficacia de las ondas de choque en el dolor de la fascitis plantar
-Comparar la eficacia de las ondas de choque con otros tratamientos existentes

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica que hay. Se ha realizado una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos que son: Pubmed, Medline y Scielo. Las palabras clave que se utilizaron fueron en inglés “extracorporeal shock wave therapy”, “focused extracorporeal shock wave therapy”, “radial extracorporeal shock wave therapy”, “plantar fasciitis”, “plantar fasciopathy”. Y en español “ondas de choque” y “fascitis plantar”. Además se utilizaron los operadores booleanos AND y OR.

4 Resultados

Las ondas de choque tipo radial, demostraron que con una sesión a la semana, durante un tratamiento entre 3- 4 sesiones en la gran mayoría de los estudios reducían el dolor de la fascitis plantar en un 50% y además se mantenían los efectos

tras reevaluar los sujetos de estudio a los 3 y 6 meses, y no solo una reducción del dolor sino también una mejora en la funcionalidad de tobillo. Respecto a los parámetros usados no había diferencias significativas entre las dosis recomendadas de tratamiento respecto dosis mínimas aplicadas. Además la aplicación de las ondas de choque junto con la utilización de plantillas personalizadas y terapia de stretching de la cadena posterior mejoraba también las puntuaciones de dolor en la escala Visual Analógica (EVA) y la funcionalidad de tobillo, además de que las sensaciones percibidas por los pacientes eran "excelentes" en el 97,5% de los pacientes. También el uso complementario de las ondas de choque con plantillas personalizadas y ejercicio específico para el tobillo mejoraron las puntuaciones de la escala Americana "Orthopedic foot and akle society" (AOFAS-F) ylas pruebas de marcha, dieron como resultado una disminución del dolor durante la marca , una mejora de la cadencia y velocidad al caminar. Otro de los estudios comparan las ondas de choque con la terapia láser de baja frecuencia en la que en ambas había una mejora significativa respecto al dolor y velocidad de marcha a corto y medio plazo.
Comparando el tratamiento de ondas de choque radiales con respecto a tratamientos médicos como pueden ser el uso de infiltraciones de corticoesteroides ambos demostraban disminución en el dolor pero solo los grupos de tratamiento no invasivo perduraban los efectos analgésicos en la reevaluación a los meses. Otro tratamiento médico utilizado era la inyección de proloterapia con dextrosa del 20% en la que sí se obtenían resultados similares en dolor y movilidad tanto a corto como medio plazo. Algo significativo era que Los estudios que contaban con equipos ecográficos mostraban cambios histológicos a nivel de la fascia plantar.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los artículos muestran que las ondas de choque tienen efectos positivos en la disminución del dolor de la fascitis plantar tanto a corto como medio plazo, y que no solo se disminuye el dolor, sino también se produce una mejora de la marcha y funcionalidad del tobillo, además sus efectos también son positivos si se implementa con plantillas y stretching y ejercicio analítico. Respecto a tratamientos médicos como el uso de corticoesteroides, demuestra que los efectos de las ondas de choque perduran más a largo plazo. Otro aspecto importante es que los equipos ecográficos muestran cambios a nivel histológico en la fascia plantar. Sin embargo, hacen falta más estudios para llegar a un consenso en el tratamiento de esta patología y ver los efectos a largo plazo y comparación con

otras técnicas.

6 Bibliografía

1. Mateos Simón P. Fascitis plantar : caso clínico. Vol. 1, Revista internacional de ciencias podológicas. 2007.
2. Rompe JD. Plantar fasciopathy. Sports Med Arthrosc. junio de 2009;17(2):100-4
3. Moore, KL DA, AMR A. Anatomía con orientación clínica. 7a. Barcelona; 2013.
4. Lemont H, Ammirati KM, Usen N. Plantar fasciitis: a degenerative process (fasciosis) without inflammation. J Am Podiatr Med Assoc. 2003;93(3):234-7.
5. Hammer WI. The effect of mechanical load on degenerated soft tissue. J Bodyw Mov Ther. julio de 2008;12(3):246-56.
6. Roxas M. Plantar fasciitis: diagnosis and therapeutic considerations. Altern Med Rev. junio de 2005;10(2):83-93.
7. Stephens MM, Walker G. Heel pain: an overview of its aetiology and management. Foot Ankle Surg [Internet]. 1997;3(2):51-60. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1268773197800021
8. Berbrayer D, Fredericson M. Update on Evidence-Based Treatments for Plantar Fasciopathy. PM R [Internet]. 2014;6(2):159-69. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.pmrj.2013.08.609
9. Gill LH, Kiebzak GM. Outcome of nonsurgical treatment for plantar fasciitis. Foot ankle Int. septiembre de 1996;17(9):527-32.

Capítulo 132

EFICACIA DE LA REALIDAD VIRUTUAL EN REHABILITACIÓN DE ICTUS EN FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA

LAURA BONIL CHACÓN

RAFAEL BAEZA MONSALVE

LAURA ROMO DE LA LLAVE

CRISTINA HERRERO MARTÍN

SONIA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) o ictus, está ocasionado por un trastorno en la circulación cerebral que puede afectar de foma permanente o temporal al funcionamiento del encéfalo en una o varias partes. Según su naturaleza pueden ser isquémicos o hemorrágicos. Dentro de los ictus isquémicos encontramos los accidentes isquémicos transitorios caracterizados por ser una isquemia aguda, temporal y reversible sin exceder las 24h, y los infartos cerebrales que producen una isquemia superior a las 24h. Los hemorrágicos se caracterizan por una rotura a nivel de un vaso sanguíneo produciendo extravasaciones de sangre en el interior del parénquima del encéfalo y/o espacio leptomeníngeo, pudiendo ser intracerebrales o subaracnoideos(1,2)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los ACV representan la tercera causa de mortalidad en el occidente, y la primera causa de discapacidad física en personas adultas y segunda que causa demencias. Los factores de riesgo van desde edad, hipertensión arteriral, tabaquismo, colesterol, hiperglucemia, un aumento de la concentración sérica de triglicéridos, obesidad, antecedentes familiares de enfermedad coronaria, sedentarismo y factores psicosociales, entre otros(3).
Dependiente del tipo, área y extensión de la lesión las consecuencias serán distintas. La American Heart Association-Stroke Outcome Clasiffication (AHA-SOC)(4) establece series áreas a nivel neurológico que pueden resultar afectadas que son: déficits motores, sensoriales, visión, lenguaje, cognitivos y problemas emocionales. Además dependiendo de la lateralidad de la lesión las disfunciones serán diferentes. El tratamiento clásico se ha basado en un enfoque neurofisiológico con métodos como Bobath, Rood, Kabat, pero en la actualidad se están desarrollando nuevas estrategias terapéuticas como es la realidad virtual(5)

2 Objetivos

-Exponer la utilidad del abordaje con realidad virtual en la rehabilitación del ictus.
-Comparar la eficacia de este abordaje con otros tratamientos existentes

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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han utilizado las palabras clave en español ”ictus”, ”hemiplejia”, ”hemiparesia”, ”realidad virtual”, y en inglés ”stroke”, ”hemiplegic”, ”hemiparesis”, ”upper extremity”, lower extremity”, virtual reality”, Tamibén se han utilizado los operadores booleanos AND y OR.

4 Resultados

Tras analizar los distintos estudios se ha encontrado que la realidad virtual puede mejorar el rango de movimiento y actividad motora en caso del miembro superior

en tareas de alcance y agarre de la mano, también se reducían las compensaciones que se realizaban con el tronco, se mejoraban movimientos de flexión, extensión y abducción de hombro y a nivel del codo los movimientos de flexión. Además los estudios que asociaban la realidad virtual a terapias convencionales como Bobath, terapia física, entrenamiento cognitivo o tratamientos más novedosos como la terapia de restricción de movimiento (mCIMT) se encontraban mejoras en las puntuaciones de las escalas de independencia personal y mejoraban las puntuaciones en las escalas de la actividad de vida diaria(AVD), con ganancia en la recuperación motora que se transferían a la hora de realizar las AVD. En casos de deficiencia motora gruesa asociada a terapia ocupacional se observaba mejoras en la función motora gruesa del miembro superior.
Dentro de los distintos tan heterogéneos de las distintas aplicaciones de la realidad virtual, encontramos estudios que utilizaban programas de rehabilitación autodirigidos por el paciente en casa gracias a programas que contaban con sensores portátiles y se mejoraraba la función del brazo hemipléjico y permitía el seguimiento a diario de la terapia, la dificultad de adaptación y la detección de patrones motores desadaptativos. En cuanto al uso de videojuegos con consolas comerciales como la XBox estas mejoran el rango de movimiento y función motora gruesa. Juegos parecidos al "guitar Hero" proporcionaban mejoras en la realización de la pinza o oposición del pulgar, proporcionando un gran feedback al paciente. La realidad virtual no solo mejoraba las puntuaciones en rango, funcionalidad e independencia, sino que el tratamiento creaba una gran adherencia al tratamiento

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de esta revisión, podemos encontrar que la realidad virtual puede ser una posible opción terapéutica en la recuperación motora de las secuelas del ictus combinándose con tratamientos convencionales como pueden ser la terapia Bobath o con tratamientos más novedosos como es la terapia de restricción del lado sano (mCIMT) o utilizarla como un único tratamiento, ya que hay diferentes estrategias terapéuticas. Estas mejoras permitían una mejora y facilitación tanto en la independencia personal como en la reincorporación de los pacientes a las actividades de la vida diaria. La realidad virtual presenta numerosas estrategias terapéuticas pero falta más consenso para los tratamientos clínicos y ver los efectos a corto, medio y largo plazo.

6 Bibliografía

1. Arboix A, Díaz J, Pérez-Sempere A, Álvarez Sabin J. Ictus: tipos etiológicos y criterios diagnósticos. En: Sociedad Española de Neurología, editor. Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Barcelona; 2004. p. 1-23.
2. Díez-Tejedor E, Del Brutto O, Álvarez-Sabín J, Muñoz M, Abiusi G. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares . Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. Rev Neurol. 2001;33(5):455-64.
3. WHO | The Atlas of Heart Disease and [Internet]. Who.int. [citado 27 de abril de
2017]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/
4. Kelly-Hayes M, Robertson JT, Broderick JP, Duncan PW, Hershey LA, Roth EJ, et al. The American Heart Association Stroke Outcome Classification. Stroke. 1998;29(6):1274-80.
5 Bayón-Calatayud M, Gil-Agudo A, Benavente-Valdepeñas A., DrozdowskyPalacios O, Sanchez-Martín G, Del Alamo-Rodríguez M. Eficacia de nuevas terapias en la neurorrehabilitación del miembro superior en pacientes con ictus. Rehabilitación. 2014;48(4):232-40.

Capítulo 133

TERAPIA DE RESTRICCIÓN INDUCIDA DEL LADO SANO (CONSTRAINT-INDUCED MOVEMENT THERAPY, CIMT) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

CELIA VELASCO CORTÉS

DAVID GARCÍA RONCERO

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

1 Introducción

La parálisis cerebral es un trastorno del movimiento y la postura que afecta a una parte significativa de la población pediátrica en todo el mundo. Se caracteriza por una lesión cerebral no progresiva que ocurre en la etapa prenatal, perinatal o posnatal temprana, lo que resulta en una variedad de dificultades físicas y funcionales.

Uno de los principales desafíos que enfrentan estos pacientes es la limitación de la movilidad y la funcionalidad en el lado afectado del cuerpo. En este contexto, la Terapia de Restricción Inducida del Lado Sano (CIMT) ha surgido como una intervención terapéutica prometedora para mejorar la función motora y la calidad de vida en pacientes pediátricos con parálisis cerebral.

La Terapia de Restricción Inducida del Lado Sano se lleva a cabo a través de un programa estructurado que incluye una combinación de restricción física, ejercicios y actividades terapéuticas. En primer lugar, se aplica una férula o una sujeción en el lado no afectado del cuerpo, restringiendo su movimiento. Esto obliga al paciente a usar activamente el lado afectado, promoviendo así la reorganización y la activación de las áreas cerebrales asociadas con el movimiento y la función motora en ese lado.

La terapia se realiza en sesiones diarias durante un período de tiempo específico, generalmente durante varias semanas. La duración de cada sesión varía según la edad y las capacidades individuales del paciente, pero típicamente oscila entre 2 y 6 horas al día. Durante estas sesiones, se llevan a cabo una serie de ejercicios y actividades diseñados para promover la movilidad y la función del lado afectado. Estos ejercicios incluyen actividades de alcance, agarre, manipulación y desplazamiento, adaptados a las necesidades y habilidades del paciente.

La selección adecuada de los pacientes es un aspecto importante a considerar en la Terapia de Restricción Inducida del Lado Sano. Se recomienda que la terapia se inicie en niños de edad temprana, generalmente entre los 2 y 7 años, cuando el cerebro tiene una mayor plasticidad y capacidad de adaptación. Sin embargo, la CIMT también puede ser beneficiosa en pacientes de mayor edad, aunque los resultados pueden variar. Es importante evaluar cuidadosamente las habilidades motoras y las necesidades individuales de cada paciente antes de iniciar la terapia.

La eficacia de la CIMT en pacientes pediátricos con parálisis cerebral puede atribuirse a varios mecanismos subyacentes. En primer lugar, la restricción del lado sano fomenta la utilización activa del lado afectado, lo que estimula la plasticidad cerebral y la reorganización de las conexiones neuronales. Esto puede conducir a la formación de nuevas vías neurales y a una mayor activación de las áreas cerebrales relacionadas con el movimiento y la función motora. Además, la CIMT promueve la repetición intensiva de movimientos específicos, lo que facilita la consolidación de la memoria motora y la adquisición de habilidades motoras más complejas.

Este trabajo busca evaluar la efectividad la CIMT en este contexto, a través de una revisión exhaustiva de la literatura científica. Los resultados obtenidos serán fundamentales para comprender el impacto de la rehabilitación y promover su

implementación en la práctica clínica, mejorando así la calidad de vida de los pacientes y ampliando su acceso a servicios de rehabilitación.

2 Objetivos

1. Evaluar la eficacia de la Terapia de Restricción Inducida del Lado Sano (CIMT) en la mejora de la función motora (fuerza, destreza y coordinación) en pacientes pediátricos con parálisis cerebral.
2. Investigar los efectos a largo plazo de la Terapia de Restricción Inducida del Lado Sano en la función motora en pacientes pediátricos con parálisis cerebral.
3. Analizar la influencia de la Terapia de Restricción Inducida del Lado Sano en la habilidad de los pacientes pediátricos con parálisis cerebral para participar en actividades escolares y recreativas.

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

Numerosos estudios han evaluado la CIMT en la mejora de la función motora en pacientes pediátricos con parálisis cerebral. Los resultados han demostrado consistentemente mejoras significativas en la fuerza, destreza y coordinación motora en el lado afectado del cuerpo.
Se observó una mejora sustancial en la fuerza muscular en el lado afectado después de completar un programa de CIMT de 4 semanas. Los pacientes muestran un aumento significativo en la fuerza de agarre y la capacidad de realizar movimientos de alcance y manipulación con mayor precisión. Estos resultados respaldan la eficacia de la CIMT para mejorar la fuerza muscular en pacientes pediátricos con parálisis cerebral.
Además de la fuerza, la destreza motora también se ha visto beneficiada por la CIMT, mostrando una mejora significativa en la destreza manual en el lado afectado después de completar un programa de CIMT de 6 semanas. Los pacientes

expusieron una mayor habilidad para realizar tareas finas y complejas, como abrochar botones, manipular objetos pequeños y realizar movimientos precisos con los dedos. Estos hallazgos sugieren que la CIMT puede ser efectiva para mejorar la destreza manual en pacientes pediátricos con parálisis cerebral.

La coordinación motora también ha sido objeto de investigación en relación con la CIMT, se observó una mejora en la coordinación bimanual y en la capacidad de realizar movimientos secuenciales y coordinados en el lado afectado. Estos resultados respaldan la eficacia de la CIMT para mejorar la coordinación motora en pacientes pediátricos con parálisis cerebral.

La evaluación de los efectos a largo plazo de la CIMT en la función motora en pacientes pediátricos con parálisis cerebral es de suma importancia para determinar la sostenibilidad de los resultados obtenidos. Varios estudios han realizado seguimientos a largo plazo para evaluar la persistencia de los efectos de la CIMT. Los beneficios obtenidos en la función motora mediante la CIMT se mantenían hasta 12 meses después de finalizado el tratamiento. Los pacientes mostraron una mejoría significativa en la fuerza, destreza y coordinación motora en el lado afectado, y estos efectos se mantuvieron a lo largo del tiempo. Estos hallazgos sugieren que la CIMT puede tener efectos a largo plazo en la función motora en pacientes pediátricos con parálisis cerebral.

Se encontró que los beneficios en la función motora se mantenían hasta 24 meses después de finalizada la terapia. Los pacientes mostraron una mejora sostenida en la fuerza, destreza y coordinación motora en el lado afectado, lo que indica la persistencia de los efectos a largo plazo de la CIMT en la función motora.

Estos hallazgos respaldan la idea de que la CIMT puede tener efectos a largo plazo en la función motora en pacientes pediátricos con parálisis cerebral. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los resultados pueden variar según las características individuales de cada paciente y la adherencia al programa de terapia.

La Terapia de Restricción Inducida del Lado Sano no solo se enfoca en mejorar la función motora, sino que también busca facilitar la participación de los pacientes pediátricos con parálisis cerebral en actividades escolares y recreativas.

Se encontró que los pacientes que completaron un programa de CIMT mostraron una mayor participación en actividades escolares, como escribir, dibujar y realizar tareas de manipulación, en comparación con aquellos que no recibieron la terapia. Estos hallazgos sugieren que la CIMT puede tener un impacto positivo en la habilidad de los pacientes para participar activamente en el entorno escolar.

Además de las actividades escolares, la CIMT también puede influir en la participación en actividades recreativas, mostrando una mejora en la participación en

actividades recreativas, como juegos al aire libre, deportes adaptados y juegos de mesa, en los pacientes que recibieron la CIMT. Estos resultados indican que la CIMT puede ayudar a los pacientes pediátricos con parálisis cerebral a participar de manera más activa y satisfactoria en actividades recreativas, lo que puede tener un impacto positivo en su bienestar general.

En resumen, la Terapia de Restricción Inducida del Lado Sano ha demostrado ser eficaz en la mejora de la función motora en pacientes pediátricos con parálisis cerebral, incluyendo la fuerza, destreza y coordinación motora. Además, se ha observado que los beneficios de la CIMT pueden persistir a largo plazo. Así mismo, la terapia puede influir positivamente en la participación de los pacientes en actividades escolares y recreativas, brindando oportunidades para una mayor autonomía y una mejor calidad de vida. Estos hallazgos respaldan la importancia de la CIMT como enfoque terapéutico en pacientes pediátricos con parálisis cerebral.

5 Discusión-Conclusión

La CIMT ha demostrado ser una intervención efectiva para mejorar la función motora en pacientes pediátricos con parálisis cerebral. A través de la evaluación de la eficacia de la CIMT en la mejora de la función motora, se observó una clara evidencia de los beneficios en términos de fuerza, destreza y coordinación motora en el lado afectado del cuerpo. Estos resultados respaldan el uso de la CIMT como una estrategia terapéutica valiosa para abordar las limitaciones motoras asociadas con la parálisis cerebral en pacientes pediátricos.

La investigación de los efectos a largo plazo de la CIMT en la función motora ha revelado que los beneficios obtenidos a través de esta terapia pueden mantenerse durante un período prolongado de tiempo. Los estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que los pacientes continúan experimentando mejoras significativas en la función motora incluso meses después de finalizado el tratamiento. Estos hallazgos sugieren que la CIMT tiene el potencial de generar cambios duraderos en la función motora de los pacientes pediátricos con parálisis cerebral.

Además de los beneficios en la función motora, se ha observado que la CIMT también tiene un impacto positivo en la participación de los pacientes en actividades escolares y recreativas. La terapia facilita la activa incorporación del lado afectado en las actividades cotidianas, lo que permite a los pacientes pediátricos con parálisis cerebral participar de manera más plena y satisfactoria en su entorno escolar y recreativo. La mejora en la capacidad de realizar tareas específicas, como

escribir, dibujar y participar en juegos y deportes adaptados, promueve la autonomía y la inclusión social de estos niños, lo que contribuye a su bienestar general.

Los resultados obtenidos en relación con los objetivos planteados destacan la importancia de la CIMT como una opción terapéutica valiosa para abordar las limitaciones motoras y mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos con parálisis cerebral. La eficacia de la CIMT en la mejora de la función motora ha sido respaldada por una sólida base de evidencia científica, que ha demostrado consistentemente los beneficios en términos de fuerza, destreza y coordinación motora en el lado afectado.

La persistencia de los efectos a largo plazo de la CIMT subraya la importancia de esta terapia como un enfoque a largo plazo para el tratamiento de la parálisis cerebral en pacientes pediátricos. Los beneficios sostenidos en la función motora a lo largo del tiempo brindan a los pacientes la oportunidad de seguir mejorando y alcanzando su máximo potencial incluso después de finalizado el programa de terapia.

Además, la capacidad de la CIMT para promover la participación activa en actividades escolares y recreativas destaca su impacto en la calidad de vida de los pacientes pediátricos con parálisis cerebral. Al mejorar la habilidad de los niños para realizar actividades cotidianas y participar plenamente en su entorno, la CIMT les brinda la oportunidad de desarrollar habilidades sociales, fortalecer su autoestima y mejorar su bienestar general.

En conclusión, la Terapia de Restricción Inducida del Lado Sano (CIMT) ha demostrado ser una intervención efectiva para mejorar la función motora en pacientes pediátricos con parálisis cerebral. Los resultados obtenidos en este estudio respaldan la eficacia de la CIMT en la mejora de la fuerza, destreza y coordinación motora en el lado afectado. Además, se ha observado que los beneficios de la CIMT pueden mantenerse a largo plazo, lo que indica su potencial para generar cambios duraderos en la función motora.

Asimismo, la CIMT ha demostrado influir positivamente en la participación de los pacientes en actividades escolares y recreativas, lo que contribuye a su autonomía y bienestar general. Estos hallazgos respaldan la importancia de considerar la CIMT como una opción terapéutica valiosa para el tratamiento de la parálisis cerebral en pacientes pediátricos.

6 Bibliografía

1. DeLuca SC, Case-Smith J, Stevenson R, Ramey SL. Constraint-induced movement therapy (CIMT) for young children with cerebral palsy: effects of therapeutic dosage. J Pediatr Rehabil Med [Internet]. 2012;5(2):133–42. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3233/PRM-2012-0206.
2. Ramey SL, DeLuca S, Stevenson RD, Case-Smith J, Darragh A, Conaway M. Children with Hemiparesis Arm and Movement Project (CHAMP): protocol for a multisite comparative efficacy trial of paediatric constraint-induced movement therapy (CIMT) testing effects of dosage and type of constraint for children with hemiparetic cerebral palsy. BMJ Open [Internet]. 2019;9(1):e023285. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023285
3. Hoare BJ, Wallen MA, Thorley MN, Jackman ML, Carey LM, Imms C. Constraint-induced movement therapy in children with unilateral cerebral palsy. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2019;4:CD004149. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004149.pub3.
4. Novak I, Honan I. Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. Aust Occup Ther J [Internet]. 2019;66(3):258–73. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/1440-1630.12573.

Capítulo 134

REHABILITACIÓN EN PACIENTES QUEMADOS. UN PAPEL FUNDAMENTAL

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

CELIA VELASCO CORTÉS

DAVID GARCÍA RONCERO

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

1 Introducción

Las quemaduras representan una de las lesiones más devastadoras y traumáticas que una persona puede sufrir. Afectan no solo la integridad física, sino también la salud emocional y la calidad de vida de los individuos afectados. La rehabilitación de pacientes quemados es un proceso complejo que requiere una atención integral y multidisciplinaria para maximizar la recuperación y mejorar la funcionalidad de estos pacientes. En este contexto, la fisioterapia y la terapia ocupacional desempeñan un papel crucial en el proceso de rehabilitación.

Las quemaduras pueden ser causadas por diversos factores, como el calor, la electricidad, productos químicos o radiación. La gravedad de las quemaduras se clasifica en diferentes niveles según su profundidad y extensión. Las quemaduras de

primer grado afectan solo la capa superficial de la piel, mientras que las de segundo grado pueden llegar a las capas más profundas. Las quemaduras de tercer grado son las más graves, ya que involucran todas las capas de la piel y pueden afectar los músculos, los huesos y otros tejidos subyacentes.

La rehabilitación de pacientes quemados tiene como objetivo principal restaurar la funcionalidad y mejorar la calidad de vida de estos individuos. Este proceso se enfoca en abordar las secuelas físicas, psicológicas y funcionales que pueden surgir como resultado de las quemaduras. Los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales desempeñan un papel esencial en este proceso, trabajando de manera conjunta para proporcionar una atención integral y personalizada.

La fisioterapia se centra en mejorar la función física y promover la recuperación de los pacientes quemados. Los fisioterapeutas evalúan la movilidad articular, la fuerza muscular, la flexibilidad y la capacidad funcional de los pacientes. A partir de esta evaluación, desarrollan un plan de tratamiento individualizado que puede incluir ejercicios terapéuticos, técnicas de estiramiento, movilizaciones articulares, terapia manual y el tratamiento de cicatrices y adherencias de los tejidos.

Estas intervenciones fisioterapéuticas tienen como objetivo mejorar la movilidad, reducir el dolor, prevenir la pérdida de masa muscular y promover la cicatrización adecuada de las heridas.

Por otro lado, la terapia ocupacional se enfoca en ayudar a los pacientes quemados a recuperar su independencia y participación en las actividades diarias. Los terapeutas ocupacionales evalúan las habilidades funcionales de los pacientes y trabajan en conjunto con ellos para desarrollar estrategias y adaptaciones que les permitan superar las limitaciones físicas y emocionales.

Estas adaptaciones pueden incluir el uso de dispositivos de asistencia, técnicas de conservación de energía y modificaciones del entorno para facilitar la participación en actividades cotidianas como el autocuidado, el trabajo, el estudio y las actividades recreativas. La terapia ocupacional también se enfoca en promover la salud mental y emocional de los pacientes, ayudándolos a superar los desafíos psicológicos asociados con las quemaduras.

En resumen, la rehabilitación de pacientes quemados es un proceso complejo que requiere una atención integral y multidisciplinaria. La fisioterapia y la terapia ocupacional desempeñan un papel crucial en este proceso, abordando las secuelas físicas, emocionales y funcionales de las quemaduras. La fisioterapia se enfoca en mejorar la función física y promover la recuperación física de los pacientes, mientras que la terapia ocupacional se centra en mejorar la independencia y la participación en las actividades diarias. El trabajo conjunto de estos

profesionales de la salud contribuye significativamente a la rehabilitación exitosa de los pacientes quemados, ayudándolos a alcanzar una mejor calidad de vida y reintegrarse en la sociedad de manera efectiva.
Este trabajo busca evaluar la efectividad de la fisioterapia y la terapia ocupacional en este contexto, a través de una revisión exhaustiva de la literatura científica. Los resultados obtenidos serán fundamentales para comprender el impacto de la rehabilitación y promover su implementación en la práctica clínica, mejorando así la calidad de vida de los pacientes y ampliando su acceso a servicios de rehabilitación.

2 Objetivos

1. Determinar la efectividad de la fisioterapia y la terapia ocupacional en el inicio temprano de la rehabilitación en pacientes quemados.
2. Determinar el papel de la fisioterapia y la terapia ocupacional en la reducción de la estancia hospitalaria de pacientes quemados.
3. Evaluar la influencia de la fisioterapia y la terapia ocupacional en la reducción del tiempo de recuperación de pacientes quemados.
4. Valorar el impacto de la fisioterapia y la terapia ocupacional en la calidad de vida de los pacientes quemados.
5. Evaluar el impacto de la fisioterapia y la terapia ocupacional en la funcionalidad y autonomía de los pacientes quemados.

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 muestran una mejoría significativa en la movilidad y la función física, en concreto una menor pérdida de rango de movimiento en las articulaciones afectadas por las quemaduras y una menor incidencia de contracturas.

Además, se observó una reducción en el tiempo necesario para lograr la independencia en las actividades de la vida diaria, como el autocuidado y la movilidad en el entorno.
Estos hallazgos respaldan la efectividad de la fisioterapia y la terapia ocupacional en el inicio temprano de la rehabilitación en pacientes quemados. La intervención temprana de estos profesionales permitió prevenir y minimizar las complicaciones físicas derivadas de las quemaduras, promoviendo una recuperación más rápida y mejorando la funcionalidad de los pacientes.
Los resultados revelaron que los pacientes que recibió fisioterapia y terapia ocupacional presentaron una estancia hospitalaria significativamente más corta. Los pacientes que participaron en sesiones regulares de fisioterapia y terapia ocupacional mostraron una mejor recuperación funcional, una mayor independencia en las actividades diarias y una reducción en la incidencia de complicaciones físicas, lo que permitió una pronta transición a la atención ambulatoria.
Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que la fisioterapia y la terapia ocupacional desempeñan un papel importante en la reducción de la estancia hospitalaria de pacientes quemados. La intervención temprana y continua de estos profesionales contribuye a una recuperación más rápida y efectiva, lo que a su vez reduce la necesidad de hospitalización prolongada y optimiza el uso de los recursos hospitalarios.
Los resultados exponen una reducción significativa en el tiempo de recuperación, los pacientes que recibieron fisioterapia y terapia ocupacional presentaron una cicatrización más rápida de las heridas, una mejoría más temprana en la movilidad y una menor incidencia de complicaciones relacionadas con las quemaduras. Además, se observó una reducción en el tiempo necesario para lograr la independencia en las actividades diarias y una pronta reintegración a las tareas laborales y educativas.
Estos resultados sugieren que la fisioterapia y la terapia ocupacional desempeñan un papel fundamental en la reducción del tiempo de recuperación de pacientes quemados. La intervención temprana de estos profesionales contribuye a una mejor cicatrización de las heridas, una rehabilitación más rápida y una pronta reintegración a las actividades cotidianas, lo que acelera significativamente el proceso de recuperación.
Los resultados revelaron que los pacientes que habían recibido fisioterapia y terapia ocupacional durante su rehabilitación mostraron una mejora significativa en su calidad de vida en comparación con aquellos que no habían recibido estas intervenciones. Estos pacientes reportaron una mayor satisfacción con su estado de salud física y funcionalidad, una mejor gestión del dolor y una mayor par-

ticipación en actividades sociales y recreativas. Además, se observó una mayor autoestima y confianza en sí mismos, lo que contribuyó a su reintegración exitosa en la sociedad.

Estos hallazgos indican que la fisioterapia y la terapia ocupacional tienen un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes quemados. La intervención de estos profesionales no solo se centra en la recuperación física, sino también en aspectos psicológicos y sociales, mejorando la percepción de bienestar y promoviendo una reintegración exitosa en la vida cotidiana.

Los resultados mostraron que los pacientes que recibieron fisioterapia y terapia ocupacional experimentaron una mejora significativa en su funcionalidad y autonomía a lo largo del tiempo en comparación con aquellos que no recibieron estas intervenciones. Se observó una mayor capacidad para realizar actividades de autocuidado, una mejor movilidad en el entorno y una mayor independencia en las tareas domésticas y laborales. Además, se evidenció una reducción en la dependencia de dispositivos de asistencia y una mejora en la calidad del movimiento y el equilibrio.

Estos resultados respaldan la importancia de la fisioterapia y la terapia ocupacional en la mejora de la funcionalidad y la promoción de la autonomía en pacientes quemados. La intervención temprana y continua de estos profesionales proporciona estrategias y técnicas adaptativas, así como apoyo emocional, que permiten a los pacientes alcanzar un mayor nivel de independencia y participación en actividades cotidianas, mejorando su calidad de vida de manera significativa.

5 Discusión-Conclusión

El presente estudio ha abordado la efectividad de la fisioterapia y la terapia ocupacional en la rehabilitación de pacientes quemados, centrándose en varios aspectos clave como el inicio temprano de la rehabilitación, la reducción de la estancia hospitalaria, el tiempo de recuperación, la calidad de vida, y la funcionalidad y autonomía de los pacientes.

A partir de los resultados obtenidos, se pueden extraer conclusiones significativas que respaldan la importancia y el impacto positivo de estas intervenciones en la atención integral de los pacientes quemados.

En primer lugar, se ha demostrado que el inicio temprano de la fisioterapia y la terapia ocupacional en la rehabilitación de pacientes quemados es fundamental para lograr una recuperación más rápida y efectiva. La intervención temprana ha demostrado ser crucial para prevenir y minimizar las complicaciones físicas

asociadas con las quemaduras, como la pérdida de rango de movimiento y las contracturas.

Mediante la implementación de técnicas y ejercicios específicos, los profesionales de la fisioterapia y la terapia ocupacional han logrado mejorar la movilidad, promover la cicatrización de las heridas y acelerar la independencia en las actividades de la vida diaria.

En segundo lugar, se ha evidenciado que la fisioterapia y la terapia ocupacional desempeñan un papel significativo en la reducción de la estancia hospitalaria de los pacientes quemados. La intervención temprana y continua de estos profesionales ha permitido acelerar el proceso de recuperación, lo que a su vez ha facilitado una transición más rápida a la atención ambulatoria. Al promover una recuperación más rápida y una mejor funcionalidad, se ha logrado optimizar el uso de los recursos hospitalarios y mejorar la eficiencia en la atención a estos pacientes.

En tercer lugar, se ha comprobado que la fisioterapia y la terapia ocupacional influyen de manera positiva en la reducción del tiempo de recuperación de los pacientes quemados. Mediante el uso de técnicas terapéuticas específicas, se ha logrado acelerar la cicatrización de las heridas, mejorar la movilidad y reducir las complicaciones físicas. Esto ha permitido una recuperación más rápida y una pronta reintegración a las actividades cotidianas, mejorando la calidad de vida de los pacientes y optimizando los resultados del tratamiento.

En cuarto lugar, se ha constatado que la fisioterapia y la terapia ocupacional tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes quemados. La intervención de estos profesionales no solo se ha centrado en aspectos físicos, sino también en el bienestar emocional y social de los pacientes. Los resultados han revelado una mejora en la satisfacción con la salud física, el funcionamiento diario y la participación en actividades sociales y recreativas. Además, se ha observado una mayor autoestima y confianza en sí mismos, lo que ha favorecido su reintegración exitosa en la sociedad.

Por último, se ha demostrado que la fisioterapia y la terapia ocupacional son determinantes en la mejora de la funcionalidad y autonomía de los pacientes quemados. A través de intervenciones adaptativas, estrategias de rehabilitación y apoyo emocional, estos profesionales han logrado mejorar la capacidad de los pacientes para realizar actividades de autocuidado, movilizarse en su entorno y desempeñarse de manera independiente en las tareas diarias. Esto ha contribuido significativamente a su independencia funcional y a su participación activa en la sociedad.

En conclusión, los resultados obtenidos en este estudio respaldan la efectividad

de la fisioterapia y la terapia ocupacional en la rehabilitación de pacientes quemados. Estas intervenciones han demostrado ser fundamentales en la mejora de la movilidad, la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes.
La implementación temprana y continua de estas terapias, junto con un enfoque integral y multidisciplinario, permite maximizar los resultados del tratamiento y favorecer una recuperación más rápida y efectiva.
Es imprescindible que los profesionales de la salud reconozcan y valoren el papel crucial de la fisioterapia y la terapia ocupacional en el cuidado de los pacientes quemados, integrándolos de manera activa en los planes de tratamiento y rehabilitación.

6 Bibliografía

1. Aghajanzade, M., Momeni, M., Niazi, M., Ghorbani, H., Saberi, M., Kheirkhah, R., Rahbar, H., & Karimi, H.. Effectiveness of incorporating occupational therapy in rehabilitation of hand burn patients. Annals of burns and fire disasters, (2019); 32(2), 147–152.
2. Çınar MA, Bayramlar K, Erkılıç A, Güneş A, Yakut Y. The effects of early physiotherapy on biochemical parameters in major burn patients: A burn center's experience. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg [Internet]. 2019;25(5):461–6. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5505/tjtes.2018.05950.
3. Abazarnejad E, Froutan R, Ahmadabadi A, Mazlom SR. Improving respiratory muscle strength and health status in burn patients: a randomized controlled trial. Qual Life Res [Internet]. 2022;31(3):769–76. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s11136-021-02996-x.
4. Heath K, Timbrell V, Calvert P, Stiller K. Outcome measurement tools currently used to assess pediatric burn patients: an occupational therapy and physiotherapy perspective. J Burn Care Res [Internet]. 2011;32(6):600–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/BCR.0b013e31822dc450.
5. Parry IS, Schneider JC, Yelvington M, Sharp P, Serghiou M, Ryan CM, et al. Systematic review and expert consensus on the use of orthoses (splints and casts) with adults and children after burn injury to determine practice guidelines. J Burn Care Res [Internet]. 2020;41(3):503–34. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1093/jbcr/irz150.

Capítulo 135

REHABILITACIÓN MEDIANTE TERAPIA EN ESPEJO DEL DOLOR DEL MIEMBRO FANTASMA EN PACIENTES AMPUTADOS

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

CELIA VELASCO CORTÉS

DAVID GARCÍA RONCERO

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

1 Introducción

La amputación de un miembro es un evento traumático y devastador que afecta profundamente la calidad de vida de los individuos que lo experimentan. Además de la ausencia física, los individuos que han padecido amputaciones a menudo se enfrentan a alteraciones y trastornos emocionales, psicológicos y perceptivos, incluyendo en este último el dolor del miembro fantasma.

El dolor del miembro fantasma se refiere a la sensación de dolor que se experimenta en la región corporal que ya no está presente. Esta sensación puede variar desde una leve molestia hasta un intenso y crónico dolor, lo cual complica aún más el proceso de rehabilitación y la reintegración de los pacientes amputados en su vida diaria.

En los últimos años, la terapia en espejo ha surgido como un enfoque innovador y prometedor para el tratamiento del dolor del miembro fantasma en pacientes amputados. Esta terapia se basa en el principio de que el cerebro puede ser "engañado" al suministrarle una imagen visual reflejada de la extremidad amputada, reduciendo de esta manera el dolor y mejorando la función del miembro fantasma.

La terapia en espejo implica el uso de un espejo que se coloca estratégicamente de manera que el paciente pueda ver la imagen reflejada de su miembro sano en lugar del miembro amputado. Al mover el miembro sano frente al espejo, se crea la ilusión de que el miembro amputado también está moviéndose. Esta ilusión visual engaña al cerebro y ayuda a restablecer la conexión entre la percepción visual y la sensación física, aliviando así el dolor del miembro fantasma.

La terapia es espejo ofrece una experiencia visual que coincida con las sensaciones motoras y somatosensoriales que el paciente tenía antes de la amputación. Se realiza mediante ejercicios y movimientos ejecutados con el miembro no afecto mientras se observa la imagen reflejada en el espejo. A través de dicha terapia el cerebro reorganiza los circuitos neuronales y reduce la percepción del dolor del miembro fantasma.

Es considerado como un método de tratamiento no invasivo y no farmacológico para el tratamiento del dolor del miembro fantasma. Se centra en la plasticidad cerebral, es decir, en la capacidad del cerebro para adecuarse y cambiar a lo largo del tiempo.

A través de la repetición de los ejercicios y movimientos en frente del espejo, se espera que el cerebro reorganice los mapas sensoriales y motoras, disminuyendo así la percepción del dolor y mejorando la funcionalidad del miembro fantasma.

La terapia en espejo puede llevarse a cabo tanto en sesiones individuales con un terapeuta como en el hogar, utilizando un espejo especial y siguiendo las instrucciones proporcionadas por el profesional de la salud.

En las sesiones se guiará al paciente a través de una serie de ejercicios diseñados individual y específicamente para reducir el dolor del miembro fantasma y mejorar la movilidad y la función. Estos ejercicios pueden incluir movimientos simples como flexión y extensión del miembro sano, movimientos de rotación y actividades funcionales que imiten las tareas de la vida diaria.

Con esta terapia se ofrece una experiencia visual que coincide con las sensaciones motoras y somatosensoriales previas a la amputación, esta terapia engaña al cerebro y reduce la percepción del dolor.

A medida que se continúa investigando y refinando esta técnica, se espera que la terapia en espejo se convierta en un componente clave de la rehabilitación

integral de los pacientes amputados, mejorando su calidad de vida y facilitando su reintegración en la sociedad.
Es fundamental conocer las bases teóricas y científicas que la respaldan la terapia. Se analizarán conceptos clave, como la plasticidad cerebral, a su vez se buscará evidencia de cómo la terapia en espejo aprovecha dicha plasticidad para cambiar las representaciones cerebrales distorsionadas relacionadas con el dolor del miembro fantasma y fomentar así la recuperación funcional.
Conjuntamente a investigar sobre las bases teórica, también es de vital importancia conocer y comprender los mecanismos neurofisiológicos subyacentes al dolor del miembro fantasma. Se revisarán las teorías propuestas, que incluyen la teoría de la desaferentación, la teoría de la reorganización cortical y la teoría del circuito de dolor. Estas teorías ofrecen una visión profunda de los procesos neurales involucrados en la generación y el mantenimiento del dolor del miembro fantasma, y sientan las bases para la comprensión de cómo la terapia en espejo puede intervenir en estos mecanismos y producir alivio.
Para valorar la eficacia de la terapia en espejo en el tratamiento del dolor del miembro fantasma, se analizarán estudios clínicos y investigaciones empíricas relevantes. Se examinarán los diseños experimentales, las muestras de pacientes, los resultados medidos y las conclusiones obtenidas en estos estudios. Además, se examinarán las variables como son la duración de la terapia, la frecuencia de las sesiones y las características individuales del paciente.
Se discutirán los protocolos de tratamiento recomendados, las consideraciones logísticas para la implementación de la terapia en espejo y las habilidades y competencias necesarias para su aplicación por parte de los profesionales de la salud. Además, se examinarán los posibles efectos secundarios y las limitaciones de esta terapia, así como las estrategias para minimizar riesgos y maximizar beneficios.

2 Objetivos

1. Investigar la duración y el tiempo idóneo de aplicación de la terapia en espejo en el tratamiento del dolor del miembro fantasma en pacientes amputados.
2. Evaluar la eficacia de la terapia en espejo en el tratamiento del dolor del miembro fantasma en pacientes amputados.
3. Explorar los efectos a largo plazo de la terapia en espejo en la rehabilitación del dolor del miembro fantasma en pacientes amputados.

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 revisaron varios estudios que abordaban aspectos como la duración y el tiempo óptimo de aplicación de la terapia en espejo en el tratamiento del dolor del miembro fantasma en pacientes amputados. Los resultados obtenidos proporcionaron información valiosa sobre los efectos de diferentes duraciones de terapia en espejo y el tiempo necesario para lograr mejoras significativas en el dolor del miembro fantasma.

Los datos obtenidos informan que una duración de cuatro semanas de terapia en espejo puede ser suficiente para conseguir mejoras clínicamente significativas en el dolor del miembro fantasma en pacientes amputados. Los resultados muestran una disminución progresiva y sostenida en el dolor a lo largo del tiempo.

En general, los estudios revisados sugieren que la duración óptima de la terapia en espejo puede variar dependiendo de factores individuales y características del paciente, como la gravedad del dolor y la adaptación al tratamiento. Si bien algunos estudios han demostrado mejoras significativas en un corto período de tiempo, otros han señalado que la terapia en espejo puede requerir un enfoque a más largo plazo para obtener beneficios óptimos. Estos resultados resaltan la importancia de adaptar la duración y el tiempo de tratamiento según las necesidades individuales de cada paciente.

El análisis de la eficacia de la terapia en espejo reveló resultados prometedores en términos de reducción del dolor y mejora de la funcionalidad. Se examinaron diferentes estudios clínicos y revisiones sistemáticas para obtener una visión integral de los efectos de la terapia en espejo en la población de estudio.

Los resultados informan sobre una disminución en la intensidad del dolor y la frecuencia de aparición del dolor del miembro fantasma, mejoras en la función y también en la calidad de vida en comparación con el tratamiento convencional. Estos resultados respaldan la eficacia de la terapia en espejo como un enfoque efectivo para el tratamiento del dolor del miembro fantasma en pacientes amputados.

Se mostró una disminución significativa en la intensidad del dolor y una reducción en la activación cortical anormal en las regiones relacionadas con el dolor después de completar la realización de los ejercicios de dicha terapia, poniendo de manifiesto que la función y efectividad de la terapia en espejo en la reducción del dolor y la modulación cortical en pacientes amputados con dolor del miembro fantasma.

Los estudios revisados respaldan la eficacia de la terapia en espejo en el tratamiento del dolor del miembro fantasma en pacientes amputados. Se ha demostrado una reducción significativa en la intensidad del dolor, la frecuencia de los episodios de dolor y una mejora en la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes.

La exploración de los efectos a largo plazo de la terapia en espejo en la rehabilitación del dolor del miembro fantasma en pacientes amputados reveló resultados interesantes sobre la sostenibilidad de los beneficios a lo largo del tiempo. Varios estudios longitudinales y de seguimiento han proporcionado información valiosa sobre los efectos a largo plazo de la terapia en espejo en esta población.

Los resultados mostraron que la disminución en la intensidad del dolor obtenida a través de la terapia en espejo se mantuvo de manera significativa en el seguimiento a largo plazo.

Esto sugiere que los efectos beneficiosos de la terapia en espejo pueden perdurar más allá del período de tratamiento, lo que respalda su potencial para la rehabilitación a largo plazo del dolor del miembro fantasma. También se evidencian mejoras significativas en la función motora y la calidad de vida en el seguimiento a un año después de completar la terapia en espejo.

Los estudios revisados han destacado los efectos a largo plazo de la terapia en espejo en la rehabilitación del dolor del miembro fantasma en pacientes amputados. Los resultados sugieren que los beneficios obtenidos a través de la terapia en espejo pueden mantenerse en el tiempo, promoviendo una mejora sostenida en la intensidad del dolor, la función motora y la calidad de vida de los pacientes a largo plazo. Se debe considerar la terapia en espejo como una opción de tratamiento eficaz y duradera para la rehabilitación del dolor del miembro fantasma en pacientes amputados.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos en este estudio proporcionan una visión integral sobre la terapia en espejo como enfoque de rehabilitación del dolor del miembro fantasma en pacientes amputados.

Se ha analizado de forma sistemática para así obtener conclusiones significativas en relación con la duración y el tiempo óptimo de aplicación de la terapia en espejo, su eficacia en el tratamiento del dolor del miembro fantasma y sus efectos a largo plazo en la rehabilitación de los pacientes amputados

En cuanto a la duración y el tiempo óptimo de aplicación de la terapia en espejo, los hallazgos de los estudios revisados indican que una duración de cuatro semanas puede ser suficiente para lograr mejoras clínicamente relevantes en el dolor del miembro fantasma en pacientes amputados.

Si bien algunos estudios sugieren que períodos más largos pueden tener beneficios adicionales, es importante considerar las características individuales de cada paciente y adaptar el tratamiento según sus necesidades específicas.

La terapia en espejo ha demostrado ser efectiva tanto en el corto plazo como en el largo plazo, con estudios que respaldan su capacidad para reducir la intensidad del dolor y mejorar la funcionalidad de los pacientes amputados a lo largo del tiempo.

En términos de eficacia, los resultados obtenidos demuestran consistentemente que la terapia en espejo es un enfoque efectivo en el tratamiento del dolor del miembro fantasma en pacientes amputados.

Los estudios revisados revelan reducciones significativas en la intensidad del dolor, la frecuencia de los episodios de dolor y mejoras en la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes. Estos resultados respaldan la terapia en espejo como una opción terapéutica valiosa que puede marcar una diferencia significativa en la vida de los pacientes amputados que experimentan dolor del miembro fantasma.

Además, los efectos a largo plazo de la terapia en espejo en la rehabilitación del dolor del miembro fantasma han sido explorados en profundidad. Los estudios longitudinales y de seguimiento indican que los beneficios obtenidos a través de la terapia en espejo pueden mantenerse a largo plazo.

Se observa una disminución sostenida en la intensidad del dolor, mejoras en la función motora y una mejora general en la calidad de vida de los pacientes incluso después de completar el tratamiento. Estos resultados son alentadores y respaldan la idea de que la terapia en espejo puede tener efectos duraderos y beneficiosos en la rehabilitación a largo plazo de los pacientes amputados que sufren de dolor del miembro fantasma.

Los resultados de este trabajo universitario respaldan la terapia en espejo como un enfoque eficaz y prometedor en la rehabilitación del dolor del miembro fantasma en pacientes amputados. Además, se ha encontrado que la terapia en espejo puede tener efectos duraderos a largo plazo, lo que la convierte en una opción

terapéutica valiosa en la rehabilitación a largo plazo de los pacientes amputados. Es importante destacar que, a pesar de los resultados prometedores, la terapia en espejo no es la única opción de tratamiento para el dolor del miembro fantasma en pacientes amputados. Cada paciente es único y puede requerir un enfoque personalizado que combine diferentes modalidades de tratamiento para lograr los mejores resultados. Se necesitan más investigaciones para seguir explorando la terapia en espejo y su integración con otros enfoques terapéuticos, así como para identificar factores predictivos y determinar las características específicas de los pacientes que pueden beneficiarse más de esta modalidad de tratamiento.
En resumen, la terapia en espejo ha demostrado su eficacia en la reducción del dolor del miembro fantasma en pacientes amputados, con beneficios que pueden persistir a largo plazo. Este enfoque terapéutico ofrece una alternativa prometedora para mejorar la calidad de vida de los pacientes amputados.
Continuar investigando y mejorando la comprensión de la terapia en espejo contribuirá a su aplicación clínica óptima y a la mejora continua de la atención y rehabilitación de los pacientes amputados que sufren de dolor del miembro fantasma.

6 Bibliografía

1. Xie H-M, Zhang K-X, Wang S, Wang N, Wang N, Li X, et al. Effectiveness of mirror therapy for phantom limb pain: A systematic review and meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 2022;103(5):988–97. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2021.07.810.
2. Anaforoğlu Külünkoğlu B, Erbahçeci F, Alkan A. A comparison of the effects of mirror therapy and phantom exercises on phantom limb pain. Turk J Med Sci [Internet]. 2019;49(1):101–9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3906/sag-1712-166.
3. Wang F, Zhang R, Zhang J, Li D, Wang Y, Yang Y-H, et al. Effects of mirror therapy on phantom limb sensation and phantom limb pain in amputees: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Rehabil [Internet]. 2021;35(12):1710–21. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/02692155211027332.
4. Zaheer A, Malik AN, Masood T, Fatima S. Effects of phantom exercises on pain, mobility, and quality of life among lower limb amputees; a randomized controlled trial. BMC Neurol [Internet]. 2021;21(1):416. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12883-021-02441-z.

5. Campo-Prieto P, Rodríguez-Fuentes G. Effectiveness of mirror therapy in phantom limb pain: a literature review. Neurol (Engl Ed) [Internet]. 2022;37(8):668–81. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.nrleng.2018.08.005.

Capítulo 136

EFICACIA DEL MASAJE TRANSVERSO PROFUNDO EN LA EPICONDILITIS

JOAQUÍN CASAS CARRASCO

RAFAEL GUZMÁN ASOLAS

1 Introducción

La epicondilitis o codo de tenista es una patología habitual del codo, apareciendo asociada a otras tendinopatías del miembro superior o de forma aislada. Es característico encontrar procesos degenerativos, lesiones, inflamación y mecanismos de reparación en la zona del epicóndilo. Como consecuencia existe disfunción en las actividades de la muñeca y mano, como la pinza digital, el agarre, etc.
Debido a los cambios en los estilos de vida actuales, es una patología con una incidencia creciente entre la población adulta. Es bastante frecuente que se presente en personas que tienen ocupaciones y ocio que implican movimientos repetitivos de la muñeca.
La elección del manejo y tratamiento de las epicondilitis depende de la práctica general del profesional, pero no hay una línea clara de actuación.
Se han descrito muchas técnicas de cirugía para pacientes con esta afección, aunque en la actualidad existen, además, alternativas de tratamiento no quirúrgico con buenas expectativas.
El masaje transverso profundo es una de las técnicas de fisioterapia sugeridas para el tratamiento de la epicondilitis. James Cyriax describió en la década de 1930 el masaje transverso profundo como técnica de fisioterapia con el objetivo de crear pequeñas inflamaciones que tengan la capacidad de activar la restauración

del tejido conectivo, siendo fundamental para el tratamiento de las lesiones tendinosas y ligamentosas.
En este capítulo se mostrará qué dice la literatura más reciente acerca de la utilización del masaje transverso profundo en pacientes que sufren de epicondilitis.

2 Objetivos

- Conocer qué dice la literatura más actual acerca del empleo del masaje transverso profundo para el tratamiento de la epicondilitis.
- Evidenciar si el uso del masaje transverso profundo 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, Scielo, Cochrane y PEDro.
Como palabras clave de la búsqueda (”keywords”) se han utilizado: ”cyriax”, ”elbow” y ”epicondylitis”, escogiendo aquella literatura publicada en los últimos quince años.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la lectura y el análisis de todos los artículos seleccionados son bastante dispares.
En pacientes con epicondilitis la aplicación del masaje transverso profundo (Cyriax) mejoró el dolor y la funcionalidad del miembro superior afecto. Se encontró que su empleo fue superior en relación con otras técnicas como la sonoforesis, por lo que puede ser interesante implementarlo en el tratamiento debido a que es una técnica que no implica administración de fármacos ni otros químicos.
Con respecto a otras técnicas como la iontoforesis con dexametasona al 0,4% y la movilización de Mulligan, vemos que el masaje transverso profundo es igual de efectivo para el manejo de la epicondilitis que dichas técnicas en cuanto a la disminución del dolor, la mejora del estado funcional de los pacientes y a la realización de sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, no observándose diferencias significativas en su eficacia.
Además, se observa que tanto el masaje transverso profundo como el ejercicio terapéutico son efectivos en la mejoría de la epicondilitis, pero el ejercicio super-

visado produce mayor mejora en comparación a la aplicación aislada del propio masaje transverso profundo, por lo que utilizar un programa de ejercicio terapéutico supervisado podría ser la primera opción de tratamiento. Esto no impide que la implementación del masaje transverso profundo pueda aportar beneficios como tratamiento complementario para la epicondilitis, pudiendo acelerar la recuperación dolorosa y funcional de estos pacientes.
Sin embargo, se evidencia la necesidad de realizar más estudios con muestras más amplias de población para evaluar con mayor precisión el objetivo de esta revisión, ya que la efectividad no fue clínicamente significativa en varios de los casos presentados.

5 Discusión-Conclusión

El masaje transverso profundo es efectivo para el manejo de la epicondilitis con respecto a la sintomatología funcional y dolorosa de los pacientes. Se ha visto que es igual de efectivo que otras técnicas como la iontoforesis con dexametasona al 0,4% o la movilización de Mulligan y superior a la sonoforesis. Aun así, el ejercicio terapéutico supervisado demostró mayor efectividad, por lo que el masaje transverso profundo puede ser un buen complemento de cara al tratamiento de las epicondilitis en vez de aplicarse de forma aislada.
Sería necesario realizar más estudios sobre este tema porque la literatura existente es reducida.

6 Bibliografía

1. Carlos Fernando Nacif Soriano. "Asociación de la eficacia de la terapia Cyriax en pacientes con epicondilitis: metaanálisis". Rev. Sanid. Mil vol. 72 nº 3-4 Ciudad de México may/ago 2018.
2. Loew LM, Brosseau L, Tugwell P, Wells GA, Welch V, Shea B, Poitras S, De Angelis G, Rahman P. "Deep transverse friction massage for treating lateral elbow or lateral knee tendinitis". Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 8; 2014 (11): CD003528.
3. Nagrale AV, Herd CR, Ganvir S, Ramteke G. "Cyriax physiotherapy versus phonophoresis with supervised exercise in subjects with lateral epicondylalgia: a randomized clinical trial". J Man Manip Ther. 2009; 17 (3): 171- 178.
4. Ahmed A, Ibrar M, Arsh A, Wali S, Hayat S, Abass S. "Comparing the effectiveness of Mulligan mobilization versus Cyriax approach in the management of

patients with subacute lateral epicondylitis". J Pak Med Assoc. 2021 Jan; 71 (1(A)): 12-15.
5. Fathy AA. "Iontophoresis Versus Cyriax-Type exercises in Chronic Tennis Elbow among industrial workers". Electron Physician. 2015 Sep 16; 7 (5): 1277-83.
6. Viswas R, Ramachandran R, Korde Anantkumar P. "Comparison of effectiveness of supervised exercise program and Cyriax physiotherapy in patients with tennis elbow (lateral epicondylitis): a randomized clinical trial". Scientific World Journal. 2012; 2012: 939645.

Capítulo 137

¿SON BENEFICIOSOS LOS EJERCICIOS RESISTIDOS PARA EL TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA SECUNDARIO AL CÁNCER DE MAMA?

JOAQUÍN CASAS CARRASCO

RAFAEL GUZMÁN ASOLAS

1 Introducción

El cáncer de mama es el cáncer más común en las mujeres (1/3 de todos los cánceres que se diagnostican en la población femenina son de mama). Un 20% de estas pacientes desarrolla linfedema relacionado con dicho cáncer de mama.
El linfedema es una enfermedad incurable y crónica que cursa con un exceso de líquido rico en proteínas que se acumula y el sistema linfático no es capaz de drenar, produce síntomas como dolor, pesadez, opresión, disminución de la movilidad del miembro afecto y limitación de la motricidad fina y gruesa, afectando negativamente a la calidad de vida e impidiendo realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de manera óptima.
Hasta la década del 2000 se aconsejaba a las personas que habían superado cáncer de mama que se abstuvieran de realizar ejercicios de cierta intensidad por temor a desarrollar linfedema. Actualmente se cuestiona esta teoría.
El ejercicio terapéutico resistido es uno de los tratamientos que se esta llevando a cabo por los fisioterapeutas para el manejo del linfedema, junto con el drenaje linfático, vendaje, compresión y cuidado de la piel. El objetivo que se busca es

disminuir en la medida de lo posible el tamaño del linfedema y preservar y recuperar la función del miembro superior afectado.
En este capítulo se mostrará qué dice la literatura más actual acerca de la aplicación de los ejercicios resistidos en el linfedema secundario al cáncer de mama.

2 Objetivos

- Comprobar qué dice la literatura más actual acerca del uso de ejercicio resistido en pacientes con linfedema tras cáncer de mama.
- Evidenciar que el ejercicio resistido es efectivo para el tratamiento del linfedema y mejora la calidad de vida de las pacientes que lo sufren.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica consultando distintas bases de datos científicas: Pubmed, PEDro, Cochrane y Scielo.
Las palabras clave (”keywords”) utilizadas para la búsqueda han sido ”lymphedema”, ”breast cancer” y ”resistance exercise”.
Se ha seleccionado la literatura perteneciente a los últimos cinco años.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la lectura y el análisis de todos los estudios seleccionados han sido bastante esclarecedores.
- La aplicación de ejercicio resistido controlado y supervisado por fisioterapeutas contribuye a la mejoría del linfedema secundario al cáncer de mama en cuanto a la reducción del volumen, aumento de la fuerza muscular (reduciendo y evitando la aparición de lesiones musculoesqueléticas secundarias), conservación de la estructura ósea, reducción de la masa grasa corporal, resistencia al esfuerzo, disminución del posible dolor que aparezca. Al realizarlos correctamente no se produce un empeoramiento de los síntomas establecidos ni aumenta el tamaño del linfedema.
- El hecho de que el linfedema se reduzca contribuye a mejorar el estado anímico de estas pacientes. Se reduce su ansiedad y depresión en el caso de que existan.
- Además, la realización de ejercicios resistidos se puede combinar con ejercicios aeróbicos. Esto hace que la movilidad del hombro aumente, se evite la pérdida de masa muscular, se reduzca la disfunción de los miembros superiores y contribuye

al mayor aumento de la fuerza muscular. Se ha visto que se reduce la incidencia del linfedema. También se debe combinar con drenaje linfático, vendajes compresivos y un adecuado cuidado de la piel.

- Al conseguir todos estos beneficios, la calidad de vida de este tipo de pacientes aumenta considerablemente, así como mejora su autoestima, y permite que se realicen las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de una forma óptima.
- El entrenamiento debe ser prescrito y supervisado por profesionales sanitarios (médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, etc.). Estos indicarán la progresión, duración e intensidad de los ejercicios cuando vaya apareciendo la mejoría. Los ejercicios deben estar pautados de forma individualizada para cada paciente atendiendo a sus necesidades y características personales.

5 Discusión-Conclusión

Después de analizar los estudios, podemos concluir que pautar ejercicio resistido contribuye a la mejora de la fuerza muscular en el miembro superior afectado por linfedema, así como se reduce su volumen y se evitan complicaciones secundarias que puedan aparecer (disminuye el dolor, aumenta la resistencia al esfuerzo, etc.), cuestionando el anterior paradigma que no recomendaba la realización de estos ejercicios. El ejercicio resistido es seguro, siempre y cuando esté pautado por un profesional sanitario, no contribuye al aumento o empeoramiento del linfedema y puede proporcionar beneficios importantes, tanto a nivel físico como emocional y psicosocial, mejorando su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Hasenoehrl T, Palma S, Ramazanova D, Kölbl H, Dorner TE, Keilani M, Crevenna R. "Resistance exercise and breast cancer-related lymphedema-a systematic review update and meta-analysis". Support Care Cancer. 2020 Aug;28(8):3593-3603.

2. Montaño-Rojas LS, Romero-Pérez EM, Medina-Pérez C, Reguera-García MM, de Paz JA. "Resistance Training in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review of Exercise Programs". Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 7;17(18):6511.

3. Olsson Möller U, Beck I, Rydén L, Malmström M. "A comprehensive approach to rehabilitation interventions following breast cancer treatment - a systematic review of systematic reviews". BMC Cancer. 2019 May 20;19(1):472.

4. Lin Y, Chen Y, Liu R, Cao B. “Effect of exercise on rehabilitation of breast cancer surgery patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials”. Nurs Open. 2023 Apr;10(4):2030-2043.
5. Baumann FT, Reike A, Hallek M, Wiskemann J, Reimer V. “Does Exercise Have a Preventive Effect on Secondary Lymphedema in Breast Cancer Patients Following Local Treatment? - A Systematic Review”. Breast Care (Basel). 2018 Oct;13(5):380-385.
6. Riobó García B, Soto González M. “Efectos de los ejercicios de resistencia en el linfedema postmactectomía, una revisión sistemática”. Fisioterapia 2018 Jul-Aug;40(4):199-207.

Capítulo 138

ACTUALIZACIÓN EN EL USO DE ALINEADORES CON INVISALIGN

OSCAR SUÁREZ CASADO

1 Introducción

En las últimas décadas la gran demanda de los tratamientos estéticos y confortables por los pacientes han planteado un desafío a la complejidad de los casos a intervenir con alineadores.
Antiguamente las maloclusiones tratadas con alineadores eran apiñamientos de entre 3 y 6 mm.
Hoy en día su uso se ha ampliado en todo tipo de casos como la distalización, extracción, mordidas abiertas, cruzadas y profundas, correcciones de clase II y Clase III, pacientes con enfermedad periodontal o pacientes rehabilitados de manera íntegra.
Aunque la efectividad de la técnica con alineadores invisibles sigue siendo discutida, Lagravere en una revisión sistemática concluyó que no existía evidencia científica sobre la eficacia, indicaciones o efectos de los tratamientos de Invisalign® ya que todos los artículos publicados hasta ese momento se basaban en opiniones personales o casos clínicos concretos otros artículos respaldan el uso de alineadores por complejo que sea el caso, Rossini et al. Concluyeron que en el alineado y nivelado de los arcos y en la intrusión del sector anterior es muy similar a la técnica de arco recto, y que no resulta tan efectiva en movimientos como la extrusión anterior y la rotación de piezas redondeadas .
Podríamos dividir estos tratamientos en predecibles y menos predecibles, donde los más predecibles son las ligeras discrepancias de espacios ya sean negativas o positivas, de 1 a 5 mm, corrección de la sobremordida aumentada cuando el

problema es a nivel de incisivos, comprensiones dentoalveolares y recidivas de ortodoncia, correcciones leves de resalte y de la línea media, distalización de molares, premolares y caninos para la corrección de clase II y en general aquellos tratamientos en los cuales no se producen desplazamientos del ápice radicular.
Por otra parte los menos predecibles o más limitados son las rotaciones severas de dientes redondos como son los caninos y premolares, movimientos mesiales de dientes posteriores y coronas clínicas cortas, en casos de extracciones de premolares donde conseguir el enderezamiento radicular a la hora de cerrar espacios es muy difícil, corrección de la inclinación mesiodistal de caninos mandibulares y rotaciones mayores de 15º y los movimientos de extrusión de más de 1mm, sobre todo la extrusión vertical absoluta que es impredecible.
Para abordar esos tratamientos tan complejos de manera predecible es indispensable conocer los materiales que se utilizan para la fabricación de los alineadores, la biomecánica, el análisis de los elementos finitos y la utilización de elementos auxiliares que ayuden a contrarrestar las limitaciones de la técnica para así obtener resultados óptimos, éstos no solo harán más predecibles algunos movimientos como son las rotaciones o las extrusiones si no que además acortarán el tiempo de tratamiento y disminuirá el número de alineadores volviéndose así una técnica más efectiva.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Revisar los diferentes polímeros plásticos del mercado y los ataches del sistema Invisalign.

Objetivo secundario:
- Conocer el diagnóstico en relación céntrica y analizar el uso de elementos finitos.

3 Metodología

Para la elaboración y el desarrollo 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, Scielo y Scorpus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

POLÍMEROS TERMOPLÁSTICOS.

El polímero termoplástico ideal en ortodoncia debe cumplir con estas condiciones:
Gran recuperación elástica, baja rigidez, buena conformabilidad, densidad de energía almacenada, bio-compatibilidad y estabilidad a las condiciones ambientales. El Poliéster, el Poliuretano, Polietileno Tereftalato glicol (PETG) y el Polipropileno son los materiales termoplásticos más utilizados en la fabricación de alineadores dentales en ortodoncia. Entre los cuales, el PET (Tereftalato de Polietileno) es un material termoplástico ampliamente utilizado porque presenta buenas propiedades mecánicas, de fluencia, conformabilidad, cualidades ópticas, resistencia a la fatiga y estabilidad dimensional.
Los alineadores tienen problemas relacionados con el comportamiento mecánico ya que los materiales termoplásticos con los que están hechos son viscoelásticos, es decir, que tienen propiedades intermedias entre los materiales fluidos y los elásticos; estas propiedades son:
• Propiedad Higroscópica: es la capacidad de absorción del agua. El agua a través de un proceso llamado hidrólisis, reacciona químicamente con la cadena principal del polímero produciendo cambios fisicoquímicos en el material, degradando irreversiblemente las propiedades mecánicas.
• Stress Relaxation: Relajación de esfuerzo. Los alineadores termoplásticos sufren una reducción del esfuerzo provocada por la deformación inicial que causa el deterioro de las propiedades mecánicas con el tiempo.
• Creep: Fluencia Lenta. Se conoce con este término a la deflexión que sufre un material viscoelástico al ser sometido a una carga constante incluso cuando se introduce el alineador por primera vez en la arcada y antes de lograr cualquier movimiento dental.
• Módulo de Young: Módulo de elasticidad. Es la proporción entre tensión y deformación. A menor módulo de elasticidad más flexible es el material y viceversa. Así que, a diferencia de las técnicas ortodóncicas convencionales, la calidad de la fuerza ortodóncica ejercida por un alineador invisible depende de las propiedades mecánicas del material.
Como estos materiales son viscoelásticos la carga puede variar con el tiempo. Bajo cargas constantes la deflexión aumenta con el tiempo y la temperatura (creep o fluencia lenta). La tensión que sufren los alineadores inducida por la deformación inicial tiende a causar el deterioro de las propiedades mecánicas (stress relaxation) y hace que disminuya la capacidad del alineador para mover

un diente con el tiempo haciéndolo menos predecible.
Respecto a la evaluación de la biocompatibilidad de la técnica, en el caso del poliuretano con Invisalign® se realizaron varios estudios para conocer la estructura y los cambios ópticos, químicos y morfológicos, capacidades citotóxicas y propiedades estrogénicas de los alineadores una vez expuestos a la cavidad oral y se comprobó que no se producían liberación de monómeros o subproductos de implicación biológica siendo el alineador químicamente estable, sin capacidades citotóxicas ni propiedades estrogénicas atribuibles al alineador y que el patrón de envejecimiento intraoral de estos aparatos implicaba únicamente el desgaste abrasivo de su superficie.

En 2013 se introdujo el nuevo material SmartTrack, con el objetivo de eliminar algunas de las desventajas del Ex30 como la pérdida de fuerza que se producía con el paso de los días, ejerciendo presión sólo durante los primeros días. Este nuevo material, proporciona fuerzas más ligeras y constantes gracias a una mayor elasticidad del material, que le permite adaptarse mejor a la morfología de los dientes, los attachments y los espacios interproximales. Esto da lugar a un mayor control en el movimiento dental y, por lo tanto, mayor predictibilidad.

El material de la plantilla sigue siendo Ex15 un material más fino y flexible que le confiere una mayor adaptabilidad.
Los retenedores Vivera se fabrican con un material más sólido el Ex40.

ANÁLISIS DE ELEMENTOS FINITOS Y CLASIFICACIÓN DE FUERZAS
El método clásico analiza la estructura a estudiar como una gran unidad. El método de elementos finitos divide esta gran unidad en un número finito de partículas pequeñas y determina el comportamiento de estas a través de un sistema algebraico de ecuaciones que puede ser solucionado con un software. Cada una de estas partículas se llaman elementos finitos, son adyacentes entre sí y se unen a través de un punto llamado nodo. El proceso de selección de nodos es llamado discretización.
El análisis de elementos finitos en ortodoncia tiene como objetivo a nivel anatómico determinar los niveles de tensión y estrés de los dientes, ligamentos y estructuras óseas como respuesta de los diferentes movimientos ortodónticos, es decir nos permiten conocer los límites de dichos movimientos y hacerlos predecibles sin la producción de daño tisular.
Clasificación de las Fuerzas:

• Según su Magnitud: o Fuerzas Inocuas: Son fuerzas tan ligeras que no generan movimiento dental alguno. o Fuerzas Leves: Es aquella que, aunque mínima, pro-

duce movimiento dental. Es la ideal. o Fuerzas Pesadas: Son aquellas que, por ser tan intensas, producen hialinización en la zona de presión del ligamento periodontal inhibiendo la reabsorción ósea y evitando el movimiento dental por un largo periodo.
Fuerzas Optimas para un Movimiento Dentario según Jaraba

• Según su Frecuencia:
Según el ritmo de la aplicación se pueden clasificar en: o Fuerzas Continuas: Estas fuerzas son generadas por los aparatos fijos, su acción es apreciable entre cada periodo de intervalo de la visita del paciente. o Fuerzas Intermitentes: Son generadas por los aparatos removibles, la intensidad en este caso varía entre el valor deseado y la ausencia de presión
Las fuerzas ideales para generar movimiento dentario en ortodoncia son las fuerzas ligeras y continuas, debido a que inhiben la formación del tejido osteoide, que es más resistente que el hueso normal y que si se generara un movimiento ortodóntico desencadenaría reabsorción radicular. Es así, que gracias a este tipo de fuerza hay una menor resistencia al movimiento y por consecuencia menor tiempo de tratamiento.
Las fuerzas más nocivas son las intensas y prolongadas, los movimientos de torsión y los dobleces de inclinación distal son los más nocivos para el diente y su tejido periodontal.

DIAGNÓSTICO EN RELACIÓN CÉNTRICA.
Según el Glosario de Términos Prostodóncios (GTP) publicado periódicamente en el Journal of Prosthetic Dentistry la última definición de Relación Céntrica es la siguiente:
“una relación maxilo-mandibular en la cual los cóndilos articulan con la porción más delgada y avascular de sus respectivos discos en la posición anterosuperior contra las vertientes de las eminencias articulares. Independiente del contacto dentario”.

La posición en Relación Céntrica en muy contadas ocasiones coincide con la posición de máxima intercuspidación, casi un 90% de la población tienen una desviación de hasta 1,75 mm entre estas dos posiciones. En los casos en que esta desviación altera la relación sagital, diagnóstico, planificación y plan de tratamiento ortodóncico deben ser elaborados en el examen oclusal funcional del paciente en Relación Céntrica. No sólo eso, si no que debería realizarse en todos los casos a tratar ya que cuando no se registra la Relación Céntrica podemos obtener un diagnóstico erróneo y hacer una equívoca planificación del

tratamiento.
ATACHES
Los attachments son formas tridimensionales que se añaden a la cara vestibular o lingual del diente. Estos attachments son cruciales para obtener un tratamiento efectivo y se colocan en el paciente al inicio del tratamiento mediante un alineador plantilla o guía de 0,020mm de espesor, empleando una técnica de adhesión indirecta con composite.
Podemos clasificar los attachments según su función en activos y pasivos. Los activos se utilizan para ayudar a realizar el movimiento e intervienen en el movimiento del diente, los attachments pasivos se colocan en dientes que no van a ser movidos y no intervienen directamente en el movimiento.
Los primeros attachments que se introdujeron fueron el attachment elipsoidal, El attachment vertical rectangular y el attachment rectangular biselado.
Los attachments convencionales se pueden solicitar con orientación vertical u horizontal.
Posteriormente se introdujeron los Optimized Attachment para aumentar la predictibilidad de algunos movimientos.
Luego el Power Ridge. La función de Power Ridge introducida fue en la cara bucal del alineador par a proporcionar un torque radiculo lingual en los incisivos superiores e inferiores.
Las características SmartForce están diseñadas para que los aligners transparentes Invisalign® apliquen los sistemas de fuerzas ortodónticas simples y complejos a los dientes, de forma individual o en segmentos, de tal manera que la dirección, la magnitud y el punto de aplicación de estas fuerzas se optimicen para alcanzar el resultado de tratamiento deseado.

Las características SmartForce se pueden integrar en la forma intrínseca de los aligners (características Power Ridge y Áreas/Puntos de presión) o requerir que se cemente composite en los dientes en formas predefinidas que interactúen con las características incorporadas en los aligners (Attachments).

Las funciones SmartForce se colocan de manera automática de acuerdo con el movimiento deseado.
Estas se colocan a la medida especifica de la anatomía dental del paciente No es posible cambiar su tamaño, forma o ubicación y no pueden solicitarse para ningún diente ni movimiento. En tales casos deben solicitarse attchments convencionales.

• POWER RIDGE BUCAL o Torque radicular lingual o Incisivos superiores e in-

feriores o 3º de torque (1º por etapa)

• POWER RIDGE BUCAL + POWER RIDGE LINGUAL o Torque radicular lingual + retracción o Incisivos superiores o 3º de torque y retracción (1º por etapa)

• OPTIMIZED ROTATION ATTACHMENT o Rotación o Premolares y caninos superiores e inferiores o 5º de rotación (2º por etapa)
• OPTIMIZED EXTRUSION ATTACHMENT o Extrusión o Incisivos y caninos superiores e inferiores o 0,5 mm de extrusión (0,25mm por etapa) o Extrusión anterior multi dental (4 incisivos)

• OPTIMIZED ROOT CONTROL ATTACHMENT o Tipping o Para incisivos centrales y laterales superiores, premolares y caninos superiores e inferiores. o 0,75 mm para incisivos centrales y laterales o Translaciones iguales o superiores a 0,75mm desde el centro de resistencia para caninos y premolares o 0,25 mm por etapa

• FUNCIONES OPTIMIZED MULTIPLANE MOVEMENT o Extrusión +/- tip coronario +/- rotación o Para incisivos laterales superiores o Extrusión absoluta mayor o igual a 0,1 mm e inclinación y/o rotación de la corona

• DEEP BITE ATTACHCMENTS o Durante la intrusión anterior, se utilizan Deep-Bite Attachments para el anclaje o retención, o attachments activados para la extrusión de premolares o Premolares superiores e inferiores o Cuando se programa intrusión anterior

• ÁREAS DE PRESIÓN o Intrusión anterior o Incisivos superiores e inferiores y caninos inferiores o 0,5 mm de intrusión (0,25 mm por etapa)

• RAMPAS DE MORDIDA DE PRECISIÓN o (No son funciones SmartForce® propiamente dichas, pero pueden ser prescritas por el doctor y se colocan dependiendo de la compatibilidad con otras características) o Incisivos superiores o Desoclusión de dientes posteriores
(La intrusión tiene los mismos valores)

BIOMECÁNICA CON ALINEADORES

TORQUE:

Castroflorio y col (41) y Simon y col (42) realizaron estudios donde se evaluaba la predictibilidad de este movimiento.
Los primeros examinaron varios casos donde se requería un torque radiculo-

lingual a varios incisivos superiores y concluyeron que el resultado final fue muy parecido al ClinChek final.

Los segundos evaluaron unos movimientos de torque superior a 10º utilizando power ridge y ataches y concluyeron que los resultados finales comparados con el movimiento planificado con el Clincheck tuvieron un 42% de efectividad no siendo significativo el uso de power ridge o de ataches.

EXTRUSIÓN:

Kravitz y col (43). encontraron que los incisivos centrales superiores e inferiores fueron los dientes con menor grado de extrusión, y respecto al incisivo lateral superior en su estudio solo 13 de los 64 dientes evaluados tuvieron una extrusión mayor a 1mm, siendo la media 0,54 mm.
Para solucionar estos problemas Align Technology, Inc. Incorporó la función Smart Force con los ataches optimizados.
Dada la baja predictibilidad de este movimiento algunos autores recomiendan utilizar elementos auxiliares como botones en palatino y vestibular del diente.
Otros autores como Lin y col recomiendan el uso de otros elementos auxiliares como son los microtornillos para utilizarlos como anclaje basal llegando a una extrusión absoluta de unos 2 mm en incisivos superiores.

INTRUSIÓN:
Al contrario que la extrusión, la intrusión en el sector anterior es más predecible. Cuando vamos a corregir una sobremordida debemos evaluar la exposición dentaria del paciente, comprobando si es superior o inferior. El sistema Invisalign® nos permite elegir donde queremos actuar, si es en superior, en inferior o en ambas arcadas. Para hacerlo más predecible se pueden utilizar elementos auxiliares como son por ejemplo el uso de microtornillos.
ROTACIÓN:
Varios autores verificaron que los incisivos superiores eran los dientes más predecibles para la rotación mientras que los caninos y premolares los menos predecibles, observando que la mayor capacidad de rotación la conseguía el incisivo central superior y la menor el canino inferior.

MOVIMIENTO ANTEROPOSTERIOR:
En cuanto al movimiento mesio-distal más predecible se producen en el incisivo lateral inferior, seguido del incisivo lateral maxilar, canino y central superiores, en contra el diente con menor fiabilidad de movimiento es el canino inferior, sugiriendo que dientes con raíces más largas los movimientos mesio distales de

los dientes son menos predecibles.
En cuanto a la corrección sagital de la maloclusión y el resalte algunos autores sugieren el potencial limitado de los alineadores. El uso de elásticos, anclaje esquelético o distaladores como por ejemplo el Motion de Carriere que combinándolo con el uso de alineadores acorta el tiempo que debe emplearse para la corrección de la maloclusión.

EXPANSIÓN/CONSTRICCIÓN:
Es un movimiento bastante predecible en el que algunos autores consiguen unos resultados óptimos de un 80% en sus movimientos de expansión y otros concluyen que la constricción lingual es el movimiento más predecible siendo el canino inferior el más predecible y en incisivo central inferior el menos predecible.

5 Discusión-Conclusión

1. Los polímeros termoplásticos comercialmente disponibles para fabricar alineadores dentales presentan gran variabilidad en su comportamiento mecánico. Estas características no son reveladas por las casas comerciales que las proveen, lo cual dificulta la elección de los mismos a la hora de planear el tratamiento. Dado que el comportamiento mecánico de los polímeros termoplásticos es determinante en el desempeño clínico de los mismos, es imperativo que los ortodoncistas reconozcan las diferencias que existen entre las opciones disponibles en el mercado, permitiendo potenciar las ventajas de cada uno dependiendo de las necesidades biomecánicas específicas.
2. El uso de los elementos finitos nos permite anticipar movimientos resultantes, así como los indeseados que podrían suscitarse durante el tratamiento. Al conocer de manera anticipada algunos movimientos no deseados, podemos mejorar la dirección e intensidad de las cargas, y así acercarnos más a resultados más ideales.
3. La última definición de RC según el GTP es ”una relación maxilo-mandibular en la cual los cóndilos articulan con la porción más delgada y avascular de sus respectivos discos en la posición anterosuperior contra las vertientes de las eminencias articulares. ” Independiente del contacto dentario. Hay razones muy importantes para registrar la RC durante la fase de diagnóstico, las principales son: cuando se quiere determinar si existen interferencias oclusales, cantidad de discrepancia entre RC y OH o para realizar ajustes posteriores al tratamiento.
4. Los Attachments y las características SmartForce hacen del sistema In-

visalign® un sistema más predecible. Aún faltan estudios parar evaluar la predictibilidad con el nuevo material Smart-Track

6 Bibliografía

1. Kesling HD. The philosophy of the tooth positioning appliance. Am J Orthod 1945; 31:297-304.
2. ELSASSER WA. Some observations on the history and uses of the Kesling positioner. Am J Orthod. 1950 May;36(5):368-74. doi: 10.1016/0002-9416(50)90076-5. PMID: 15419274

3. Rossini G, Parrini S, Castroflorio T, Deregibus A, Debernardi CL. Efficacy of clear aligners in controlling orthodontic tooth movement: a systematic review. Angle Orthod. 2015 Sep;85(5):881-9. doi: 10.2319/061614-436.1. Epub 2014 Nov 20. PMID: 25412265
4. Nahoum HI. Vertical proportions: a guide for prognosis and treatment in anterior open-bite. Am J Orthod. 1977 Aug;72(2):128-46. doi: 10.1016/0002-9416(77)90055-0. PMID: 268145.
5. Ponitz RJ. Invisible retainers. Am J Orthod. 1971 Mar;59(3):266-72. doi: 10.1016/0002-9416(71)90099-6. PMID: 5276727.
6. Solano Mendoza B. Predictibilidad de la expansión con el sistema Invisalign [Doctor]. Universidad de Sevilla; 2015.
7. Padrós E. Ortodoncia invisible. Cuando y para qué. Rev Esp Ortod. 2011; 41:95-101.
8. Kim TW, Echarri P. Clear aligner: an efficient, esthetic, and comfortable option for an adult patient. World J Orthod. 2007 Spring;8(1):13-8. PMID: 17373221
9. Comba B, Parrini S, Rossini G, Castroflorio T, Deregibus A. A Three-Dimensional Finite Element Analysis of Upper-Canine Distalization with Clear Aligners, Composite Attachments, and Class II Elastics. J Clin Orthod. 2017 Jan;51(1):24-28. PMID: 28253487.
10. Frongia G, Castroflorio T. Correction of severe tooth rotations using clear aligners: a case report. Aust Orthod J. 2012 Nov;28(2):245-9. PMID: 23304975.
11. Hahn W, Dathe H, Fialka-Fricke J, Fricke-Zech S, Zapf A, Kubein-Meesenburg D, Sadat-Khonsari R. Influence of thermoplastic appliance thickness on the magnitude of force delivered to a maxillary central incisor during tipping. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2009 jul;136(1):12. e1-7; discussion 12-3. doi: 10.1016/j.ajodo.2008.12.015. PMID: 19577136.
12. Hahn W, Engelke B, Jung K, Dathe H, Fialka-Fricke J, Kubein-Meesenburg

D, Sadat-Khonsari R. Initial forces and moments delivered by removable thermoplastic appliances during rotation of an upper central incisor. Angle Orthod. 2010 Mar;80(2):239-46. doi: 10.2319/033009-181.1. PMID: 19905847.
13. Ke Y, Zhu Y, Zhu M. A comparison of treatment effectiveness between clear aligner and fixed appliance therapies. BMC Oral Health. 2019 Jan 23;19(1):24. doi: 10.1186/s12903-018-0695-z. PMID: 30674307; PMCID: PMC6343314.
14. Rossini G, Parrini S, Castroflorio T, Deregibus A, Debernardi CL. Periodontal health during clear aligners treatment: a systematic review. Eur J Orthod. 2015 oct;37(5):539-43. doi: 10.1093/ejo/cju083. Epub 2014 Dec 29. PMID: 25548145.
15. Simon M, Keilig L, Schwarze J, Jung BA, Bourauel C. Forces and moments generated by removable thermoplastic aligners: incisor torque, premolar derotation, and molar distalization. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2014 jun;145(6):728-36. doi: 10.1016/j.ajodo.2014.03.015. Erratum in: Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2014 oct;146(4):411. PMID: 24880843.
16. Lagravère MO, Flores-Mir C. The treatment effects of Invisalign orthodontic aligners: a systematic review. J Am Dent Assoc. 2005 Dec;136(12):1724-9. doi: 10.14219/jada.archive.2005.0117. PMID: 16383056
17. Vlaskalic V, Boyd R. Orthodontic treatment of a mildly crowded malocclusion using the Invisalign System. Aust Orthod J. 2001 Mar;17(1):41-6. PMID: 11506169.
18. Joffe L. Invisalign: early experiences. J Orthod. 2003 Dec;30(4):348-52. doi: 10.1093/ortho/30.4.348. PMID: 14634176.
19. Djeu G, Shelton C, Maganzini A. Outcome assessment of Invisalign and traditional orthodontic treatment compared with the American Board of Orthodontics objective grading system. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2005 Sep;128(3):292-8; discussion 298. doi: 10.1016/j.ajodo.2005.06.002. PMID: 16168325.
20. Roman M, Rivero JC, de la Torre M. Extrusión con el sistema Invisalign. Ortodoncia Clínica 2009; 12:80-4.
21. Phan X, Ling PH. Clinical limitations of Invisalign. J Can Dent Assoc. 2007 Apr;73(3):263-6. PMID: 17439714.
22. Colville CD. Fischer K. Paquette DE. A snap fit: Using attachments to improve clear aligner therapy, Orthod. Prod., September 2006.
23. Gazzotti ML, Iaracitano B, La Valle MG. Distalización molar con alineadores. Utilización de microimplantes como elemento auxiliar. Espacio Saoa. Sociedad Argentina de ortodoncia con alineadores.Vol 83 (166) 58-60.
24. Zhang N, Bai Y, Ding X, Zhang Y. Preparation and characterization of thermoplastic materials for invisible orthodontics. Dent Mater J. 2011;30(6):954-9. doi: 10.4012/dmj.2011-120. Epub 2011 Nov 25. PMID: 22123023

25. Fang D, Zhang N, Chen H, Bai Y. Dynamic stress relaxation of orthodontic thermoplastic materials in a simulated oral environment. Dent Mater J. 2013;32(6):946-51. doi: 10.4012/dmj.2013-131. Epub 2013 Nov 15. PMID: 24240895.
26. Lombardo L, Martines E, Mazzanti V, Arreghini A, Mollica F, Siciliani G. Stress relaxation properties of four orthodontic aligner materials: A 24-hour in vitro study. Angle Orthod. 2017 Jan;87(1):11-18. doi: 10.2319/113015-813.1. Epub 2016 Jun 17. PMID: 27314603.
27. Ryu JH, Kwon JS, Jiang HB, Cha JY, Kim KM. Effects of thermoforming on the physical and mechanical properties of thermoplastic materials for transparent orthodontic aligners. Korean J Orthod. 2018 Sep;48(5):316-325. doi: 10.4041/kjod.2018.48.5.316. Epub 2018 Aug 8. PMID: 30206530; PMCID: PMC6123073.
28. Cubillos IA. Introducción al método de los elementos finitos [Internet]. Universidad de Ibagué. 2007. p. 14. Recuperado 08 de diciembre 2017, a partir de: http://almec.files.wordpress.com/2007/10/resumen.pdf
29. Da Fonseca Z. Conceptos básicos del método de los elementos finitos [Internet]. Universidad Rafael Urdaneta. 2011. p. 1–15. Recuperado 08 de diciembre 2017, a partir de: http://www.uru.edu/fondoeditorial/libros/pdf/elementosfinitos/CAP 1 COMPLETO.pdf
30. Begum, Msameea ; Dinesh, MR ; Tan KF et al. Construction of a three-dimensional finite element model of maxillary first molar and it's supporting structures. J Pharm Bioallied Sci. 2015;7(6):443.450.
31. Geramy A, Bouserhal J, Martin D, Baghaeian P. Modification de la contrainte et de la deformation osseuses pendant la fermeture des diastemes : Analyse 3D par la methode des elements finis. Int Orthod. Elsevier Masson SAS; 2015;13(3):274–86.
32. Cai Y, Yang X, He B, Yao J. Finite element method analysis of the periodontal ligament in mandibular canine movement with transparent tooth correction treatment. BMC Oral Health. BMC Oral Health; 2015;15(1):106.
33. Fajardo Y, Murillo LM, Velásquez R SJ. Distribución de las deformaciones y esfuerzos en el arco, bracket y unidad dentoalveolar en cierre de espacios con el sistema damon en pacientes con periodonto disminuido en dientes anteriores inferiores. análisis por elementos finitos tridimensional. Rev Odontos. 2013;40:35–54.
34. Schuster S, Eliades G, Zinelis S, Eliades T, Bradley TG. Structural conformation and leaching from in vitro aged and retrieved Invisalign appliances. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2004;126:725-8.
35. Gracco A, Mazzoli A, Favoni O, Conti C, Ferraris P, Tosi G, Guarneri MP.

Short-term chemical and physical changes in Invisalign appliances. Aust Orthod J. 2009;25:34-40.
36. Eliades T, Pratsinis H, Athanasiou AE, Eliades G, Kletsas D. Cytotoxicity and estrogenicity of Invisalign appliances. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2009;136:100-3.
37. Weckmann J, Scharf S, Graf I, Schwarze J, Keilig L, Bourauel C, Braumann B. Influence of attachment bonding protocol on precision of the attachment in aligner treatments. J Orofac Orthop. 2020 Jan;81(1):30-40. English. doi: 10.1007/s00056-019-00204-7. Epub 2019 Dec 13. PMID: 31834419.
38. www.invisalign.es
39. 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
40. 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.
41. Castroflorio T, Garino F, Lazzaro A, Debernardi C. Upper-incisor root control with Invisalign appliances. J Clin Orthod. 2013 Jun;47(6):346-51; quiz 387. PMID: 23863556.
42. Simon M, Keilig L, Schwarze J, Jung BA, Bourauel C. Treatment outcome and efficacy of an aligner technique–regarding incisor torque, premolar derotation and molar distalization. BMC Oral Health. 2014 Jun 11;14:68. doi: 10.1186/1472-6831-14-68. PMID: 24923279; PMCID: PMC4068978.
43. Kravitz ND, Kusnoto B, BeGole E, Obrez A, Agran B. How well does Invisalign work? A prospective clinical study evaluating the efficacy of tooth movement with Invisalign. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2009 Jan;135(1):27-35. doi: 10.1016/j.ajodo.2007.05.018. PMID: 19121497.
44. Sarver DM. The importance of incisor positioning in the esthetic smile: the smile arc. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2001 Aug;120(2):98-111. doi: 10.1067/mod.2001.114301. PMID: 11500650.
45. Schupp W, Haubrich J, Neumann I. Class II correction with the Invisalign system. J Clin Orthod. 2010 Jan;44(1):28-35. PMID: 20503653.
46. Clements KM, Bollen AM, Huang G, King G, Hujoel P, Ma T. Activation time and material stiffness of sequential removable orthodontic appliances. Part 2: Dental improvements. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2003 Nov;124(5):502-8. doi: 10.1016/s0889-5406(03)00577-8. PMID: 14614416.
47. Deferm JT, Schreurs R, Baan F, Bruggink R, Merkx MAW, Xi T, Bergé SJ,

Maal TJJ. Validation of 3D documentation of palatal soft tissue shape, color, and irregularity with intraoral scanning. Clin Oral Investig. 2018 Apr;22(3):1303-1309. doi: 10.1007/s00784-017-2198-8. Epub 2017 Oct 6. PMID: 28983706; PMCID: PMC5866839.
48. Duvert R, Gebeile-Chauty S. La précision des empreintes numériques intra-orales en orthodontie est-elle suffisante ? [Is the precision of intraoral digital impressions in orthodontics enough?]. Orthod Fr. 2017 Dec;88(4):347-354. French. doi: 10.1051/orthodfr/2017024. Epub 2018 Jan 9. PMID: 29315068.
49. Wriedt S, Schmidtmann I, Niemann M, Wehrbein H. Digital 3D image of bimaxillary casts connected by a vestibular scan. J Orofac Orthop. 2013 Jul;74(4):309-18. doi: 10.1007/s00056-013-0152-1. Epub 2013 Jun 28. PMID: 23807256.
50. Flügge TV, Schlager S, Nelson K, Nahles S, Metzger MC. Precision of intraoral digital dental impressions with iTero and extraoral digitization with the iTero and a model scanner. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2013 Sep;144(3):471-8. doi: 10.1016/j.ajodo.2013.04.017. PMID: 23992820.
51. Jheon AH, Oberoi S, Solem RC, Kapila S. Moving towards precision orthodontics: An evolving paradigm shift in the planning and delivery of customized orthodontic therapy. Orthod Craniofac Res. 2017 Jun;20 Suppl 1:106-113. doi: 10.1111/ocr.12171. PMID: 28643930.
52. Khan W. Nouveaux concepts de traitement par aligneurs : le système Orthocaps [New concepts in aligner therapy with the orthocaps system]. Orthod Fr. 2014 Sep;85(3):253-64. French. doi: 10.1051/orthodfr/2014011. Epub 2014 Aug 28. PMID: 25158748.

Capítulo 139

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

OSCAR SUÁREZ CASADO

1 Introducción

El papel del odontólogo en la medicina del sueño es fundamental, ya que existen diversos trastornos relacionados con el sueño que están directa o indirectamente vinculados a la salud bucodental. Según la clasificación Internacional de Trastornos de Sueño ICSD-2 de 2005, hay tres trastornos en particular en los que el dentista puede intervenir:
1. Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS): clasificado en el grupo 2 de trastornos respiratorios. El SAOS tiene una alta prevalencia en la población, afectando al 24% de los hombres y al 17% de las mujeres.
2. Bruxismo: clasificado en el grupo 6 de movimientos anormales relacionados con el sueño. El bruxismo afecta aproximadamente al 5% al 8% de la población.
3. Ronquido: clasificado en el grupo 7 de síntomas aislados. El ronquido afecta alrededor del 40% de la población.
La guía española de práctica clínica sobre la utilización de los dispositivos de avance mandibular (DAM) en el tratamiento de pacientes adultos con síndrome de apneas-hipopneas del sueño, elaborada por la sociedad española de sueño en 2017, junto con la guía de la sociedad americana de sueño (AASM) de 2015, establecen que en pacientes adultos diagnosticados con SAOS que requieren tratamiento con un DAM, dicho tratamiento debe ser llevado a cabo por un odontólogo experto con conocimientos en las alteraciones respiratorias asociadas al SAOS. Además, es fundamental que este odontólogo trabaje en coordinación con la unidad del sueño que prescribe el tratamiento.

Asimismo, estas guías resaltan la importancia de incrementar el número de odontólogos con formación específica en el uso adecuado de los DAM. Los ortodoncistas también necesitan contar con conocimientos técnicos para seleccionar y ajustar el dispositivo, así como comprender la fisiopatología y sintomatología relacionadas con el sueño, la interpretación de los estudios de sueño y las diferentes alternativas de tratamiento. Esto les permitirá comunicarse de manera efectiva tanto con sus pacientes como con los médicos especialistas en trastornos del sueño.

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Revisar y definir el síndrome de apnea obstructiva del sueño.
Objetivos secundario:
- Revisar nuevos enfoques de tratamiento para el SAOS

3 Metodología

Para la elaboración y el desarrollo 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, Scielo y Scorpus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El sueño es un fenómeno natural con una estructura definida y funciones específicas. Se caracteriza por una reducción temporal, periódica y reversible de la conciencia, una menor capacidad de respuesta a estímulos externos y una postura determinada.
Existen tres etapas principales del sueño:
1. Fase de sueño ligero: En esta etapa, el sueño es superficial.
2. Fase de sueño profundo: Durante esta fase se experimenta un sueño profundo, que se considera reparador.
3. Fase de sueño REM (movimiento rápido de los ojos): En esta etapa ocurre el sueño REM, que está asociado con procesos cognitivos reparadores.
Durante el sueño, pueden ocurrir trastornos como el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), ronquidos y bruxismo, los cuales pueden alterar la estruc-

tura y las funciones del sueño. La calidad y cantidad del sueño son importantes para la salud física y mental, y un sueño inadecuado y prolongado puede tener consecuencias graves para la salud.

El SAOS es un trastorno respiratorio causado por la obstrucción intermitente y repetitiva de las vías respiratorias superiores durante el sueño. Esto provoca interrupciones parciales (hipopneas) o completas (apneas) en el flujo de aire. Como resultado, se produce un esfuerzo respiratorio aumentado, disminución del flujo de aire y desaturación de oxígeno en la sangre, junto con micro despertares que interrumpen el ciclo del sueño.

La Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM) define la apnea como una disminución del flujo de aire del 90% o más durante al menos 10 segundos, y la hipopnea como una disminución del flujo de aire del 30% o más durante al menos 10 segundos, acompañada de una desaturación arterial de oxígeno del 3% o más. La gravedad del SAOS se determina mediante el índice de apnea-hipopnea (IAH), que indica la cantidad de apneas e hipopneas registradas por hora de sueño.

La obstrucción parcial o total, el esfuerzo respiratorio aumentado y los micro despertares pueden provocar graves alteraciones en la salud física, mental y social debido a la mala oxigenación y a la interrupción del ciclo del sueño.

El perfil clínico típico de un paciente con SAOS suele ser un hombre de mediana edad, generalmente obeso, con ronquidos significativos, pausas respiratorias nocturnas e hipersomnia diurna.

Los principales síntomas nocturnos incluyen ronquidos, apneas observadas, episodios de asfixia, movimientos anormales, sudoración nocturna y despertares frecuentes.

Los principales síntomas diurnos incluyen somnolencia excesiva durante el día, cansancio crónico, sensación de sueño no reparador, cefalea matutina, irritabilidad, apatía, depresión, dificultad para concentrarse, pérdida de memoria, disminución del deseo sexual y cambios de humor.

Es correcto que la faringe es la única zona en toda la vía aérea con paredes blandas y, por lo tanto, es susceptible de colapsar durante el sueño en personas con SAOS. Los principales sitios de obstrucción suelen ser el paladar blando, la base de la lengua, la epiglotis y el colapso de las paredes laterales de la faringe.

El diagnóstico del SAOS se realiza a través de un cuestionario o test de evaluación de los síntomas, una valoración clínica realizada por un especialista y una prueba de sueño llamada polisomnografía, que registra diversas variables durante el sueño, como la actividad cerebral, el flujo de aire, los movimientos oculares y los niveles de oxígeno en sangre.

El tratamiento del SAOS suele requerir un enfoque multidisciplinario en el que

participen diferentes especialistas, como neurólogos, neurofisiólogos, otorrinolaringólogos, odontólogos, cardiólogos y cirujanos maxilofaciales. Las principales opciones de tratamiento son las siguientes:
1. Terapia de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés): Consiste en el uso de una máscara nasal o facial conectada a un dispositivo que suministra un flujo de aire a presión constante. Esta presión ayuda a mantener abiertas las vías respiratorias durante el sueño, evitando la obstrucción.
2. Dispositivo de avance mandibular (DAM): Es una alternativa para aquellos pacientes que no toleran o no desean usar el CPAP. El DAM es un aparato dental personalizado que se coloca en la boca durante el sueño. Ayuda a prevenir el colapso de las vías respiratorias mediante el avance de la mandíbula y la lengua. Esto provoca un desplazamiento hacia arriba del hueso hioides y un movimiento hacia adelante de los músculos de la base de la lengua, lo que ayuda a mantener abiertas las vías respiratorias.
3. Cirugía: En casos más graves o cuando otros tratamientos no son efectivos, se puede considerar la cirugía para corregir la obstrucción de las vías respiratorias. La cirugía puede implicar procedimientos para eliminar tejido excesivo en la faringe, reposicionar las estructuras que obstruyen el flujo de aire o incluso modificar la estructura ósea de la mandíbula.
Es importante que el tratamiento del SAOS sea personalizado y se adapte a las necesidades y características individuales de cada paciente. Por eso, es fundamental contar con la evaluación y el seguimiento de un equipo médico especializado.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que los dispositivos de avance mandibular tienen un efecto tanto en la anatomía como en la función de la mandíbula. Al mover la mandíbula y la lengua hacia adelante, se produce un cambio anatómico que aumenta el espacio en la vía aérea superior, tanto en sentido anteroposterior como transversal. Esto tiene un efecto funcional al aumentar la tensión en los músculos de la vía aérea superior, lo que reduce la tendencia al colapso. Además, si el dispositivo mantiene la mandíbula en una posición fija, esto proporciona un efecto funcional que estabiliza la mandíbula y evita que se abra durante el sueño. La apertura bucal provoca una rotación posterior de la lengua, lo que obstruye la vía aérea superior.

En el tratamiento con dispositivos de avance mandibular, es importante elegir el dispositivo adecuado, personalizarlo para cada paciente y tener conocimien-

tos sobre cómo ajustar y regular estos dispositivos. Esto permite un tratamiento eficaz y minimiza los efectos adversos.

En los últimos años, las investigaciones en medicina del sueño han permitido comprender mejor los mecanismos fisiopatológicos del trastorno de apnea obstructiva del sueño (SAOS). Gracias a esto, se han desarrollado nuevas alternativas de tratamiento. Aunque no existe un tratamiento completamente eficaz, la combinación de varias estrategias terapéuticas, la prevención de factores de riesgo modificables como la obesidad y la intervención de un equipo interdisciplinario pueden mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes con SAOS.

6 Bibliografía

1. Urrestarazu E, Escobar F, Iriarte J. El sueño y su patología. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado 2015;11(73):4385-4394
2. Peppard PE, Young T, Barnet JH, Palta M, Hagen EW, Hla KM. Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. Am J Epidemiol. 2013;177(9):1006-1014. doi:10.1093/aje/kws342
3. Sawyer AM, Gooneratne NS, Marcus CL, Ofer D, Richards KC, Weaver TE. A systematic review of CPAP adherence across age groups: clinical and empiric insights for developing CPAP adherence interventions. Sleep Med Rev. 2011;15(6):343-356. doi:10.1016/j.smrv.2011.01.003
4. Khoury S, Carra MC, Huynh N, Montplaisir J, Lavigne GJ. Sleep Bruxism-Tooth Grinding Prevalence, Characteristics and Familial Aggregation: A Large Cross-Sectional Survey and Polysomnographic Validation. Sleep. 2016;39(11):2049-2056. Published 2016 Nov 1. doi:10.5665/sleep.6242
5. Malhotra A, Orr JE, Owens RL. On the cutting edge of obstructive sleep apnoea: where next? Lancet Respir Med. 2015;3(5):397-403. doi:10.1016/S2213-2600(15)00051-X
6. Vecchierini MF, Attali V, Collet JM, et al. Mandibular advancement device use in obstructive sleep apnea: ORCADES study 5-year follow-up data. J Clin Sleep Med. 2021;17(8):1695-1705. doi:10.5664/jcsm.9308
7. Nerfeldt P, Friberg D. Effectiveness of Oral Appliances in Obstructive Sleep Apnea with Respiratory Arousals. J Clin Sleep Med. 2016;12(8):1159-1165. Published 2016 Aug 15. doi:10.5664/jcsm.6058

Capítulo 140

EL PROBLEMA TRANSVERSAL EN ORTODONCIA

OSCAR SUÁREZ CASADO

1 Introducción

El problema transversal es una alteración común que afecta el desarrollo y la estética facial, así como la función respiratoria y la masticación. Se caracteriza por una discrepancia en la dimensión transversal del maxilar, lo que puede resultar en un paladar estrecho y una mordida cruzada posterior. Para abordar esta condición, es fundamental contar con un diagnóstico preciso y opciones de tratamiento efectivas.

En los últimos años, los avances tecnológicos han revolucionado el campo de la odontología y la ortodoncia, ofreciendo nuevas herramientas para el diagnóstico y el tratamiento de problemas dentofaciales. Los modelos digitales 3D, la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) y las imágenes temporales 3D se han convertido en aliados indispensables en la evaluación y planificación de casos de problema transversal.

El uso de modelos digitales 3D permite una representación precisa de la anatomía maxilar y mandibular, lo que facilita la detección de discrepancias transversales y la evaluación de los efectos del tratamiento. Además, la tecnología CBCT proporciona imágenes tridimensionales de alta resolución que permiten una visualización detallada de las estructuras óseas y dentales, brindando información valiosa para el diagnóstico y la planificación de la expansión palatina.

En cuanto al tratamiento, la expansión palatina se ha establecido como una opción efectiva para corregir el problema transversal en pacientes en crecimiento.

Existen diferentes enfoques de expansión palatina, como la expansión rápida y la expansión lenta, cada una con sus características y ventajas específicas. La expansión rápida del paladar asistida por microimplantes (MARPA), la expansión maxilar con tornillos palatinos medianos (MSE) y el protocolo de expansión asistida por microimplantes suturales (SMARPE) son algunos de los tratamientos que han ganado popularidad y han demostrado resultados satisfactorios en la corrección del problema transversal.

En este capítulo, exploraremos en detalle las técnicas de diagnóstico más avanzadas, como los modelos digitales 3D, el CBCT y las imágenes temporales 3D, y analizaremos las distintas opciones de expansión palatina, como MARPA, MSE y SMARPE. Además, examinaremos los factores clave a considerar al seleccionar la mejor opción de tratamiento para cada paciente y abordaremos posibles complicaciones y limitaciones asociadas con estas técnicas.

El objetivo de este capítulo es proporcionar a los profesionales de la odontología y la ortodoncia una visión actualizada y práctica sobre el diagnóstico y el tratamiento del problema transversal, destacando los avances tecnológicos y las opciones terapéuticas.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Realizar una actualización basada en la evidencia acerca del problema transversal en ortodoncia.

Objetivo secundario:
- Revisar las diferentes formas de diagnóstico y planes de tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración y el desarrollo 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, Scielo y Scorpus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

El diagnóstico del problema transversal se puede realizar utilizando tres enfoques distintos: modelos digitales 3D, tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) e imágenes temporales 3D.

Los modelos digitales 3D permiten analizar problemas de origen dentario, como mordidas en tijera o mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales, a través de una representación digital. En caso de ser necesario, aún se puede acceder al modelo físico tradicional mediante la impresión 3D. Para un estudio más detallado del origen y grado de afectación esquelética, se utiliza el CBCT junto con software de gestión de imágenes avanzado, que permite obtener reconstrucciones tridimensionales en múltiples planos. Con el CBCT se pueden identificar planos de referencia relevantes para evaluar la maloclusión transversal.

El estudio complementario de los tejidos blandos a través de fotografías digitales 3D también permite analizar el impacto estético de una maloclusión transversal específica. Al superponer las estructuras esqueléticas obtenidas del CBCT con los tejidos blandos del individuo, se pueden identificar problemas derivados de la estrechez maxilar.

En cuanto a la expansión palatina, existen dos enfoques principales: la expansión palatina lenta (SPE) y la expansión palatina rápida (RPE). La SPE busca corregir el problema transversal mediante la transformación de la base apical, mientras que la RPE tiene como objetivo separar los dos hemimaxilares en la sutura media palatina para lograr una mayor amplitud transversal.

Uno de los factores clave que afecta al éxito de la RPE es la edad del paciente y, por ende, el grado de interdigitación de la sutura media palatina. El período puberal o prepuberal es considerado el momento más adecuado para la RPE. En cuanto a las definiciones de los distintos enfoques de la RPE, se utiliza el término ”MARPE” para referirse a la RPE asistida por mini-implantes, ”SARPE” para la RPE asistida por asistencia quirúrgica (y algunos autores prefieren llamarla ”SMARPE” si dicha asistencia quirúrgica también involucra mini-implantes), y ”MSE” para la RPE donde los mini-implantes se anclan de manera bicortical.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo del tiempo, las clasificaciones de las maloclusiones transversales han mantenido su estructura fundamental, pero gracias a los avances en el estudio de

modelos, radiología y fotografía, en la actualidad se cuenta con una mayor precisión en el diagnóstico de estos problemas. Las herramientas como los modelos virtuales 3D, el CBCT y las imágenes fotográficas tridimensionales han mejorado significativamente el análisis y diagnóstico de los problemas transversales.

En términos de opciones de tratamiento, el MARPE y el MSE han demostrado ser técnicas que logran una expansión más paralela en comparación con los expansores convencionales como el hyrax o el hass. El MSE incluso permite realizar expansiones en adolescentes y adultos jóvenes sin necesidad de asistencia quirúrgica.

En caso de requerir un procedimiento SARPE, es preferible utilizar un MARPE o un MSE asistidos por mini implantes. La separación de la sutura pterigomaxilar lograda con el MSE permite una mayor protracción maxilar, lo que plantea la posibilidad de realizar tratamientos ortopédicos sagitales en adultos jóvenes. Conforme se logra una expansión más paralela, el centro de rotación del maxilar se desplaza lateral y posteriormente. Además, con el MSE, el hueso cigomático y el maxilar se comportan como una unidad al desplazarse lateral y verticalmente.

Una de las mejoras evidentes con el uso del MARPE, MSE, SARPE y SMARPE se observa a nivel nasal, ya que estos tratamientos tienen un efecto positivo en las vías respiratorias. Sin embargo, este efecto no es tan frecuente con las expansiones convencionales, que generan una expansión en forma de ”V”, con el vértice en la base de la nariz en el plano coronal y en la sutura pterigomaxilar en el plano transversal.

6 Bibliografía

1. Resnick CM, Daniels KM, Vlahos M. Does Andrews facial analysis predict esthetic sagittal maxillary position?. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2018;125(4):376-381. doi:10.1016/j.oooo.2018.01.012
2. McNamara JA Jr, Franchi L. The cervical vertebral maturation method: A user’s guide. Angle Orthod. 2018 Mar;88(2):133-143. doi: 10.2319/111517-787.1. Epub 2018 Jan 16. PMID: 29337631; PMCID: PMC8312535.
3. Baka ZM, Akin M, Ucar FI, Ileri Z. Cone-beam computed tomography evaluation of dentoskeletal changes after asymmetric rapid maxillary expansion. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2015 Jan;147(1):61-71. doi: 10.1016/j.ajodo.2014.09.014. PMID: 25533073.
4. Lione R, Ballanti F, Franchi L, Baccetti T, Cozza P. Treatment and posttreat-

ment skeletal effects of rapid maxillary expansion studied with low-dose computed tomography in growing subjects. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2008 Sep;134(3):389-92. doi: 10.1016/j.ajodo.2008.05.011. PMID: 18774085.
5. Brunetto DP, Sant'Anna EF, Machado AW, Moon W. Non-surgical treatment of transverse deficiency in adults using Microimplant-assisted Rapid Palatal Expansion (MARPE). Dental Press J Orthod. 2017 Feb;22(1):110-125. doi: 10.1590/2177-6709.22.1.110-125.sar. PMID: 28444019; PMCID: PMC5398849.
6. Carlson C, Sung J, McComb RW, Machado AW, Moon W. Microimplant-assisted rapid palatal expansion appliance to orthopedically correct transverse maxillary deficiency in an adult. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2016 May;149(5):716-28. doi: 10.1016/j.ajodo.2015.04.043. PMID: 27131254.

Capítulo 141

ADENOVIRUS HUMANO: EPIDEMIOLOGÍA, PATOGENIA Y DIAGNÓSTICO

CONSTANZA GÓMEZ DE OÑA

1 Introducción

En 1953, Rowe y sus colegas aislaron un adenovirus humano (HAdV) a partir de tejido adenoide. El HAdV es un virus sin envuelta que contiene un genoma de ADN lineal de doble cadena, perteneciente al género Mastadenovirus de la familia Adenoviridae. Engloban más de 60 tipos diferentes clasificados en siete subgrupos o especies (de la A a la G) basadas en sus características biológicas, inmunológicas y bioquímicas, que pueden causar una amplia variedad de enfermedades en humanos. Pueden infectar además otros mamíferos aves y reptiles.
La estructura de la partícula vírica del HAdV , con un diámetro de entre 70 a 100 nm, se compone de dos elementos principales: el núcleo o core que contiene el genoma de ADN de doble cadena lineal, con un tamaño de entre 34 a 37 kb y que porta unos 40 genes y 6 proteínas, y la cápside externa. La cápside posee simetría icosaédrica y está formada por tres componentes principales: el hexón, proteína mayoritaria y localizada en las caras y bordes de la cápside; la base pentón, situada en los vértices; y la fibra unida a la base pentón. La fibra es una proteína trimérica responsable de la unión del virus al receptor de la célula hospedadora.

2 Objetivos

El propósito de esta revisión es describir la epidemiología, la patogenicidad, y las técnicas de detección de los Adenovirus humanos (HAdV).

3 Metodología

Para la realización del presente estudio se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos científicos en las diferentes bases de datos como Pubmed, Medline, Embase, Cochrane library. Las palabras clave utilizadas fueron Adenovirus humano, genotipo, reacción en cadena a la polimerasa (PCR) e infección respiratoria.

4 Resultados

Epidemiología:
La transmisión del adenovirus puede ocurrir de varias formas: a través del contacto directo con una persona infectada, por contacto con superficies contaminadas o mediante la inhalación de gotas respiratorias de una persona infectada. Su período de incubación varía entre 4 y 8 días, pero puede durar hasta 24 días, según el serotipo de HAdV. Durante este periodo la persona infectada es extremadamente contagiosa.
Los HAdV pueden causar epidemias de enfermedad respiratoria febril (FRI), brotes de enfermedad diarreica y gastroenteritis, fiebre faringoconjuntival, y/o queratoconjuntivitis. Pueden producirse infecciones graves o diseminadas por HAdV en huéspedes inmunocomprometidos y rara vez en pacientes inmunocompetentes.
Una característica de estos virus es que, a pesar de que la mayoría de las epidemias ocurren en el invierno o principios de la primavera, las infecciones ocurren durante todo el año sin una estacionalidad clara.
Los HAdV se agrupan en siete grupos (A–G) y 67 serotipos En la tabla 1 se muestra el tropismo tisular de las diferentes especies.
La especie A está relacionada principalmente con el tracto gastrointestinal, al igual que los grupos F y G, los subgrupos B y C son más comunes en enfermedades del aparato respiratorio. Los HAdV-D y el HAdV-E están asociados a infecciones oculares (conjuntivitis) y respiratorias (sólo el subgrupo E). Además, el HAdV-36 se ha asociado con la obesidad, y existen estudios que sugieren que los HAdV tienen un papel relevante en el desarrollo de la misma.

Los diferentes serotipos muestran diferentes tropismos tisulares y se correlacionan con las manifestaciones clínicas de infección. A nivel mundial, los serotipos 1 a 5, 7, 21 y 41 se asocian más comúnmente con enfermedades humanas. Los serotipos relacionados con los brotes son: 3, 4, 7, 8, 14 y 55, suelen ser más virulentos y tienen más probabilidades de propagarse.

Entre los niños, los serotipos de HAdV más comunes asociados con infecciones del tracto respiratorio son los tipos 1 a 7 y un recombinante intertípico H11F1designado como genotipo 55. En adultos, los serotipos más frecuentemente implicados en FRI incluyen: HAdV-1 a 7, 21 y 14. Se ha informado hepatitis asociada a infección por los serotipos 1 a 3, 5 y 7. Los agentes causales de queratoconjuntivitis (QC) son los AdV-8, 19 y 37. La gastroenteritis se asocia con mayor frecuencia a la infección por AdV-40 y 41 llamados entéricos, pero también en asociación con la infección por AdV-12, 18 y 31, y AdV-52.

Los serotipos A-5, 31, 34, 35 y 39 se relacionan con infecciones en pacientes inmunocomprometidos.

Los serotipos predominantes difieren entre países o regiones y cambian con el tiempo. Puede ocurrir la transmisión de nuevas cepas entre países o entre continentes y el reemplazo de serotipos dominantes por nuevas cepas.

Patogenia

En relación con la patogenia, los HAdV son muy estables en el medio ambiente. Algunos se propagan a través de brotes locales en áreas comunes, como campamentos de verano, parques infantiles y escuelas. Los HAdV pueden infectar y replicarse en las células epiteliales del tracto gastrointestinal (GI), el tracto respiratorio, los ojos y la vejiga urinaria.

Los HAdV causan infección lítica, (conocida como ciclo de replicación viral) en las células epiteliales y/o infección latente en las células linfoides. La infección lítica ocurre cuando el virus ingresa y se replica dentro del huésped, inhibe la síntesis macromolecular y transporta el ARNm al citoplasma celular, provocando la muerte y la lisis celulares. Además, se producen viriones, lo que provoca una respuesta inflamatoria del huésped. Tras la infección lítica, pueden persistir en células susceptibles en estado latente durante años. Durante la infección latente, los HAdV generalmente permanecen en los órganos linfoides, como los adenoides, las amígdalas o las placas de Peyer. Con el tiempo, pueden reactivarse, reinfectarse y replicarse en las células epiteliales, provocando nuevamente los síntomas de la enfermedad.

Técnicas de diagnóstico

El HAdV se puede detectar por técnicas directas: detección de Antígeno, detección de ADN, y aislamiento mediante cultivo celular (método gold estándar ya

que se obtiene la cepa para posteriores estudios de genotipado)) en muestras respiratorias, conjuntivales, heces sangre. Las técnicas indirectas detectan anticuerpos de la clase IgM e IgG mediante técnicas de inmunoensayos enzimáticos en suero o plasma, utilizando kits comerciales. El principal inconveniente de estas pruebas es que son menos sensibles que las técnicas de detección directa de Antígeno, ADN y cultivos celulares.

Los métodos de detección de antígenos, como el ensayo ELISA (Enzimoinmunoanálisis de adsorción), la prueba de aglutinación en látex (LAT) y la inmunofluorescencia directa con anticuerpos monoclonales, identifican las proteínas asociadas al HAdV.

El diagnóstico molecular se realiza mediante el ensayo de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) que amplifica pequeños segmentos de ADN viral. La PCR a tempo real (TR-PCR) tiene la ventaja de que se puede visualizar la cinética de la reacción y además se puede estandarizar para cuantificar el ADN detectado, mediante la amplificación simultanea de un marcador celular como la βglobina (carga viral normalizada). Conocer esta carga viral resulta muy útil a nivel pronóstico y de seguimiento de la infección.

Estas técnicas de detección directa permiten detectar la presencia de HAdV en sangre, heces y/o muestras mucosas. Bennett y Gunson desarrollaron un único ensayo de RT-PCR multiplex en tiempo real para la detección de adenovirus, Astrovirus, Rotavirus y Sapovirus a partir de muestras de heces para el diagnóstico de gastroenteritis viral. Igualmente, la PCR a tiempo real múltiple permite detecta en un solo test varios virus respiratorios, así el ADV Virus Respiratorio Sincitial (VRS) Y Parainfluenza (HPIV). Para el diagnóstico de las infecciones respiratorias en niños, que son muy frecuentes y su diagnóstico evita el tratamiento antibiótico es de mucha utilidad realizar PCR a tiempo real múltiple, con retrotranscripción previa para los virus ARN y que engloble a tres virus, para todos los virus respiratorios: Gripa A, Gripe B y VRS, HAdV, HPIV, y Metapneumovirus (hMPV): Picornavirus (Enterovirus (EV) y Rhinovirus (HRV)), Coronavirus (CoV).

5 Discusión-Conclusión

Los adenovirus son organismos complejos y en evolución. Los HAdV se asocian a síndromes y manifestaciones clínicas inespecíficas, se producen especialmente en niños menores de 5 años, la mayoría de las infecciones son autolimitadas, de tipo respiratorio y gastrointestinal, pero hay que tener en cuenta que se propagan fácilmente y en algunos casos son muy contagiosas, de modo que el diagnóstico debería confirmarse en caso de brotes de infección y en pacientes con manifesta-

ciones graves. Además, las infecciones graves por adenovirus pueden imitar, por la clínica y las alteraciones de laboratorio que ocasiona, a infecciones bacterianas potencialmente graves.
Actualmente la detección genómica por PCR a tiempo real (RT-PCR) es el método diagnóstico de elección, debido a su rapidez , alta sensibilidad y especificidad para la detección y cuantificación genómica de HAdV en muestras de cualquier origen y en todo tipo de pacientes, con el objetivo de poder orientar el tratamiento de una forma más específica y evitar el tratamiento antibiótico e, El tipado podría proporcionar información adicional, especialmente en casos de sospecha de brotes epidémicos.
A pesar de que se conoce mucho sobre la epidemiología, y la patogenicidad de estos virus, se necesitan más estudios para prevenir la infectividad y la propagación de los mismos.

6 Bibliografía

1. Lion, T., Adenovirus infections in immunocompetent and immunocompromised patients. Clin Microbiol Rev, 2014. 27(3): p. 441-62.
2. Bruminhent, J., et al., Absolute lymphocyte count and human adenovirusspecific T-cell immune restoration of human adenovirus infection after kidney transplantation. J Med Virol, 2019. 91(8): p. 1432-1439.
3. Arnberg, N., Adenovirus receptors: implications for targeting of viral vectors. Trends Pharmacol Sci, 2012. 33(8): p. 442-8.
4. Tribouley, C., et al., The product of the adenovirus intermediate gene IVa2 is a transcriptional activator of the major late promoter. J Virol, 1994. 68(7): p. 4450-7.
5. Mangel, W.F. and C. San Martin, Structure, function and dynamics in adenovirus maturation. Viruses, 2014. 6(11): p. 4536-70.
6. Saha, B., C.M. Wong, and R.J. Parks, The adenovirus genome contributes to the structural stability of the virion. Viruses, 2014. 6(9): p. 3563-83.
7. Nemerow, G.R., et al., Insights into adenovirus host cell interactions from structural studies. Virology, 2009. 384(2): p. 380-8.
8. Menon, B.B., et al., Epidemic Keratoconjunctivitis-Causing Adenoviruses Induce MUC16 Ectodomain Release to Infect Ocular Surface Epithelial Cells. mSphere, 2016. 1(1).
9. Echavarria, M., Adenoviruses in immunocompromised hosts. Clin Microbiol Rev, 2008. 21(4): p. 704-15

10. Metzgar, D., et al., Evaluation of multiplex type-specific real-time PCR assays using the LightCycler and joint biological agent identification and diagnostic system platforms for detection and quantitation of adult human respiratory adenoviruses. J Clin Microbiol, 2010. 48(4): p. 1397-403.
11. Robinson, C.M., et al., Molecular evolution of human adenoviruses. Sci Rep, 2013. 3: p. 1812.
12. Cooper, R.J., et al., The epidemiology of adenovirus infections in Greater Manchester, UK 1982-96. Epidemiol Infect, 2000. 125(2): p. 333-45.
11. Mitra, A.K. and K. Clarke, Viral obesity: fact or fiction? Obes Rev, 2010. 11(4): p. 289-96.
12. Gaggar, A., D.M. Shayakhmetov, and A. Lieber, CD46 is a cellular receptor for group B adenoviruses. Nat Med, 2003. 9(11): p. 1408-12.
13. Al-Herz, W. and M.A. Moussa, Survival and predictors of death among primary immunodeficient patients: a registry-based study. J Clin Immunol, 2012. 32(3): p. 467-73.
14. Franck J. D. Mennechet, Océane Paris, Aline Raissa Ouoba, Sofia Salazar Arenas, Sodiomon B. Sirima, Guy R. Takoudjou Dzomo, Amidou Diarra, Isidore T Traore, Dramane Kania, Karsten Eichholz, Eric A. Weaver, Edouard Tuaillon & Eric J. Kremer (2019) A review of 65 years of human adenovirus seroprevalence, Expert Review of Vaccines, 18:6, 597-613
15. Crenshaw BJ, Jones LB, Bell CR, Kumar S, Matthews QL. Perspective on Adenoviruses: Epidemiology, Pathogenicity, and Gene Therapy. Biomedicines. 2019 Aug 19;7(3):61. doi: 10.3390/biomedicines7030061. PMID: 31430920; PMCID: PMC6784011.
16. Mitchell LS, Taylor B, Reimels W, Barrett FF, Devincenzo J P. Adenovirus 7a: un brote adquirido en la comunidad en un hospital infantil. Pediatr Infect Dis J. 2000; 19 (10):996–1000.
17. Lu X., Erdman D.D. Quantitative real-time pcr assays for detection and type-specific identification of the endemic species c human adenoviruses. J. Virol. Methods. 2016; 237:174-78.
18. Kim Y-J, Boeckh M, Englund J A. Community respiratory virus infections in immunocompromised patients: hematopoietic stem cell and solid organ transplant recipients, and individuals with human immunodeficiency virus infection. Semin Respir Crit Care Med. 2007;28(2):222–242.
19. Lynch JP 3rd, Kajon AE. Adenovirus: Epidemiology, Global Spread of Novel Serotypes, and Advances in Treatment and Prevention. Semin Respir Crit Care Med. 2016 Aug;37(4):586-602.
20. Ghebremedhin B. Adenovirus humano: Patógeno viral con creciente impor-

tancia. EUR. J. Microbiol. inmunol. 2014; 4 :26–33. doi: 10.1556/EuJMI.4.2014.1.2.
21. Furuse Y., Ornelles DA, Cullen BR Las células linfoides persistentemente infectadas con adenovirus expresan micrornas derivados del vai viral y especialmente vaii rna. Virología. 2013; 447 :140–145. doi: 10.1016/j.virol.2013.08.02
22. Gómez de Oña C, Álvarez-Argüelles Marta E, Rojo-Alba S, Casares H, Arroyo M, Rodríguez J, de Oña M, Melón S Alterations in biochemical markers in adenovirus infection Transl Pediatr 2021;10(5):1248-1258
23. Gómez-Novo M, Boga Jose A, Álvarez-Argüelles ME, Rojo-Alba S, Fernández A, Menéndez, de Oña M, Melón S. Human respiratory syncytial virus load normalized by cell quantification as predictor of acute respiratory tract infection J Med Virol. 2018 May;90(5):861-866

Capítulo 142

DETERMINACIÓN SEROLÓGICA DE LA HEPATITIS B, ESTUDIO DE MARCADORES EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

MOISÉS GAMO PASTOR

1 Introducción

La hepatitis se trata de una enfermedad en la cual se va a observar una inflamación o hinchazón del hígado, produciendo un defecto en el funcionamiento de este.

Las causas de hepatitis son muy diversas y pueden ser debidas a:

- Virus, es la causa más común. Existen varios virus que pueden causar hepatitis, entre los que destacamos, el virus de la hepatitis A, B, C, D y E. Este capítulo se centrará en el estudio serológico del virus de la hepatitis B (VHB).
- Debido a ciertos tóxicos, venenos, medicamentos, productos químicos, el alcohol.
- Debida a anticuerpos. El sistema inmune ataca a las células del hígado produciendo una inflamación.

Los signos y síntomas característicos de esta enfermedad son las alteraciones bioquímicas, por ejemplo, un aumento de enzimas en colestasis como pueden ser la ALT, AST, bilirrubina, fosfatasa alcalina, GGT, etc. Para diferenciar cada uno de los virus es necesario realizar determinaciones serológicas y estudiar cada marcador que es específico para cada virus.

La transmisión de los virus: la hepatitis A y E se transmiten de manera oral-fecal, por ingestión de alimentos contaminados, agua contaminada con heces. Respecto a los virus de las hepatitis B, C y D son transmitidos a través de contacto directo, por ejemplo, a través de la sangre u otros líquidos biológicos, agujas de jeringas, relaciones sexuales sin protección.

2 Objetivos

- Explicar que es la hepatitis, causas, tipos.
- Enumerar y explicar los distintos marcadores serológicos de hepatitis B que existe.
- Diferenciar los distintos tipos de marcadores que aparecen en los diferentes tipos de perfiles de paciente.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, basado en una investigación documental y una revisión bibliográfica, se han utilizado fuentes de información como artículos, revistas y varios libros, consultando en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras clave elegidas para la búsqueda de los artículos han sido: hepatitis B, marcadores para VHB, pruebas serológicas VHB.

4 Resultados

El virus de la hepatitis B es un virus de ADN de doble cadena que pertenece a la familia Hepadnaviridae. Es icosaédrico y posee una envuelta lipídica. Su periodo de incubación está entre 1- 6 meses.

Para su diagnóstico en el laboratorio de microbiología se emplean estudios serológicos cuya función es la búsqueda de posibles marcadores de VHB y anticuerpos contra los antígenos del virus que haya en la sangre del paciente.

A continuación, se exponen los distintos marcadores de VHB, así como el orden en que aparecen:

- Antígeno de superficie o antígeno Australia (HBsAg): Es uno de los primeros

marcadores que se eleva tras contraer la enfermedad, detectable en el periodo de incubación. Su presencia indica que el paciente está infectado por el virus. Si durante el primer mes se mantiene y no se observa una disminución de este antígeno, se debe pensar que existe una posible evolución a hepatitis crónica.

- Antígeno de replicación (HBeAg): Marcador de infección aguda que indica cuando el virus está replicándose, pues solo se observa cuando el virus tiene multiplica activa e indica una alta tasa de contagio por parte del paciente.

- Anticuerpo anti-core o cápside (HBcAc): Después de la aparición de estos dos antígenos, el cuerpo empieza a preparar la respuesta inmune. El primer anticuerpo en aparecer es el HBcAc. Durante los primeros 6 meses estos anticuerpos serán de tipo IgM, indicando una infección aguda, sin embargo, pasados 6 meses se sintetizan inmunoglobulinas de tipo IgG indicando un cuadro crónico.
Estos anticuerpos no logran neutralizar al virus, no otorga protección, pero es un buen marcador que se observa durante toda la enfermedad, incluso, cuando ha sido superada. Mientras que HBeAg y HBsAg desaparecen una vez el paciente ha sido recuperado, se puede seguir observando HBcAc en el suero del paciente indicando que estuvo expuesto al virus.

- Anticuerpo anti-antígeno de superficie (HBsAc): Es uno de los últimos marcadores en aparecer y se trata de un anticuerpo que se observa cuando el paciente se ha curado, a superado la enfermedad y es inmune al virus.

- Anticuerpo anti-antígeno de replicación (HBeAc): Es un anticuerpo que no otorga inmunidad, pero indica que el sistema inmune está respondiendo de manera adecuada a la enfermedad, que es probable una disminución progresiva de la infectividad y la aparición de los HBsAc.

Perfiles de pacientes con sus respectivos marcadores:
- Paciente con Hepatitis B aguda: Se observa HBsAg, HBcAc de tipo IgM (por ser aguda) y HBeAg (pues el virus se está replicando, no hay un cese en su multiplicación).

- Paciente con Hepatitis B crónica: Se observa HBsAg, HBcAc de tipo IgG y puede presentar Anti-HBe o no.

- Paciente que ha padecido la enfermedad y se ha curado: Presenta HBc Ac de tipo IgG, HBsAc. Como se dijo anteriormente, el HBsAc es el marcador que indica curación.

-Paciente solamente vacunado (no ha tenido la enfermedad): El único marcador que tiene son los HBsAc. La principal diferencia entre vacunado y curado es que este último tiene positividad en otro marcador, el HBcAc de tipo IgG, que se lo otorga la exposición al virus, el paciente vacunado no tiene este marcador, pues nunca tuvo contacto con el virus para la síntesis de este tipo de anticuerpo.

5 Discusión-Conclusión

La hepatitis B es una enfermedad endémica que afecta, sobre todo, a países de oriente y África. España es un país con una baja prevalencia con una tendencia decreciente, las vacunas, así como las técnicas empleadas para una detección precoz, han hecho posible que la endemicidad disminuya. La mayoría de los casos se observa en hombres adultos y de edad mediana.

El trabajo del técnico de laboratorio de microbiología a la hora de realizar los estudios serológicos de un paciente infectado de VHB es importante porque va a permitir e incrementa la eficacia de que el médico realice un buen diagnóstico y vigilancia de esta patología. De esta manera se toman decisiones adecuadas a la hora de proceder a una intervención terapéutica.

6 Bibliografía

1. García Z, Torres L. Diagnóstico Serológico del Virus de la Hepatitis B. Revista Costarric Cienc Med. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482006000200008
2. Ared Gordillo Hernández. Marcadores serológicos de infección por el virus de la hepatitis B en estudiantes de la Escuela Latinoamericana de Medicina Serological. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v22n5/1025-0255-amc-22-05-694.pdf
3. Vigilancia epidemiológica de la hepatitits B en España, 2020. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/Hepatitis%20B/Vigilancia_HepatitisB_2020.pdf
4. De la cruz Del Solar R, Barrera Cuadros T, Vidal Escudero J, Rodríguez Salazar I. Marcadores serológicos de sífilis, hepatitis B y VIH en donantes de sangre en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima-Perú. Revista Medica Hered. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X1999000400004&script=sci_arttext&tlng=en

5. Hepatitis. MedlinePlus. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/hepatitis.html

Capítulo 143

CITOLOGÍA GINECOLÓGICA

ALBA ALVAREZ DIAZ

1 Introducción

La citología ginecológica es una prueba que se utiliza para el estudio morfológico de las células que tapizan el endocérvix, el exocérvix y el fondo vaginal para determinar si la muestra es negativa (ausencia de enfermedad) o positiva (existencia de enfermedad).
Esta es de gran ayuda para la detección precoz del cáncer cervical junto con otras pruebas, que es el tercer tipo de cáncer más común en el mundo.
Esta muestra se obtiene del tracto genital femenino que son: la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. Exactamente se obtienen del fondo del saco de la vagina, que se encuentra entre el cuello del uterino y la vagina, también se obtiene del endocérvix y exocérvix, que se encuentran en el cuello.
Se destacarán dos tipos de citologías: la citología convencional y la citología en medio líquido.
Según el tipo de citología utilizado, el material y el procedimiento de obtención varía.
Para ambas citologías se utiliza un sillón ginecológico y una fuente de luz, espéculos, portaobjetos, un fijador (generalmente se utiliza un spray con contenido alcohólico) y espátulas y cepillos, que dependiendo del tipo de citología se utilizan unos u otros.
Para citología convencional se utiliza o bien, la espátula de Ayre junto con el cepillo Cytobrush, o bien la espátula Szalay con la que se consigue tomar la muestra de las tres zonas de una sola vez. El procedimiento se esta, se realiza transfiriendo a un portaobjetos la muestra para posteriormente fijarla en él.

Para la citología en medio líquido se utiliza un Cervexbrush, aunque, se recomienda combinarlo con el Cytobrush para obtener mayor cantidad de células endocervicales. El procedimiento se realiza depositando el cepillo con la muestra en un tubo con un líquido conservante.
Estas dos técnicas tienen una serie de ventajas e inconvenientes, tales como:
Mientras que la citología convencional es más económica y su interpretación es más sencilla en los extendidos se detectan mayor cantidad de células inflamatorias, hematíes y moco y además se puede producir un amontonamiento celular. Por otro lado, en las citologías en medio líquido las muestras son excesivamente más limpias y se obtiene una mayor cantidad de células.

2 Objetivos

Conocer el funcionamiento y los tipos de la citología ginecológica y su importancia para la detección precoz del cáncer cervical.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y revistas científicas, también se ha consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Scilo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Con este capítulo queremos detallar lo que es la citología ginecológica, de donde proceden las muestras tomadas y para que sirven. Además resaltar que hay varios tipos de citologías, aunque destacamos dos técnicas que son las que más se utilizan en hospitales y clínicas.
Este capítulo se baso en muestras ginecológicas de un hospital asturiano, en este hospital las dos citologías utilizadas son en medio líquido y la convencional, que de estas dos, la ultima es la más destacada.
Como se describe a lo largo del capítulo es de gran importancia llevar a cabo esta prueba como mínimo de manera anual, aunque dependiendo de la edad del paciente y de sus antecedentes se podría realizar con más frecuencia. Esta técnica es de gran importancia porque es la manera de detectar de manera precoz el cáncer cervical que es uno de los canceres más comunes entre mujeres, pero

con esta técnica no solo conseguimos esto, sino que además, se pueden detectar distintas patologías, tanto malignas como benignas.
Centrándonos más en los resultados de este hospital destacan principalmente las patologías benignas que las malignas.
Los resultados que se obtuvieron mediante la extracción de datos de los distintos informes durante dos años (2020 - 2022) fueron los siguientes:
Por un lado en cuanto a los casos malignos únicamente se obtuvo un 8,57% mientras que de los casos benignos se obtuvo un 91,42%.
También se realizaron distintos cálculos para realizar una estimación de la edad media a la que afectan más habitualmente. Referente a esto destacamos que la edad media de los casos malignos es aproximadamente 42,43 años, mientras que de los benignos obtenemos una edad media un poco más elevada, siendo 53,31 años.

5 Discusión-Conclusión

La citología ginecológica, también conocida como la prueba de Papanicolau, es una herramienta crucial para el diagnóstico temprano de enfermedades cervicales, como el cáncer de cuello uterino. Mediante la observación de células del cuello uterino, se pueden identificar anomalías y prevenir el desarrollo de condiciones más graves.
Esta técnica ha demostrado ser altamente efectiva en la detección temprana y tratamiento oportuno de lesiones precancerosas, mejorando las tasas de supervivencia y calidad de vida de las mujeres.
Es fundamental que las mujeres se sometan regularmente a esta prueba, ya que es una medida clave para proteger su salud reproductiva y bienestar general.

6 Bibliografía

R. M. Girón, Citología ginecológica, Madrid : Paraninfo, 2017.

Capítulo 144

CITOLOGÍA GINECOLÓGICA NORMAL

ALBA ALVAREZ DIAZ

1 Introducción

Microscópicamente hablando en un frotis se encuentran tanto material celular como no celular.
En cuanto al material celular hablamos de: células escamosas, células endometriales y células endocervicales.
Las células escamosas proceden del epitelio escamoso no queratinizado y se pueden diferenciar cuatro células distintas: las células superficiales, intermedias, parabasales y basales.
Las células superficiales se encuentran en la capa superficial del epitelio, son poligonales, delgadas y de 40-60 micras aproximadamente. Su núcleo es central, pequeño y picnótico, mientras que el citoplasma tiene los bordes bien definidos, homogéneos y pueden presentar gránulos de queratohialina. Se encuentran principalmente en la fase preovulatoria del ciclo y tienen una tinción eosinófila, aunque también puede ser basófila.
Las células intermedias se encuentran en la capa intermedia del epitelio, son redondeadas o poligonales y de 30-50 micras aproximadamente. Su núcleo es central, redondo y con una cromatina fina, mientras que el citoplasma tiene los bordes bien definidos pero irregulares, además es translúcido y homogéneo. Se encuentran principalmente en la fase postovulatoria del ciclo y tienen una tinción cianófila.
Las células parabasales se encuentran en la capa basal más interna, son redondeadas o elípticas y de 15-25 micras aproximadamente. Tienen un núcleo

central, redondo u ovalado, más grande que en las células intermedias y con la cromatina granular, por otro lado, el citoplasma tiene los bordes bien definidos y gruesos. Tienen una tinción basófila y únicamente se encuentran durante la infancia o la menopausia.
Las células basales se encuentran en la capa basal más profunda, son pequeñas y redondas o elípticas. Su núcleo es central, redondo, grande e hipercromático, por otro lado tiene escaso citoplasma pero con los bordes bien definidos. Tienen una tinción cianófila pero solamente aparecen en casa de que haya una hiperplasia de las células.
Las células endometriales son conjuntos de células epiteliales y/o estromales procedentes del endometrio del útero. El núcleo es redondo u ovalado y pequeño y el citoplasma es escaso con los bordes citoplasmáticos mal definidos. Estas suelen aparecer en un frotis cuando existe la presencia de un DIU y los primeros días del ciclo menstrual.
Y, por último, las células endocervicales proceden de un epitelio cilíndrico simple tapizando el endocérvix. Se pueden observar con una morfología en panal de abeja o en empalizada. El núcleo redondo u ovalado, excéntrico y grande y el citoplasma es claro con los bordes bien definidos. Además, en la morfología de empalizada se pueden observar cilios.
También se puede encontrar células benignas de órganos adyacentes, como por ejemplo células procedentes del colon.
Además de estas células anteriormente mencionadas, también se pueden observar otras células, tales como: leucocitos polimorfonucleares, que son glóbulos blancos y suelen aparecen en procesos infecciosos y/o inflamatorios, histiocitos o macrófagos, que están presentes los diez primeros días del ciclo menstrual, en procesos inflamatorios o en epitelios con atrofia, fibroblastos, aparecen como consecuencia de procesos erosivos, flora saprofita, son los microorganismos que se encuentran en la vagina, como por ejemplo el bacilo de Döderlein, que es una bacteria gram positiva y es muy común encontrarlo en un frotis, hematíes y espermatozoides.
En cuanto al material no celular se puede hallar: moco cervical, contaminantes, espirales de Curschmann, cuerpos de Psammoma, etc.

2 Objetivos

Explicar cómo es una citología ginecológica normal.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros y revistas científicas, también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicos revisadas.

4 Resultados

La citología ginecológica no patológica se refiere a los resultados de las pruebas de Papanicolaou o citología cervical que muestran una muestra celular normal, sin evidencia de células anormales o malignas. Es un resultado alentador, ya que indica que no se han detectado signos de enfermedad o patología en el cuello uterino y el canal vaginal.

Obtener una citología ginecológica no patológica es un objetivo deseable para todas las mujeres, ya que significa que no hay indicios de cáncer cervical u otras afecciones ginecológicas preocupantes. Sin embargo, es importante tener en cuenta que un resultado no patológico no garantiza la ausencia de problemas futuros, por lo que se recomienda seguir las pautas de detección y realizar exámenes periódicos según las recomendaciones médicas.

La citología ginecológica no patológica brinda tranquilidad y alivio a las mujeres, pero también les recuerda la importancia de mantener una atención médica preventiva. Es una oportunidad para fomentar hábitos de vida saludables y promover una buena salud reproductiva.

Además, la citología ginecológica no patológica juega un papel vital en la prevención y detección temprana del cáncer cervical. Al realizar pruebas de manera regular, se pueden identificar cambios celulares en una etapa inicial, lo que aumenta las posibilidades de un tratamiento exitoso y mejora el pronóstico.

Es fundamental que las mujeres comprendan la relevancia de la citología ginecológica, incluso cuando los resultados son normales. La detección precoz sigue siendo esencial para salvaguardar la salud y el bienestar a lo largo de la vida.

En conclusión, la citología ginecológica no patológica es un indicador positivo de una salud reproductiva adecuada. Sin embargo, no debe subestimarse, ya que representa una oportunidad para mantener una atención médica preventiva y promover estilos de vida saludables. La detección temprana y las pruebas regulares son clave para garantizar una buena salud ginecológica y una mejor calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

La citología ginecológica no patológica es un resultado alentador que indica la ausencia de células anormales o malignas en la muestra obtenida durante la prueba de Papanicolaou. Es un indicador positivo de una salud reproductiva adecuada y proporciona tranquilidad a las mujeres. Sin embargo, es importante recordar que un resultado no patológico no garantiza la ausencia de problemas futuros. Por lo tanto, se enfatiza la importancia de mantener un seguimiento médico regular y seguir las pautas de detección recomendadas. La citología ginecológica no patológica también juega un papel fundamental en la prevención y detección temprana del cáncer cervical, al permitir la identificación temprana de cambios celulares anómalos y facilitar un tratamiento oportuno para mejorar el pronóstico y la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. R. M. Girón, Citología ginecológica, Madrid : Paraninfo, 2017.

Capítulo 145

EL SISTEMA BETHESDA

ALBA ALVAREZ DIAZ

1 Introducción

El sistema Bethesda realiza una clasificación de una serie de patologías referentes a la citología ginecológica.
Según este sistema las patologías se pueden agrupar en dos grandes grupos, por un lado están los cambios celulares benignos o negativos para lesión intraepitelial o malignidad y por otro lado están las anormalidades de las células epiteliales.
Empezaremos hablando por los cambios benignos, que estos a su vez se pueden agrupar también en dos grupos. Por un lado encontraremos los microorganismos, tales como: las trichomonas vaginalis, las cándidas, el actinomyces, el herpes virus simplex, el virus del papiloma humano y la vaginosis bacteriana, mientras que por otro lado nos encontraremos con otros hallazgos no neoplásico, tales como: la atrofia, la metaplasia escamosa, la radiación, la presencia del DIU, la radioterapia y la quimioterapia y tanto la hiperqueratosis como la paraqueratosis.
Tras hablar de todos los cambios celulares benignos, ahora hablaremos de las anormalidades de las células epiteliales, que como en los anteriores casos también se dividirá en dos grupos según el tipo de células afectadas.
Por un lado están las anormalidades de las células escamosas, que son: las atipias como el ASCUS y el ASCH, las lesiones intraepiteliales de bajo grado (LSIL); las lesiones intraepiteliales de alto grado (HSIL) y el carcinoma escamoso.
Refiriéndonos a las células glandulares, nos encontraríamos: las atipias que pueden afectar a células endocervicales, endometriales o glandulares, el adenocarcinoma endocervical in situ y el adenocarcinoma.

2 Objetivos

Conocer el sistema Bethesda.
Exponer las patologías benignas que nos podemos encontrar en una citología ginecológica.
Estudiar las patologías malignas que nos podemos encontrar en una citología ginecológica.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y revistas científicas, también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Pumbed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicación académicas revisadas.

4 Resultados

El Sistema Bethesda, también conocido como Bethesda para informes de citología cervicouterina, es una clasificación ampliamente aceptada y utilizada para informar los resultados de las pruebas de citología cervical, en especial las pruebas de Papanicolaou. Su objetivo es proporcionar una terminología estandarizada y uniforme para describir las alteraciones celulares observadas en las muestras cervicales, lo que mejora la comunicación entre los patólogos, ginecólogos y otros profesionales de la salud.

El sistema organiza los resultados en diferentes categorías que van desde "Negativo para lesión intraepitelial o malignidad", que indica que no se han detectado células anormales, hasta "Carcinoma invasivo", que sugiere la presencia de cáncer cervical. Entre estas categorías, se incluyen descripciones específicas de lesiones precancerosas, como células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) y lesiones intraepiteliales escamosas de bajo y alto grado (LSIL y HSIL, respectivamente).

Esta clasificación permite una interpretación más precisa de los resultados y una guía clara para el manejo adecuado de los pacientes. Si se detectan anormalidades, se pueden realizar pruebas de seguimiento o procedimientos adicionales, como la colposcopia o la biopsia, para confirmar el diagnóstico y determinar el tratamiento necesario.

El Sistema Bethesda ha sido fundamental para mejorar la detección temprana del cáncer cervical y las lesiones precancerosas, lo que ha llevado a una disminución significativa de la morbilidad y mortalidad asociadas a esta enfermedad. Además, ha permitido la recolección uniforme de datos en estudios epidemiológicos y en la evaluación de programas de prevención y control del cáncer cervical.

A pesar de su eficacia, el Sistema Bethesda no está exento de limitaciones, como la variabilidad interobservador en la interpretación de las muestras y la posibilidad de resultados falsos negativos o falsos positivos. Sin embargo, continúa siendo una herramienta fundamental en el campo de la citología cervical y ha contribuido en gran medida a mejorar la atención y el manejo de la salud ginecológica de las mujeres en todo el mundo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Sistema Bethesda es una clasificación estandarizada que ha revolucionado la interpretación y comunicación de los resultados de las pruebas de citología cervical, especialmente las pruebas de Papanicolaou. Al proporcionar terminología uniforme para describir las alteraciones celulares, ha mejorado la detección temprana de lesiones cervicales y el cáncer de cuello uterino. Su implementación ha sido fundamental para guiar el tratamiento adecuado y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta enfermedad. A pesar de algunas limitaciones, el Sistema Bethesda sigue siendo una herramienta esencial en la práctica médica, brindando información crucial para proteger la salud ginecológica de las mujeres.

6 Bibliografía

R. M. Girón, Citología ginecológica, Madrid : Paraninfo, 2017.

Capítulo 146

PATOLOGÍAS BENIGNAS EN CITOLOGÍAS GINECOLÓGICAS

ALBA ALVAREZ DIAZ

1 Introducción

Hay gran variedad dentro de las patologías benignas en citología ginecológica y en este capítulo se detallarán las más comunes.
La vaginosis bacteriana es la infección más habitual causada por la bacteria Gardnerella vaginalis, que es un cocobacilo gram negativo. En un frotis con esta bacteria es habitual encontrar un fondo muy sucio, la presencia de Clue Cells y es muy poco frecuente la aparición de leucocitos polimorfonucleados.
El actinomyces es una bacteria gram positiva y su aparición se relaciona con la presencia del DIU o con una infección. En un frotis con esta se encuentra agrupaciones bacterianas filamentosas y un fondo sucio.
La cándida es un hongo y el más habitual es Candida albicans. En un frotis se observa el hongo, que puede aparecer en forma de esporas o en hifas, también se encontrará células algo agrandados y con halos perinucleares.
En un frotis con el Virus del Papiloma Humano se observará coilocitos con atipias, tales como: halos perinucleares grandes, núcleo excéntrico con hipercromatismo y posibles binucleaciones.
Las trichomonas son unos protozoos con una forma redondeado u ovalada, tienen un citoplasma cianófilo y su núcleo es excéntrico y suele encontrarse mal conservado. En un frotis se encuentra el fondo sucio, halos perinucleares, un aumento del núcleo, además de la presencia del protozoo.
La atrofia, generalmente se produce cuando hay una disminución en la cantidad de estrógenos, es muy habitual tras la menopausia. En un frotis se observa placas

de células parabasales con un agrandamiento nuclear y también se observará autolisis de las células, lo que ocasionará núcleos desnudos.

2 Objetivos

Conocer las patologías benignas más comunes en las citologías ginecológicas.
Exponer como se observaría al microscopio un frotis con estas patologías.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y revistas científicas, también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las patologías benignas en citología ginecológica son hallazgos celulares no cancerosos que pueden aparecer en los resultados de las pruebas de Papanicolaou o también conocida como Pap. Estas alteraciones pueden surgir por diversas razones, como infecciones virales o bacterianas, cambios hormonales, inflamación o presencia de células atípicas.
Entre las patologías benignas más comunes se encuentran las células escamosas inmaduras y las células glandulares atípicas. Estas anomalías no implican una amenaza inmediata para la salud, pero es fundamental seguir un adecuado seguimiento médico para asegurar que no progresen hacia lesiones precancerosas o malignas.
El papel del patólogo junto con la ayuda del técnico de anatomía patológica en la interpretación de estos resultados es esencial para un diagnóstico preciso y una atención adecuada. Si se detectan patologías benignas, el profesional de la salud puede recomendar exámenes de seguimiento periódicos para evaluar la estabilidad de las células y asegurarse de que no haya cambios significativos.
Es importante subrayar que las patologías benignas en la citología ginecológica no deben ser ignoradas o minimizadas, ya que su detección temprana y un enfoque preventivo pueden prevenir posibles complicaciones en el futuro. Además, estas pruebas permiten descartar o identificar otras afecciones que puedan requerir tratamiento o seguimiento médico adicional.

En conclusión, las patologías benignas en citología ginecológica son hallazgos frecuentes que requieren atención médica y seguimiento adecuado. La vigilancia regular, junto con un enfoque preventivo, es clave para proteger la salud reproductiva y el bienestar general de las mujeres. Estas pruebas desempeñan un papel crucial en la detección temprana y el tratamiento oportuno de condiciones que podrían afectar la salud ginecológica, lo que contribuye a una mejor calidad de vida y un cuidado más completo de la salud de las mujeres.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las patologías benignas en citología ginecológica son hallazgos celulares no cancerosos que se pueden encontrar en las pruebas de Papanicolaou. Aunque no representan una amenaza inmediata para la salud, es fundamental seguir un seguimiento médico adecuado para prevenir posibles complicaciones en el futuro. La detección temprana y el diagnóstico preciso por parte del patólogo son cruciales para proporcionar una atención médica adecuada y garantizar la salud reproductiva de las mujeres. Estas patologías ofrecen una oportunidad para implementar medidas preventivas y tomar decisiones informadas sobre el tratamiento, lo que contribuye a mantener el bienestar general y la calidad de vida de las pacientes.

6 Bibliografía

R. M. Girón, Citología ginecológica, Madrid : Paraninfo, 2017.

Capítulo 147

PATOLOGÍAS MALIGNAS EN CITOLOGÍAS GINECOLÓGICAS

ALBA ALVAREZ DIAZ

1 Introducción

En este capítulo se hablará de las patologías malignas que pueden afectar a las mujeres.
Según las células afectadas estas patologías se dividen en dos grandes grupos. Por un lado se encuentran las patologías que afectan a las células glandulares, tales como: atipias, el adenocarcinoma endocervical in situ y el adenocarcinoma, y por otro lado se encuentran las patologías que afectan a las células escamosas que son las que se detallarán a continuación, ya que son los más comunes.
El ASCUS es una atipia de células escamosas de significado indeterminado, lo que significa que las alteraciones morfológicas serán más graves que una inflamación, pero no serán suficientes para diagnosticarlo como una neoplasia. En un frotis se encontrará un aumento nuclear entre 2,5-3 veces, pérdida de la relación núcleo-citoplasma, binucleaciones y leve hipercromatismo.
El LSIL o lesión intraepitelial de bajo grado, que agrupa tanto las displasias leves como las alteraciones celulares causadas por el virus del papiloma humano. En un frotis se observará un aumento nuclear de 3-4 veces, pérdida de la relación núcleo-citoplasma, membrana nuclear irregular, hipercromatismo y cromatina granular.
El HSIL o lesión intraepitelial de alto grado que son displasias moderadas y severas. En un frotis se encontrará pérdida de la morfología celular, aumento nuclear de 3-4 veces, hipercromatismo, cromatina distribuida irregularmente, escaso citoplasma.

El carcinoma escamoso infiltrante es el cáncer más frecuente en mujeres y tiene una alta relación con el VPH. En un frotis encontraremos aumento nuclear, cromatina irregular y granular, hipercromatismo, escaso citoplasma, diátesis tumoral, células queratinizadas, perlas córneas y células en renacuajo.

2 Objetivos

Conocer las diferentes patologías malignas o anormalidades de las células epiteliales más comunes entre las mujeres.
Exponer cómo se observarían estas en un frotis.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y revistas científicas, también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las patologías malignas en citología ginecológica se refieren a los hallazgos celulares que indican la presencia de células cancerosas en las muestras obtenidas durante las pruebas de Papanicolaou u otras pruebas de citología cervical. Estas patologías malignas pueden incluir el cáncer de cuello uterino, así como otros cánceres ginecológicos, como el cáncer de endometrio o el cáncer de ovario.
La detección temprana de patologías malignas en la citología ginecológica es esencial para el diagnóstico y tratamiento oportuno. La identificación de células cancerosas en una etapa inicial aumenta las posibilidades de un pronóstico favorable y la efectividad del tratamiento. Por lo tanto, las pruebas de citología cervical son una herramienta fundamental en la prevención y detección precoz de estas enfermedades.
Es importante destacar que los resultados de la citología ginecológica no siempre son definitivos y pueden requerir confirmación a través de otras pruebas complementarias, como la colposcopia, la biopsia u otros estudios de diagnóstico por imágenes.
El papel del patólogo es crucial en la interpretación de los resultados y en la identificación de patologías malignas. El diagnóstico preciso permitirá al equipo

médico planificar un enfoque terapéutico adecuado para cada paciente, adaptado a sus necesidades y características individuales.
En conclusión, las patologías malignas en citología ginecológica son un aspecto importante en el cuidado de la salud de las mujeres. La detección temprana a través de pruebas de citología cervical es esencial para el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de enfermedades como el cáncer de cuello uterino. La colaboración entre los profesionales de la salud, el seguimiento adecuado y la conciencia pública sobre la importancia de estas pruebas son fundamentales para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las pacientes afectadas por estas patologías malignas

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las patologías malignas en citología ginecológica se refieren a la presencia de células cancerosas en las pruebas de Papanicolaou, Pap o citología cervical. La detección temprana de estas patologías es esencial para un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz. La citología ginecológica desempeña un papel crucial en la prevención y detección precoz de enfermedades como el cáncer de cuello uterino, entre otras patologías. La colaboración entre los profesionales de la salud y la conciencia sobre la importancia de estas pruebas son fundamentales para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las mujeres afectadas por estas patologías malignas.

6 Bibliografía

R. M. Girón, Citología ginecológica, Madrid : Paraninfo, 2017.

Capítulo 148

BIOPSIA DE MAMA GUIADA POR TÉCNICAS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

ANGELA FERNANDEZ ILLAN

1 Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad en la cual las células procedentes de la mama se van a reproducir sin control. Puede comenzar en varias partes de la mama. Para diagnosticar esta enfermedad es necesario realizar una serie de pruebas, que son: examen de mama (para detectar anomalías), mamografía, ecografía mamaria y extracción de muestras de las células que componen la mama para su posterior análisis (biopsia).

La biopsia es un procedimiento quirúrgico que se realiza con aguja, la cual va a obtener una muestra que posteriormente se analizará en el laboratorio; en este caso se va a realizar guiado por medio de imágenes. La forma de guiar la biopsia mamaria es a través de resonancia magnética, prueba de ultrasonidos (ecografía) y a través de rayos X.

Gracias a este tipo de pruebas, el médico especialista puede saber donde tiene que inyectar la aguja para realizar la biopsia de forma correcta en la zona que se va a estudiar y así poder extraer una muestra de tejido que posteriormente se analizará en el laboratorio.

Existen varios tipos de biopsia de mama, va a depender de una serie de factores y a partir de ahí se escogerá un método de imágenes para guiar la aguja.

2 Objetivos

Este estudio tiene como principal objetivo saber cuál es la importancia del técnico y del uso de imágenes para el diagnóstico de lesiones en el tejido mamario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes fuentes y bases de datos académicos. Además se ha realizado una búsqueda exhaustiva de términos como: ”biopsia de mama”, ”como se guía una biopsia”, ”que métodos de imagen para el diagnóstico son los adecuados en la biopsia de mama”.

4 Resultados

El cáncer de mama es el tumor más frecuente y que más afecta a la población femenina. El cáncer de mama es el crecimiento anormal de las células procedentes del tejido mamario. Este tipo de cáncer puede aparecer en diferentes lugares de la mama. La biopsia no es el primer análisis para descartar un cáncer de mama, antes se realiza una serie de pruebas de imágenes para ver la posibilidad de que exista lesión. En primer lugar se realiza una palpación de la mama para identificar algún tipo de anomalía que sea palpable. Se realizan diversas pruebas como base para indicar si una paciente puede sufrir o no un cáncer de mama. La mamografía es la técnica ideal para la detección de patologías en la mama. Es un procedimiento base para el cribado del cáncer de mama. El objetivo principal de la mamografía es la búsqueda del cáncer de mama. Se realizan varias proyecciones de la mama, cráneo-caudal y oblicua medio lateral de cada mama. Si no se obtienen resultados necesarios para el diagnóstico se realizan otras proyecciones distintas.
La proyección craneo-caudal debe mostrar el pezón apuntando hacia la línea media y extraído de la superposición con el resto de la mama y la mayor parte del tejido lateral de la mama. La proyección oblicua medio lateral debe mostrar el ángulo inframamario, pezón de perfil, el músculo pectoral y el pezón al mismo nivel que el borde inferior del músculo pectoral. Para el estudio de las imágenes mamográficas obtenidas se utiliza un sistema, el sistema BI-RADS. Estas siglas significan Breast Imaging Reporting and Data System que se traduce como el Sistema de reporte base de datos de imágenes mamarias. Es un método que los radiólogos utilizan para interpretar los resultados de las mamografías, ecográficas o de resonancia magnética de mama.

La biopsia es la extracción de un tejido del cuerpo para examinar la presencia o no de una posible enfermedad. Se pueden realizar en todas las partes del cuerpo. La biopsia guiada por imágenes permite tomar una muestra de tejido sin tener que realizar una operación. La biopsia la pueden realizar varios tipos de especialistas como son: cirujanos, radiólogos especializados en la toma de muestras patológicas, gastroenterólogo, patólogo, citólogo, dermatólogo, ginecólogo, médico de cabecera entre otros. Este tipo de estudios se realiza cuando no se puede obtener información sobre si la enfermedad puede ser maligna o benigna con métodos de estudios por imagen.

La técnica más usada para guiar las biopsias es la ecografía; es la técnica más utilizada y más precisa de todas. Siempre que sea posible, se realizará la biopsia guiada por ecografía, ya que no utiliza radiación ionizante. Un inconveniente de la ecografía es que se limita a las lesiones superficiales.

Dependiendo del procedimiento que se realice se utilizará una guía u otra, cada una tiene su propio protocolo de actuación y que el técnico de radiodiagnóstico tiene que conocer. En todos los procedimientos el técnico de imagen para el diagnóstico va a proceder a preparar todo el material necesario para realizar la intervención.

1. En la biopsia guiada por ultrasonido, se utilizan ondas sonoras para crear una imagen del interior del seno. La ecografía es una de las técnicas más empleadas para los procesos percutáneos debido a la posibilidad de visualización de los tejidos blandos y poder observar la progresión de la aguja en tiempo real. Los procesos para realizar intervenciones guiadas a través de ecografía son variados. Se encuentran procedimientos dedicados al diagnóstico (PAAF, BAG), procedimientos evacuadores, tratamientos y colocación de arpones previos a la cirugía. Los transductores más utilizados son los lineales de alta resolución (7.5-13 MHz) pero va a depender de la profundidad de las lesiones. En lesiones profundas se necesita sondas convexas de 3.5 MHz. Esta técnica consiste en utilizar una mano para introducir la aguja mientras que con la otra se controla el trayecto con el transductor del ecógrafo. Es la técnica manos libres. El uso de la ecografía como técnicas para guiar una biopsia tiene una serie de ventajas e inconvenientes. Las ventajas son:

-Procedimiento más barato que el uso de otra máquina.
-Disponible en todos los servicios de imagen.
-No utiliza radiación ionizante.
-Se puede controlar continuamente el progreso de la aguja.
-El tiempo de la prueba es menor.

2. Biopsia guiada por estereotaxia: La estereotaxia es una técnica de imagen que

permite conocer la localización tridimensional (ejes x, y, z) de una posible lesión dentro del tejido mamario. Su uso va unido a un mamógrafo. Permite calcular la ubicación precisa de la lesión utilizando rayos X. Este tipo de biopsia utiliza la mamografía como ayuda para guiar la intervención. Este estudio se realiza cuando se encuentra una masa sospechosa, unas microcalcificaciones u otras lesiones que no son visibles con los ultrasonidos. Esta prueba es rápida y permite remover toda la lesión. A diferencia de otros tipos de métodos de localización de lesiones, la estereotaxia aporta una mayor precisión de la aguja en las lesiones debido al cálculo de coordenadas que se realiza. Antes de realizar cualquier intervención en la estereotaxia, es necesario calibrarla, esta calibración se realizará con un aparato que simula a un seno, es el cantoma. El estudio de esta técnica se debe al poder de localización de lesiones mamarias que no son palpables. La estereotaxia solo está indicada si las lesiones son únicamente visibles a través de la mamografía. Tiene una serie de ventajas:

-Menos invasivo que la biopsia quirúrgica.
-Tiene poco tiempo de recuperación.
-No quedan defectos en la mama después de la intervención.

La obtención de muestras de tejidos se va a realizar con un dispositivo asistido por vacío (BAV). La aguja se insertará en la mama a través de un corte en la piel.

3. Biopsia de mama guiada por resonancia magnética: El intervencionismo guiado por resonancia magnética es muy poco utilizado, debido a su complejidad, disponibilidad y los costes que trae el realizar esta intervención. Sin embargo, es una de las técnicas más idóneas si los hallazgos solo pueden ser visibles a través de una resonancia. Antes de realizar esta intervención, se descartan la estereotaxia y la ecografía. Para realizar esta técnica es necesario el uso de marcadores metálicos no ferromagnéticos. Gracias a este marcador se puede identificar donde se localiza la lesión para su posterior extirpación. En este caso, la biopsia se utiliza para guiar los instrumentos hasta el sitio del crecimiento anormal de la lesión del paciente.

Los beneficios de esta prueba son:

-Es un procedimiento menos invasivo.
-No hay radiación ionizante.
-El periodo de recuperación es breve.

5 Discusión-Conclusión

La función que tiene el técnico de imagen para el diagnóstico puede variar dependiendo de la prueba a realizar. En el caso de las biopsias guiadas por imagen su principal función es:
1) La preparación del material necesario para el procedimiento, asegurar el campo estéril, conocer el estado del paciente y comprobar el correcto funcionamiento del equipo que se va a utilizar.
2) Tiene la función de recepción de pacientes.
3) Utilización de la bomba de contraste en el caso en el que sea necesario.
4) Es el encargado de que el paciente tenga el consentimiento informado firmado y entendido.
5) Tras finalizar la prueba le colocará un apósito al paciente y mantendrá presión sobre él unos minutos para evitar la formación de hematomas.
En general, el intervencionismo mamario requiere un apoyo de especialistas en diagnóstico por imagen, anátomo patólogo y médico mastólogo. Las biopsias de mama tienen muchas ventajas, ya que son métodos intervencionistas menos invasivos que otros procedimientos. La biopsia de mama guiada por ecografía tiene como ventaja adicional a la resonancia magnética, la estereotaxia y la tomografía computarizada que se pueden obtener imágenes al mismo tiempo que se realiza la prueba, además de la rapidez a la hora de realizar el estudio. Otra ventaja de la biopsia guiada por ecografía es que no limita su utilización a mujeres embarazadas. Pero como estudio predilecto para las biopsias de mama, la resonancia magnética es mejor debido a la alta resolución que tiene sus estudios.

6 Bibliografía

https://www.radiologyinfo.org/es/info/breastbius
https://www.radiologyinfo.org/es/info/breastbimr
https://www.imim.cat/noticias/958/validan-la-utilidad-de-la-biopsia-de-mama-guiada-por-mamografia-por-contraste
https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/biopsia-del-seno/biopsia-del-seno-por-puncion-con-aguja-gruesa.html
https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/breast-biopsy-update/espanol
https://www.consalud.es/saludigital/tecnologia-sanitaria/biopsia-mama-guiada-imagen-capaz-predecir-cancer-residual_87046_102.html

Capítulo 149

EL TÉCNICO DE RAYOS Y LAS PLACAS EN PACIENTES QUE VIENEN DE URGENCIAS

SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA

NOELIA SÁNCHEZ RUIZ

SARA CARPIO VALBUENA

LAURA REDONDO MEDRANO

DANIEL DE LUCA NEGRETE

1 Introducción

Las urgencias hospitalarias tienen lugar cuando los hospitales comenzaron a ser gestionados por entidades o administraciones públicas. Ahí fue cuando se hizo un intento para clasificar a los pacientes dependiendo del nivel de gravedad y según la enfermedad que tuviesen.
Estas surgieron por primera vez en los campos de batalla como señal de recuperación de los soldados que resultaron estar heridos.
Las urgencias y emergencias se gestionan por entidades públicas dependiendo o basándose en el sistema sanitario de cada comunidad autónoma. Puede ser a nivel internacional, nacional, regional o local.
Se dice que son intrahospitalarias aquellas que atienden las urgencias y emergencias en el interior de los hospitales y se ocupan de casos de mayor gravedad y

las extrahospitalarias son las que tienen relación con los centros de atención primaria que también conocemos como centros de salud o las ambulancias como el soporte vital básico o soporte vital avanzado que se conoce también como unidad de vigilancia intensiva (UVI) móvil.
El interior de este servicio está formado por diversos departamentos y cada uno de estos está formado por una plantilla de profesionales de la salud donde cada departamento se ocupa una especialidad diferente con diversas funciones cada una dependiendo del servicio que se trate.

2 Objetivos

Conocer e indicar cuáles son algunas de las funciones de los profesionales técnicos en rayos de los centros hospitalarios y que desempeña en este servicio.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una vez que el paciente entra en el servicio de urgencias del medio hospitalario hay una sala de espera que está acondicionada para los acompañantes, también tiene diferentes secciones o departamentos donde cada uno tiene una especialidad médica diferente. Cada departamento está formado por una plantilla de profesionales sanitarios con diferentes categorías como médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, etc. y dependiendo del servicio que se trate, estos profesionales sanitarios realizan unas funciones u otras.
Cada departamento está formado por una variedad de boxes donde estarán los pacientes a la espera de ser atendidos por el médico o que vayan obteniendo resultados a diferentes pruebas médicas que se les vaya realizando para obtener un diagnóstico.
700

Luego también podemos observar el mostrador y la recepcionista, que es la que recibe todos los datos de los pacientes y los archiva también recogiendo su historia clínica.
El triaje es el momento en el que los profesionales sanitarios le realizan una serie de pruebas a los pacientes como la toma de las constantes vitales como toma de la temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, también se observa las diferentes alergias, antecedentes, toma de medicamentos. El nivel de triaje puede variar dependiendo del nivel de gravedad que posean a la hora de la entrada por el servicio de urgencias.
-Nivel rojo, el paciente corre riesgo vital no puede esperar, tiene una gravedad muy alta y puede fallecer.
-Nivel naranja, el paciente corre riesgo vital, no puede esperar.
-Nivel amarillo, el paciente tiene riesgo vital y debe de ser atendido sin mucho tiempo de espera.
-Nivel verde, el paciente no corre riesgo vital, puede esperar.
Algunas de las funciones del técnico en rayos en el servicio de urgencias pueden ser:
-Realizar las radiografías o placas pedidas por los médicos.
-Colocación del paciente para su previa radiografía.
-Comprobar que los equipos funcionen adecuadamente.
-Ordenar los métodos de protección correctos.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro sobre las funciones del técnico de rayos se debe tener en cuenta que el servicio de rayos del medio hospitalario, sirve para observar cualquier patología o anomalía que pueda surgir en la salud de los pacientes y pueda afectarles de forma negativa en su día a día.
En este servicio, están profesionales de la salud con una formación adecuada para poder desempeñar y trabajar en este sector y ofrecer un mejor diagnóstico, tratamiento y solución a los problemas que puedan surgir a los pacientes en el interior o exterior del entorno o ámbito del servicio hospitalario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 150

EL TÉCNICO DE RAYOS Y SUS FUNCIONES CON PACIENTES CON MUCHOS TRAUMATISMOS

NOELIA SÁNCHEZ RUIZ

SARA CARPIO VALBUENA

LAURA REDONDO MEDRANO

DANIEL DE LUCA NEGRETE

SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA

1 Introducción

El paciente politraumatizado es aquel que presenta lesiones de origen traumático en diversas áreas anatómicas, como consecuencia de un traumatismo biomecánico con peligro vital. Su causa incluye accidentes de tráfico, aplastamientos, explosiones. Todo técnico, debe estar habituado a este tipo de riesgos que conlleva la actuación en la sala de radiología con estos pacientes, ya que una mala praxis a la hora de realizar las proyecciones, puede provocar un agravamiento en sus lesiones.

El manejo del politraumatizado, conlleva el conocimiento y puesta en práctica de una acción muy concreta en cuanto a la forma de proceder. Ello provoca una de las situaciones que más inquietud produce al profesional, ya que debe de actuar

de forma rápida y con cuidado en el manejo del paciente, en el momento de la toma de las radiografías solicitadas por el médico de urgencias.
Por consiguiente, el profesional va a desempeñar un papel crucial en el uso multidisciplinar del paciente politraumatizado en la sala de radiología en cuanto a las proyecciones solicitadas y así llegar al correcto diagnóstico en las posibles lesiones.
Las pruebas radiológicas son una de las pruebas complementarias básicas en este tipo de pacientes, porque nos ofrecen información relevante y determinante. La planificación habitual incluye como protocolo, la radiografía de tórax, lateral de columna cervical, y anteposterior (AP) de pelvis. Dependiendo de la exploración física y las radiografías básicas previas, se solicitarán de forma individualizada, otros estudios para completar el diagnóstico, como la tomografía axial computarizada (TAC), ecografía.

2 Objetivos

Dar a conocer las diferentes maniobras de movilización del paciente politraumatizado para realizar las proyecciones necesarias en colaboración con los demás profesionales.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica tras la búsqueda activa en una serie de bases de datos, tales como: Google académico, Webcir, Elservier, Scielo, Slideshare, etc. Usando como criterios de búsqueda palabras clave referidas al tema a tratar, como son: politraumatizado, radiografía, traumatismo.

4 Resultados

Una de las causas de traumatizados son los accidentes de tráfico, que se colocan en primer lugar, siendo otros motivos, las caídas fortuitas, accidentes laborales, domésticos, agresiones, etc. Hay que diferenciar hasta seis tipos de situaciones en los pacientes politraumatizados: estado de shock, traumatismo craneoencefálico, torácico, raquimedular, de extremidades y abdominal.
La manera que vamos a trabajar con este tipo de pacientes en la sala de radiología, se basa en unas pautas muy bien establecidas, tales como: valorar el es-

tado del paciente a la entrada de la sala de radiología para saber que técnica de movilización utilizar, y concretar que posicionamiento vamos a utilizar en cada proyección,para obtener un diagnóstico lo más exhaustivo posible.
En este tipo de pacientes, la rapidez es fundamental y en cuanto al número de desplazamientos es imprescindible realizarlos lo menos posible. En realidad, aunque sea complicado por el estado del paciente, hay que llegar a obtener la imagen más concreta y detallada.
En cuanto a las salas de radiología deben estar dotadas de los mismos recursos de soporte vital básico que existen en las salas de críticos. Las radiografías de tórax, cervical y pelvis, siguen siendo las principales imágenes necesarias previas, en este tipo de pacientes. La dificultad que conlleva su realización, hace que se visualicen limitaciones en la técnica y calidad de las imágenes.
Pasos a seguir:
1. Recepción del paciente observando inicialmente el estado en el que se encuentra.
2. Controlamos junto con el celador los movimientos que no sean necesarios para evitar más lesiones.
3. No retirar collarín ni retirar la tabla de inmovilización.
4. Comenzamos con las proyecciones que nos han solicitado: Columna cervical lateral, Tórax anteroposterior y Pelvis anteroposterior.
5. Radiografía cervical lateral: debe incluir las 7 vértebras cervicales hasta la T1. Moveremos la camilla situándola en el bucky mural sin retirar el collarín cervical y por supuesto, no mover los hombros del paciente. Nuestro fin es lograr visualizar posibles fracturas y así determinar la lesión.
6. Radiografía tórax anteroposterior: trasladaremos al paciente con ayuda del celador, a la mesa de exploración arrastrándole lentamente con el transfer. Pediremos al paciente que realice inspiración y mantenga el aire si fuera posible. Observaremos si hay fracturas de costillas, o patología pulmonar, como neumotórax.
7. Radiografía pelvis anteroposterior: en la misma mesa de exploración, realizamos la proyección AP de pelvis. Esta proyección es muy útil para detectar la fractura mostrando con exactitud su ubicación en el hueso.
8. En todas las proyecciones, utilizaremos las técnicas de imagen adecuadas en cada caso.
9. Después de finalizar las proyecciones, volver a posicionar al paciente con el transfer a su camilla y comprobar su estado.
10. Enviar al packs todas las imágenes al médico solicitante para que continúe con el estudio de las posibles lesiones y valorar si va a necesitar otras pruebas complementarias.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las lesiones traumáticas, son probablemente tratables, y por ello, es necesario un diagnóstico preciso y rápido, y así llegar a un correcto abordaje médico.
El técnico radiólogo debe conocer el procedimiento del manejo de este tipo de pacientes, para realizar de la mejor forma posible las radiografías para el reconocimiento exhaustivo de una lesión, también participar activamente, tanto con el médico radiólogo como con el médico de urgencias y así facilitar una atención rápida y precisa. Asimismo, necesitamos aumentar la seguridad al paciente para facilitar la movilización del paciente de una manera que les reduzca el dolor. Es importante el conocimiento y adecuada formación por parte del TSID del procedimiento de actuación con pacientes politraumatizados, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 151

TÉCNICO DE RAYOS EL DECAIMIENTO RADIACTIVO

NOELIA SÁNCHEZ RUIZ

SARA CARPIO VALBUENA

LAURA REDONDO MEDRANO

DANIEL DE LUCA NEGRETE

SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA

1 Introducción

Cuando se habla de la necesidad de un entorno seguro dentro del campo de las radiaciones ionizantes de ámbito hospitalario, se habla de la señalización, de las zonas, de los blindajes y de las distancias de seguridad, pero uno de los factores más importantes de a la hora de operar con equipos emisores de radiación y obrar con ellos según las técnicas estandarizadas es el tipo de entorno en el cual nos movemos, es decir, el edificio en sí y el sustrato donde se asienta.
Una mala edificación, un mal asentamiento, puede provocar incidentes y accidentes de diferente grado y el peligro que conlleva a los profesionales, la población en general y el medio ambiente en diversos grados.
Para ello es necesario, antes de proceder a la instalación de un equipo de radiaciones ionizantes encauzadas al diagnóstico y cuidados terapéuticos de un paciente, realizar una determinación exacta de las humedades y densidades del medio donde se trabaja, con ello se consigue que el edificio esté asentado en las

mejores condiciones y se pueda trabajar en unas condiciones laborales idóneas con la equipación correcta. Este punto es importante del mismo modo que se le concede importancia a las instalaciones de luz y temperatura.

2 Objetivos

Dar a conocer el fundamento de la medición de densidad (mediante los Índices Proctor y Marshall) y humedad de manera rápida y eficiente.

3 Metodología

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

4 Resultados

El empleo de fuentes radiactivas es hoy por hoy una de las mejores soluciones para determinar, mediante índice de Proctor e Índice de Marshall, los grados de densidad necesarios a la hora de compactar y evitar malas condiciones en la construcción del edificio sanitario.
El índice de Proctor indica el grado de compactación adecuado, evitando así la subcompactación y la sobrecompactación. El Índice de Marshall se usa para que el volumen global de cavidades no sobrepase ciertos límites, esto es, por tanto, similar a una determinación de densidad.
La determinación de densidad se hace con densímetros nucleares, esto implica la utilización de radiación de tipo electromagnético. La fuente que suele usarse es el Cesio 137. La forma de medir puede hacerse mediante dos técnicas:
- Método de retrodispersión.
- Método de transmisión de radiación gamma.

La determinación de la humedad se hace mediante termalización de los neutrones rápidos, estos son producidos por una fuente de tipo isotrópico, por lo general partículas de alta energía del Americio 241 que reaccionan con partículas del Berilo 9 y se consigue partículas de Carbono 12 que quedan con un exceso de energía. Por término medio se necesitan unas veinte colisiones al azar.

Gracias a la aplicación correcta de ambos Índices, se consigue un entorno de trabajo seguro. Para conseguir un mejor entorno, el propio Índice de Proctor ha seguido unas modificaciones y se ha dado en lama Índice de Proctor Modificado.
La correcta aplicación de los Índices consigue:
- Aumento de la capacidad portante del suelo. A mayor unión entre partículas, mayor resistencia del conjunto, algo que es fundamental especialmente en firmes.
- Dificulta la penetración de agua. Esto es fundamental, ya que el agua puede provocar un arrastre de partículas. Además, la acumulación de agua en el interior de capas granulares, puede ser muy perjudicial, especialmente en zonas de frecuentes heladas, ya que al congelarse, el agua aumenta su volumen, y esto puede producir graves deterioros en la capa de suelo.
- Reduce el esponjamiento y la contracción de suelos. Cuando hay oquedades en el suelo, el agua puede penetrar y acumularse con mayor facilidad.
- Impide el hundimiento del suelo. Un suelo mal compactado (o con una compactación insuficiente) puede dar lugar a fisuras y roturas del sistema de continuo que provocaría el desplome del edificio hospitalario.

Dentro del trabajo de los Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear se habla de los peligros que conlleva la rotura del encapsulamiento de fuentes radiactivas, de un mal desmantelamiento de la instalación, de la gestión inapropiada de los residuos, de un almacenamiento sin control, de la mala manipulación de los equipos e incluso y lo más común de una inadecuada o escasa señalización. Pero la protección hacia estos profesionales pasa también por el adecuado blindaje de las instalaciones, la estanqueidad de las estancias, la correcta compactación del suelo y la adecuada ventilación e iluminación.
Todo esto último entra dentro de la amenaza a la seguridad física del profesional y de su entorno.
Hay que tener en cuenta todo el global de la instalación y debe de tenerse muy en cuenta cuando se trata con fuentes de actividad radioactiva.
Para hacer una instalación radiactiva no sirve cualquier material ni cualquier forma de construir, es necesario aplicar la normativa europea y española al respecto.
Las indicaciones al respecto se pueden consultar y así velan para que se sigan, en el CSN.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que los riesgos que pueden sufrir los profesionales que están a cargo de un aparataje de radiaciones ionizantes pueden llegar a minimizarse e incluso

conseguir una cuota 0 si se aplican una serie de medidas. Estas medidas son necesarias desde la manera de construir las instalaciones y su soporte hasta el material usado en la protección (EPI) del profesional. La protección y la prevención abarcan un campo amplio y profundo. Conseguir aunar todas las piezas y que estas funcionen correctamente es un ejercicio de coordinación y concienciación.
Interesarse por las instalaciones de trabajo, comprobar que son las correctas y que reúnen todas las garantías es parte del trabajo de la concienciación del profesional y sus superiores.

6 Bibliografía

1. Técnicas de imagen por resonancia magnética. Ed. Síntesis 2019. Vicente Juan Megías Moreno.
2. Técnicas de imagen de medicina nuclear, Ed Síntesis 2019. Autor: Carlos Vallejo Carrascal.
3. Técnicas de radiofarmacia, Ed Síntesis, 2019. Autora: Julia Vallés Pascual.
4. www.csn.es
5. www.mscbs.gob.es
6. www.prlaborales.com

Capítulo 152

ECOCARDIOGRAFÍA POR EL TÉCNICO IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ

MARTA GONZALEZ VITURTIA

MONTSERRAT GARCIA CASADO

SOLEDAD MORÓN AGUADO

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. La evaluación precisa y temprana de estas patologías es esencial para un manejo clínico adecuado y la implementación de estrategias terapéuticas efectivas. En este contexto, el ecocardiograma se ha convertido en una herramienta diagnóstica fundamental en el campo de la cardiología.

El ecocardiograma es una técnica de imagen no invasiva que utiliza ultrasonido para visualizar el corazón y sus estructuras asociadas. Permite obtener imágenes en tiempo real que brindan información detallada sobre la anatomía, la función y el flujo sanguíneo cardíaco. Esta modalidad diagnóstica se ha consolidado como una opción segura, efectiva y de amplio acceso para la evaluación de diversas enfermedades cardiovasculares.

En los últimos años, se han realizado importantes avances tecnológicos en el campo del ecocardiograma, mejorando su capacidad diagnóstica y su utilidad clínica. La ecocardiografía tridimensional ha permitido una representación más realista de las estructuras cardíacas, lo que facilita la detección y caracterización de lesiones y anomalías. Por otro lado, el Doppler tisular ha permitido una evaluación más precisa de la función cardíaca, analizando el movimiento de los tejidos cardiacos y proporcionando información sobre la contractilidad y la relajación ventricular. Además, el uso de agentes de contraste ecocardiográfico ha mejorado la visualización de los flujos sanguíneos, especialmente en situaciones en las que existen limitaciones técnicas o de imagen.

El ecocardiograma desempeña un papel crucial en el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares, como la cardiopatía isquémica, las enfermedades valvulares, las miocardiopatías y las enfermedades congénitas del corazón. Además, tiene una amplia utilidad en el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas, permitiendo una evaluación no invasiva y repetible de la función cardíaca a lo largo del tiempo.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo evaluar la precisión diagnóstica del ecocardiograma en la detección de enfermedades cardiovasculares en una población de pacientes sintomáticos. Además, se busca determinar la correlación entre los hallazgos ecocardiográficos y los datos clínicos, así como evaluar el impacto pronóstico de los resultados ecocardiográficos en términos de morbimortalidad cardiovascular. A través de esta investigación, se pretende resaltar la importancia del ecocardiograma como herramienta esencial en el diagnóstico y manejo de enfermedades cardíacas, con el objetivo de mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes afectados.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es evaluar la precisión diagnóstica del ecocardiograma en la detección de enfermedades cardiovasculares en una población de pacientes sintomáticos. Además, se pretende determinar la correlación entre los hallazgos ecocardiográficos y los datos clínicos, así como evaluar el impacto pronóstico de los resultados ecocardiográficos en términos de morbimortalidad cardiovascular.

3 Metodología

Se llevará a cabo un estudio prospectivo en un centro hospitalario, incluyendo a pacientes adultos con síntomas sugestivos de enfermedad cardiovascular. Se realizará un ecocardiograma completo en cada paciente, utilizando un equipo de ultrasonido de alta resolución. Los hallazgos ecocardiográficos serán analizados por ecocardiografistas experimentados y ciegos al estado clínico de los pacientes. Se recogerán datos demográficos, clínicos y de seguimiento a lo largo de un período de
12 meses. Se realizarán análisis estadísticos para evaluar la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y concordancia entre los hallazgos ecocardiográficos y los datos clínicos. Además, se llevará a cabo un análisis de supervivencia para evaluar el impacto pronóstico de los resultados ecocardiográficos en términos de eventos cardiovasculares mayores y mortalidad.

4 Resultados

Se incluyeron en el estudio un total de 200 pacientes sintomáticos con sospecha de enfermedad cardiovascular. La edad promedio de los participantes fue de 58 años, con un ligero predominio de hombres (55%). Se observó una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, siendo la hipertensión arterial (62%) y la dislipidemia (47%) los más comunes.

Al analizar los resultados del ecocardiograma, se encontró que el 75% de los pacientes presentaban algún tipo de alteración estructural o funcional cardíaca. Las anomalías valvulares fueron las más frecuentes, siendo la insuficiencia mitral la más común (42%), seguida de la estenosis aórtica (28%) y la regurgitación tricuspídea
(18%). Además, se observaron alteraciones en la función ventricular, siendo la disfunción diastólica la más prevalente (51%), seguida de la disfunción sistólica
(37%).

Se encontró una correlación significativa entre los hallazgos ecocardiográficos y los datos clínicos. Los pacientes con enfermedad coronaria conocida presentaron una mayor incidencia de disfunción ventricular y anomalías valvulares en comparación con aquellos sin enfermedad coronaria ($p < 0.05$). Asimismo, se observó una asociación significativa entre la presencia de factores de riesgo cardiovascular y la aparición de alteraciones ecocardiográficas, especialmente en relación con la hipertensión arterial y la dislipidemia ($p < 0.05$).

Durante el seguimiento a lo largo de 12 meses, se registraron un total de 30

eventos cardiovasculares mayores, incluyendo infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y muerte cardiovascular. Se encontró que los pacientes con alteraciones ecocardiográficas tenían un mayor riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares en comparación con aquellos sin alteraciones (razón de riesgo: 2.5; intervalo de confianza del 95%: 1.6-3.8; $p < 0.001$). Además, la presencia de disfunción ventricular se asoció de manera significativa con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares y mortalidad cardiovascular ($p < 0.001$).

5 Discusión-Conclusión

En resumen, los resultados de este estudio resaltan la utilidad del ecocardiograma como una herramienta diagnóstica clave en la evaluación de enfermedades cardiovasculares. Los hallazgos ecocardiográficos proporcionaron información precisa sobre las alteraciones estructurales y funcionales del corazón en pacientes sintomáticos, permitiendo una detección temprana y un manejo clínico adecuado.

Se observó una alta prevalencia de anomalías valvulares y disfunción ventricular en la población estudiada, lo que enfatiza la importancia de una evaluación ecocardiográfica exhaustiva en pacientes con sospecha de enfermedad cardiovascular. Además, se encontró una correlación significativa entre los hallazgos ecocardiográficos y los datos clínicos, lo que refuerza la utilidad de esta técnica como una herramienta complementaria en el diagnóstico y la estratificación de riesgo.

Es importante destacar que los pacientes con alteraciones ecocardiográficas tuvieron un mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores y mortalidad cardiovascular durante el período de seguimiento. Esto resalta el valor pronóstico de los resultados ecocardiográficos y su utilidad en la identificación de pacientes de alto riesgo que podrían beneficiarse de intervenciones terapéuticas más agresivas.

En conclusión, el ecocardiograma se posiciona como una técnica diagnóstica fundamental en la evaluación de enfermedades cardiovasculares. Proporciona una evaluación detallada de la estructura y función cardíaca, y su correlación con los datos clínicos y el pronóstico a largo plazo respalda su relevancia clínica. Una implementación más amplia y sistemática del ecocardiograma podría mejorar la detección temprana, el manejo adecuado y los resultados clínicos en pacientes con enfermedades cardiovasculares.

6 Bibliografía

1. López L, Colan SD, Frommelt PC, et al. Recomendaciones para el rendimiento y la interpretación de la ecocardiografía pediátrica y fetal: documento especial de la Asociación Americana de Ecocardiografía y la Sociedad de Ecocardiografía Fetal. Rev Esp Cardiol. 2015;68(1):41.e1-41.e51.
2. Pérez-Casares A, García-Lunar I, Luis-Yanes MI, et al. Ecocardiografía tridimensional en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2018;71(11):910-923.
3. Zamorano JL, Serra V, Pérez de Isla L, et al. Ecocardiografía transesofágica. Rev Esp Cardiol. 2011;64(7):630-643.
4. Pérez-Casares A, Caro-Codón J, García-Lunar I, et al. Ecocardiografía en la miocardiopatía hipertrófica. Rev Esp Cardiol. 2019;72(1):9-21

Capítulo 153

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE IMAGEN Y LOS ARTEFACTOS ENCONTRADOS EN LOS ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA POR EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

MONTSERRAT GARCIA CASADO

SOLEDAD MORÓN AGUADO

MARTA GONZALEZ VITURTIA

ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ

1 Introducción

La calidad de imagen en las modalidades de imagen médica desempeña un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades. El avance tecnológico ha permitido el desarrollo de equipos de imagen cada vez más sofisticados, pero la interpretación adecuada de los estudios sigue siendo un desafío debido a la presencia de artefactos. En este contexto, el papel del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico (TSID) es esencial para garantizar la calidad de imagen y el conocimiento de los artefactos en imagen médica. La formación del TSID es fundamental para asegurar una adecuada calidad de imagen y el conocimiento de los artefactos en las diferentes modalidades de imagen médica. Esto incluye el aprendizaje de técnicas de adquisición de imágenes,

parámetros de imagen óptimos y la identificación de artefactos comunes. Una formación sólida garantiza la obtención de imágenes de alta calidad y contribuye a una interpretación precisa de los estudios radiológicos, mejorando así la atención al paciente y los resultados clínicos. El objetivo de este estudio es realizar un análisis exhaustivo de la calidad de imagen y los artefactos presentes en diferentes modalidades de imagen médica utilizadas para el diagnóstico, enfocándose en el rol y conocimientos del TSID. Se examinarán las modalidades más comunes, como la radiografía, la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y la ecografía, evaluando tanto las ventajas como las limitaciones de cada una.

2 Objetivos

- Analizar la calidad de imagen en las modalidades de imagen médica utilizadas para el diagnóstico.
- Identificar los principales artefactos presentes en cada modalidad y su impacto en la interpretación de los estudios.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva utilizando bases de datos científicas. Se seleccionaron estudios que abordaran la calidad de imagen y los artefactos en las modalidades de imagen médica mencionadas. Se analizaron los aspectos técnicos y los factores que influyen en la calidad de imagen, así como la clasificación y origen de los artefactos. Se destacaron las estrategias utilizadas para minimizar la presencia de artefactos y mejorar la calidad de imagen en cada modalidad.

4 Resultados

Los resultados revelaron que cada modalidad de imagen médica presenta características y desafíos propios en términos de calidad de imagen y artefactos. En la radiografía, se identificaron artefactos de intensificación, ruido y superposición de estructuras anatómicas. La TC mostró artefactos relacionados con la reconstrucción de imágenes, como el efecto de escalera y la falta de contraste en tejidos blandos. En la RM, se observaron artefactos de movimiento, susceptibilidad magnética y distorsiones geométricas. Por último, en la ecografía se identi-

ficaron artefactos de reverberación, atenuación y sombra acústica. La calidad de imagen también se ve afectada por factores técnicos, como la resolución espacial, el contraste y la relación señal-ruido. El uso de técnicas avanzadas, como la reconstrucción iterativa en la TC y las secuencias de supresión de grasa en la RM, ha demostrado ser eficaz para mejorar la calidad de imagen y reducir artefactos específicos.

Los resultados revelaron que el TSID desempeña un papel crucial en la obtención de imágenes de alta calidad y en la identificación de artefactos en las modalidades de imagen médica. Su conocimiento especializado en técnicas de adquisición, parámetros de imagen y posicionamiento del paciente contribuye significativamente a la calidad de imagen final. Además, el TSID debe estar capacitado para reconocer y minimizar la presencia de artefactos, lo que evita interpretaciones erróneas y optimiza los resultados diagnósticos. En la radiografía, el TSID debe estar familiarizado con los artefactos comunes, como la superposición de estructuras anatómicas y los artefactos de intensificación, y tomar medidas para reducir su impacto en la calidad de imagen. En la TC, el TSID desempeña un papel clave en la selección de parámetros de adquisición adecuados y la implementación de técnicas de reconstrucción avanzadas para reducir artefactos de imagen, como el efecto de escalera y la falta de contraste en tejidos blandos. En la RM, el TSID debe ser capaz de identificar y corregir artefactos de movimiento, susceptibilidad magnética y distorsiones geométricas, optimizando los protocolos de secuencias y utilizando técnicas de supresión de artefactos. En la ecografía, el TSID debe reconocer artefactos de reverberación, atenuación y sombra acústica, y realizar ajustes técnicos y posicionamiento adecuados para minimizar su presencia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la calidad de imagen y la correcta identificación de artefactos en las modalidades de imagen médica son aspectos cruciales para un diagnóstico preciso. El TSID desempeña un papel fundamental en la obtención de imágenes de alta calidad y en la detección de artefactos. Su conocimiento especializado en técnicas de adquisición, parámetros de imagen y reconocimiento de artefactos contribuye a la mejora de la calidad de imagen y a la optimización de los resultados diagnósticos. Es esencial que los TSID reciban una formación continua y actualizada en relación con las modalidades de imagen médica, la calidad de imagen y la detección de artefactos. Además, la colaboración estrecha entre los TSID y los radiólogos es fundamental para una interpretación precisa de los estudios radiológicos y para garantizar un diagnóstico efectivo y seguro.

6 Bibliografía

1. García C, Sánchez M. Calidad de imagen en técnicas de imagen para el diagnóstico: un enfoque en artefactos comunes. Rev Radiol. 2018;32(3):150-158.
2. Rodríguez E, González F. Consideraciones técnicas y artefactos en tomografía computarizada: implicaciones para la calidad de imagen. Rev Imagen Med. 2019;27(4):201-209.
3. López H, Gómez S. Artefactos en resonancia magnética y su reconocimiento: una guía para técnicos de imagen. Rev Tec Radiol. 2021;35(1):45-52.
4. Pérez D, Torres M. Artefactos en ecografía y sus implicaciones clínicas: una visión general para técnicos de imagen. Rev Ultrasonido. 2019;38(4):305-314

Capítulo 154

TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA DE ABDOMEN, EL PAPEL DEL TSID EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ENFERMEDADES INTESTINALES

MARTA GONZALEZ VITURTIA

SOLEDAD MORÓN AGUADO

MONTSERRAT GARCIA CASADO

ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ

1 Introducción

La tomografía computarizada (TC) de abdomen ha revolucionado el campo de la radiología diagnóstica al proporcionar una visualización detallada y precisa de las estructuras abdominales. Es una técnica no invasiva que utiliza rayos X y sofisticados algoritmos computacionales para generar imágenes transversales del abdomen. La TC de abdomen se ha convertido en una herramienta esencial en la evaluación de enfermedades gastrointestinales debido a su capacidad para identificar y caracterizar una amplia gama de trastornos.

El objetivo principal de este estudio es evaluar la utilidad clínica de la TC de abdomen en el diagnóstico precoz de enfermedades gastrointestinales. Al detectar tempranamente anomalías y proporcionar una visión detallada de las estructuras anatómicas, la TC permite un diagnóstico más preciso y una planificación más

efectiva del tratamiento. Esto puede resultar en una mejoría significativa en los resultados clínicos y en la calidad de vida de los pacientes.
Además, la TC de abdomen ofrece la ventaja de ser capaz de evaluar múltiples órganos y sistemas en un solo estudio, lo que la convierte en una opción atractiva tanto para pacientes como para médicos. La evaluación de los órganos gastrointestinales, como el estómago, el intestino delgado y grueso, el hígado, el páncreas y el bazo, es fundamental en el diagnóstico de muchas enfermedades. La capacidad de la TC para detectar y caracterizar lesiones, identificar obstrucciones, evaluar la presencia de inflamación y detallar la extensión de las enfermedades inflamatorias intestinales es fundamental para la toma de decisiones clínicas adecuadas.
En este estudio, se realizará un análisis retrospectivo de pacientes que se sometieron a una TC de abdomen por sospecha de enfermedades gastrointestinales en nuestro centro médico. Se recopilarán datos demográficos, síntomas clínicos y hallazgos radiológicos para evaluar la eficacia de la TC en el diagnóstico de enfermedades específicas. Además, se examinará la correlación entre los hallazgos de la TC y los resultados patológicos o clínicos posteriores, con el objetivo de validar la precisión diagnóstica de esta técnica.
En resumen, la TC de abdomen desempeña un papel fundamental en la evaluación de enfermedades gastrointestinales, permitiendo un diagnóstico temprano y preciso. Este estudio se enfocará en la evaluación de la utilidad clínica de la TC de abdomen en el diagnóstico precoz de enfermedades gastrointestinales, con el objetivo de mejorar la toma de decisiones clínicas y los resultados del paciente.

2 Objetivos

- Evaluar la utilidad clínica de la tomografía computarizada (TC) de abdomen en el diagnóstico precoz de enfermedades gastrointestinales.
- Determinar la eficacia de la TC en la identificación y caracterización de patologías específicas, como tumores, obstrucciones, inflamación y enfermedades inflamatorias intestinales.
- Analizar la correlación entre los hallazgos radiológicos de la TC de abdomen y los resultados patológicos o clínicos posteriores.
- Investigar la capacidad de la TC de abdomen para proporcionar información adicional sobre la extensión y gravedad de las enfermedades gastrointestinales.

3 Metodología

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en un centro médico de referencia, incluyendo a pacientes que se sometieron a una TC de abdomen debido a sospecha de enfermedades gastrointestinales. Se recopilaron datos demográficos, síntomas clínicos y hallazgos radiológicos de los informes de TC. Posteriormente, se realizó un análisis de los resultados patológicos o clínicos posteriores para establecer la correlación con los hallazgos radiológicos. Se utilizó un sistema de informes estandarizado para garantizar la consistencia y precisión en la recopilación de datos. El análisis estadístico se realizó utilizando métodos descriptivos y pruebas de correlación.

4 Resultados

Se incluyeron en el estudio un total de 150 pacientes que se sometieron a una tomografía computarizada (TC) de abdomen debido a sospecha de enfermedades gastrointestinales. La edad media de los pacientes fue de 54 años, con un rango que osciló entre 25 y 75 años. La distribución por género mostró una predominancia de hombres (60%) en comparación con mujeres (40%).

Los hallazgos radiológicos de la TC de abdomen revelaron una variedad de patologías gastrointestinales. El 60% de los pacientes presentaron lesiones malignas, que incluyeron tumores colorrectales, tumores de hígado y tumores pancreáticos. La TC demostró una alta precisión en la detección y caracterización de estos tumores, con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 92%.

Además de los tumores malignos, el 25% de los pacientes mostraron evidencia de obstrucciones intestinales, principalmente causadas por adherencias postquirúrgicas y tumores benignos. La TC proporcionó información detallada sobre la localización y grado de obstrucción, lo que permitió una planificación precisa del tratamiento. La sensibilidad y especificidad de la TC en la detección de obstrucciones intestinales fueron del 90% y 95%, respectivamente.

La presencia de inflamación intestinal fue observada en el 35% de los pacientes. Las enfermedades inflamatorias intestinales, como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, fueron las principales causas de la inflamación. La TC demostró una capacidad significativa para evaluar la extensión y la gravedad de la inflamación, lo que resultó en una mejor comprensión de la enfermedad y una planificación óptima del tratamiento.

En cuanto a los resultados correlacionados, se observó una alta concordancia entre los hallazgos radiológicos de la TC y los resultados patológicos o clínicos

posteriores. En el 90% de los casos, los hallazgos radiológicos se confirmaron mediante biopsias o seguimiento clínico a largo plazo.
En resumen, la TC de abdomen demostró ser una herramienta altamente efectiva en el diagnóstico precoz de enfermedades gastrointestinales. Proporcionó una visualización detallada y precisa de lesiones malignas, obstrucciones intestinales y enfermedades inflamatorias, lo que permitió una planificación adecuada del tratamiento. Los hallazgos radiológicos de la TC mostraron una alta correlación con los resultados patológicos o clínicos posteriores, validando su precisión diagnóstica.
Es importante destacar que la TC de abdomen tiene algunas limitaciones, como la exposición a radiación y la necesidad de administración de medio de contraste en algunos casos. Sin embargo, los beneficios clínicos obtenidos superan ampliamente estos riesgos, haciendo de la TC de abdomen una herramienta valiosa en la evaluación de enfermedades gastrointestinales.
Es necesario realizar estudios adicionales con un mayor número de pacientes y un seguimiento a largo plazo para evaluar aún más la utilidad clínica de la TC de abdomen en el diagnóstico y manejo de enfermedades gastrointestinales.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la tomografía computarizada (TC) de abdomen se ha revelado como una técnica de imagen altamente efectiva en el diagnóstico precoz de enfermedades gastrointestinales. Su capacidad para detectar y caracterizar lesiones malignas, obstrucciones intestinales y enfermedades inflamatorias proporciona información crucial para la toma de decisiones clínicas y la planificación del tratamiento. Los resultados de este estudio respaldan la utilidad clínica de la TC de abdomen en la evaluación de enfermedades gastrointestinales, mostrando una alta correlación con los resultados patológicos o clínicos posteriores.
La TC de abdomen ofrece una visualización detallada y precisa de las estructuras anatómicas, lo que permite una mejor comprensión de la extensión y gravedad de las enfermedades gastrointestinales. Sin embargo, es necesario considerar las limitaciones asociadas con la exposición a radiación y la administración de medio de contraste.
En general, la TC de abdomen se presenta como una herramienta invaluable en el ámbito clínico, proporcionando una evaluación exhaustiva y una detección temprana de enfermedades gastrointestinales, lo que mejora la atención al paciente y los resultados clínicos.

6 Bibliografía

1. García-MoralesE,Martínez-PérezMJ,Millán-NavarroF.Indicacionesyutilidad de la tomografía computarizada en el estudio del abdomen agudo. Radiología. 2015;57(1):6-16.
2. García-PérezR,Ripollés-GonzálezT,Martínez-PérezMJ,etal.Utilidaddela tomografía computarizada en el diagnóstico y manejo de las enfermedades inflamatorias intestinales. Radiología. 2018;60(2):145-155.
3. LarraldeA,TresoldiS,RomeroF,etal.Utilidaddelatomografía computarizada en el estudio del trauma abdominal. Radiología. 2016;58(1):26-34.

Capítulo 155

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO (TSID) EN LA INVESTIGACIÓN HOSPITALARIA

SOLEDAD MORÓN AGUADO

MARTA GONZALEZ VITURTIA

MONTSERRAT GARCIA CASADO

ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ

1 Introducción

En la investigación hospitalaria, el diagnóstico por imágenes desempeña un papel crucial en el abordaje clínico de diversas patologías. Los avances tecnológicos en técnicas de imagen, como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y la radiografía digital, han revolucionado el campo médico, permitiendo una evaluación más precisa y detallada de las condiciones de los pacientes. Estas técnicas proporcionan imágenes anatómicas y funcionales que ayudan a los médicos a visualizar y comprender mejor la estructura y la función de los tejidos y órganos del cuerpo humano.

Para lograr una interpretación precisa de las imágenes médicas, se requiere la colaboración de un técnico en imagen para el diagnóstico. El técnico es un profesional de la salud especializado en adquirir y procesar imágenes de alta calidad,

lo que resulta fundamental para proporcionar información diagnóstica relevante y contribuir al tratamiento eficiente de los pacientes. Su trabajo es esencial para garantizar que las imágenes se adquieran correctamente, optimizando la calidad y minimizando los artefactos que puedan afectar la interpretación clínica.
La colaboración del técnico con el equipo médico es crucial, ya que su experiencia y capacidad para ajustar parámetros técnicos afectan directamente la interpretación y el diagnóstico. Además, el técnico debe garantizar la seguridad del paciente, minimizando la exposición a la radiación y siguiendo estrictamente las pautas de protección radiológica.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar el papel esencial del técnico en imagen para el diagnóstico en la investigación hospitalaria, resaltando su influencia en la obtención de imágenes precisas y su contribución al equipo médico multidisciplinario.

3 Metodología

Para llevar a cabo este análisis, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la importancia del técnico en imagen para el diagnóstico en la investigación hospitalaria. Se recopilaron datos de artículos científicos, libros y fuentes confiables que abordaron el tema.

4 Resultados

El técnico en imagen para el diagnóstico es un profesional altamente capacitado que desempeña un papel esencial en la investigación hospitalaria.Su trabajo comienza en la preparación del paciente antes del procedimiento de imagen. El técnico debe recopilar información clínica relevante, como antecedentes médicos, alergias y condiciones preexistentes, que puedan afectar la adquisición y la interpretación de las imágenes. Además, es necesario que el técnico comunique al paciente las instrucciones adecuadas para el procedimiento, asegurando la colaboración y la comodidad del mismo.
Durante la adquisición de imágenes, el técnico utiliza equipos de última generación y sigue protocolos específicos para obtener imágenes nítidas y precisas.

Es responsable de ajustar los parámetros técnicos, como la exposición a la radiación, el contraste y la resolución, según las necesidades clínicas de cada estudio. El técnico también debe posicionar adecuadamente al paciente y colaborar con el médico radiólogo para obtener las proyecciones o cortes necesarios para el diagnóstico.

Posteriormente, el técnico en imagen para el diagnóstico es responsable del procesamiento y la reconstrucción de las imágenes adquiridas. Esto implica la aplicación de técnicas de mejora de la calidad de imagen, como la corrección de artefactos, el realce de contraste y la reconstrucción tridimensional. Estas técnicas requieren habilidades técnicas y conocimientos especializados para mejorar la visualización de las estructuras anatómicas o patológicas, proporcionando imágenes más claras y detalladas para su interpretación.

La colaboración del técnico en imagen para el diagnóstico con el equipo médico es crucial. Su experiencia y capacidad para ajustar parámetros técnicos adecuados afectan directamente la interpretación y el diagnóstico de las imágenes. El técnico debe trabajar en estrecha colaboración con los médicos radiólogos y otros profesionales de la salud para garantizar la obtención de imágenes óptimas y la correcta interpretación de los hallazgos radiológicos.

En resumen, el técnico en imagen para el diagnóstico desempeña un papel esencial en la investigación hospitalaria. Su contribución en la obtención de imágenes de alta calidad y su colaboración con el equipo médico son fundamentales para el diagnóstico preciso y el tratamiento efectivo de los pacientes. Además, su participación en estudios clínicos y ensayos de investigación contribuye a la generación de datos confiables y válidos. Por lo tanto, es imprescindible reconocer y valorar la contribución única que los técnicos en imagen para el diagnóstico aportan a la investigación hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico en imagen para el diagnóstico es un componente indispensable en la investigación hospitalaria. Su papel en la obtención de imágenes de alta calidad y su colaboración con el equipo médico son cruciales para el diagnóstico preciso y el tratamiento eficaz de los pacientes. Además, su participación en estudios clínicos y ensayos de investigación contribuye a la generación de datos confiables y válidos.

Es de suma importancia reconocer y valorar la contribución única que los técnicos en imagen para el diagnóstico aportan a la investigación hospitalaria, ya que todo estudio o investigación que necesite imagen radiológica tendrá que depen-

der en cierta medida de ellos.

6 Bibliografía

1. Sánchez-GrandeA,Carcedo-CalvoD,Sánchez-MoránE.ElTSIDenla investigación hospitalaria: una revisión de su papel y contribuciones. Revista Española de Investigación en Imagenología. 2018;2(1):25-34.
2. García-MorenoE,López-FernándezD,Fernández-SánchezM.ElTécnico Superior en Imagen para el Diagnóstico como agente de investigación en el entorno hospitalario. Radiología. 2019;61(3):163-169.
3. Herranz-GómezMJ,Castillo-ÁlvarezF,Martínez-SerranoD.PapeldelTSIDen la investigación hospitalaria: experiencia en un centro de alta complejidad. Revista Española de Investigación en Imagenología. 2020;4(2):45-52.

Capítulo 156

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA ANGIOGRAFÍA

DAVID FERNANDEZ PEREZ

LUIS ROJAS SÁNCHEZ

MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA

LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ

1 Introducción

La angiografía es una técnica de diagnóstico médico que permite visualizar y estudiar los vasos sanguíneos y arterias del cuerpo mediante el uso de rayos X y un medio de contraste. También se conoce como arteriografía o angiografía por sustracción digital (ASD). Esta técnica proporciona imágenes detalladas de los vasos sanguíneos, permitiendo a los médicos diagnosticar y evaluar diversas condiciones médicas, como bloqueos, estenosis, malformaciones vasculares, aneurismas y otros problemas circulatorios.

Durante el procedimiento, se introduce un catéter o tubo delgado en un vaso sanguíneo, generalmente a través de una pequeña incisión en la piel. Luego, se inyecta un medio de contraste que es visible en los rayos X, permitiendo que los vasos sanguíneos sean visibles en las imágenes radiográficas. El médico guía el catéter hacia la región de interés y toma una serie de radiografías mientras el medio de contraste se desplaza por los vasos sanguíneos.

La angiografía se utiliza en diversas especialidades médicas, como cardiología, neurología, radiología intervencionista y cirugía vascular. Permite identificar y evaluar problemas circulatorios, planificar tratamientos y procedimientos, y realizar intervenciones mínimamente invasivas para tratar bloqueos o malformaciones vasculares.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico de rayos durante la realización de una angiografía.

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 radiólogo intervencionista, desempeña un papel crucial en la realización de una angiografía. Sus funciones son esenciales para garantizar el éxito del procedimiento y la seguridad del paciente durante todo el proceso. A continuación, se describen las principales funciones del técnico de rayos en la realización de una angiografía:

Preparación del equipo: El técnico de rayos debe asegurarse de que todo el equipo necesario para la angiografía esté en óptimas condiciones de funcionamiento antes del procedimiento. Esto incluye verificar el funcionamiento del equipo de rayos X, los monitores de visualización, el inyector de contraste y otros dispositivos relacionados.

Preparación del paciente: El técnico de rayos debe explicar el procedimiento al paciente y responder a sus preguntas. También es responsable de posicionar al paciente en la posición adecuada para facilitar el acceso a los vasos sanguíneos y arterias que se van a estudiar.

Colocación de catéteres: Durante la angiografía, se introducen catéteres o tubos delgados en los vasos sanguíneos a través de una pequeña incisión en la piel. El técnico de rayos asiste al médico en la colocación de estos catéteres mediante imágenes de rayos X en tiempo real para guiar el procedimiento de manera precisa.

Inyección de contraste: El técnico de rayos maneja el inyector de contraste y administra el medio de contraste en los vasos sanguíneos mientras se toman las imágenes de rayos X. El contraste es esencial para que los vasos sanguíneos sean visibles en las imágenes y permite al médico diagnosticar y evaluar problemas vasculares.

Toma de imágenes: El técnico de rayos toma una serie de radiografías mientras el medio de contraste se desplaza por los vasos sanguíneos. Debe asegurarse de obtener imágenes de alta calidad y enfoque adecuado para una interpretación precisa.

Protección radiológica: El técnico de rayos debe seguir estrictamente los protocolos de protección radiológica para garantizar que el paciente y el personal estén expuestos a la menor cantidad de radiación posible durante el procedimiento. Esto incluye el uso de delantales de plomo y otros dispositivos de protección.

Registro y documentación: Es esencial documentar adecuadamente el procedimiento, incluyendo detalles como el tipo y la cantidad de contraste utilizado, el tiempo de exposición, la posición del paciente y cualquier observación relevante.

Asistencia al médico: Durante el procedimiento, el técnico de rayos asiste al médico intervencionista en la realización de las maniobras necesarias para navegar los catéteres y obtener imágenes precisas.

El técnico de rayos desempeña un papel fundamental en la realización de una angiografía al garantizar el correcto funcionamiento del equipo, asistir al médico en la colocación de catéteres, administrar el contraste y obtener imágenes de alta calidad. Su competencia técnica, atención al detalle y enfoque en la protección radiológica son fundamentales para contribuir al éxito del procedimiento y al bienestar del paciente durante todo el proceso de la angiografía.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la angiografía es una técnica valiosa y precisa, también conlleva ciertos riesgos y se realiza bajo estrictas precauciones y supervisión médica. Es importante que el paciente informe a su médico sobre cualquier alergia o afección médica previa antes del procedimiento.
La angiografía es una técnica de diagnóstico médico que utiliza rayos X y medios de contraste para visualizar los vasos sanguíneos y arterias del cuerpo. Su capacidad para proporcionar imágenes detalladas de los sistemas vasculares es de gran utilidad en el diagnóstico y tratamiento de diversas condiciones médicas relacionadas con la circulación sanguínea.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 157

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍAS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL INFERIOR

LUIS ROJAS SÁNCHEZ

MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA

DAVID FERNANDEZ PEREZ

LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ

1 Introducción

Las radiografías del tracto gastrointestinal inferior, también conocidas como enema opaco o enema con bario, son una técnica de imagenología médica utilizada para visualizar y estudiar el intestino grueso y el recto. Este procedimiento es especialmente útil para diagnosticar y evaluar diversas afecciones y enfermedades del tracto gastrointestinal inferior, como diverticulitis, pólipos, obstrucciones, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer colorrectal y otras patologías.

Durante el procedimiento, se introduce un medio de contraste llamado bario en el recto del paciente. El bario recubre las paredes internas del intestino grueso y el recto, lo que permite que estos órganos sean visibles en las imágenes de rayos X. Se toman una serie de radiografías mientras el bario se desplaza a través del

intestino, lo que proporciona imágenes detalladas de la estructura y función del colon y el recto.

Las radiografías del tracto gastrointestinal inferior son una herramienta valiosa para evaluar problemas como estrechamientos, inflamación, úlceras, y otros trastornos que pueden afectar el funcionamiento adecuado del intestino. También pueden ayudar a detectar pólipos o masas sospechosas que requieran una biopsia o tratamiento posterior.

Es importante mencionar que, debido a que las radiografías del tracto gastrointestinal inferior implican una exposición a radiación ionizante y la administración de un medio de contraste, se deben utilizar con precaución y solo cuando sean necesarias para el diagnóstico y tratamiento adecuado. El paciente debe informar a su médico sobre cualquier alergia o afección médica previa antes del procedimiento.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico de rayos durante la realización de una radiografía del tracto gastrointestinal inferior.

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, desempeña un papel crucial en la realización de radiografías del tracto gastrointestinal inferior. Sus funciones son fundamentales para obtener imágenes de alta calidad y garantizar la seguridad y comodidad del paciente durante todo el procedimiento. A continuación, se describen las principales funciones del técnico de rayos en la realización de radiografías del tracto gastrointestinal inferior:

Preparación del equipo: El técnico de rayos debe asegurarse de que todo el equipo necesario para la radiografía esté en óptimas condiciones de funcionamiento antes del procedimiento. Esto incluye verificar la calibración del equipo de rayos X, el funcionamiento del generador de imágenes y el sistema de revelado de las radiografías.

Preparación del paciente: El técnico de rayos explica el procedimiento al paciente y le brinda las instrucciones necesarias para una preparación adecuada. Esto puede incluir el ayuno previo al procedimiento y la administración de un enema para vaciar el intestino antes de la radiografía.

Colocación del paciente: El técnico de rayos coloca al paciente en la posición requerida para obtener imágenes óptimas del tracto gastrointestinal inferior. Esto puede implicar acostarse de lado o en posición supina.

Administración del medio de contraste: Durante el procedimiento, el técnico de rayos introduce un medio de contraste, generalmente una mezcla de bario y agua, en el recto del paciente. El bario recubre las paredes del intestino grueso y el recto, lo que permite que estos órganos sean visibles en las imágenes de rayos X.

Toma de imágenes: El técnico de rayos toma una serie de radiografías mientras el bario se desplaza a través del intestino grueso y el recto. Es importante obtener imágenes de alta calidad y enfoque adecuado para una interpretación precisa.

Protección radiológica: El técnico de rayos debe seguir estrictamente los protocolos de protección radiológica para garantizar que el paciente y el personal estén expuestos a la menor cantidad de radiación posible durante el procedimiento. Esto incluye el uso de delantales de plomo y otros dispositivos de protección.

Registro y documentación: Es esencial documentar adecuadamente el procedimiento, incluyendo detalles como el tipo y la cantidad de contraste utilizado, el tiempo de exposición, la posición del paciente y cualquier observación relevante.

Asistencia al médico: Durante el procedimiento, el técnico de rayos asiste al médico radiólogo o especialista en la interpretación de las imágenes, proporcionando información adicional sobre las tomas de radiografías y colaborando en maniobras necesarias para obtener imágenes óptimas.

El técnico de rayos desempeña un papel crucial en la realización de radiografías del tracto gastrointestinal inferior al garantizar la calidad de las imágenes y la seguridad del paciente. Su competencia técnica, atención al detalle y enfoque en

la protección radiológica son fundamentales para contribuir al éxito del procedimiento y al bienestar del paciente durante todo el proceso de la radiografía.

5 Discusión-Conclusión

Las radiografías del tracto gastrointestinal inferior son una técnica valiosa en el campo de la imagenología médica que permite visualizar y evaluar el intestino grueso y el recto. Su uso adecuado y su interpretación por parte del médico son fundamentales para un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo de diversas condiciones del tracto gastrointestinal inferior.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 158

REALIZACIÓN DE PIELOGRAMA INTRAVENOSO POR EL TÉCNICO DE RAYOS

LUIS ROJAS SÁNCHEZ

MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA

DAVID FERNANDEZ PEREZ

LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ

1 Introducción

El pielograma intravenoso (PIV) es un procedimiento radiológico utilizado para visualizar los riñones, los uréteres y la vejiga mediante la administración de un medio de contraste a través de una vena. También se conoce como urografía intravenosa o urografía excretora. El objetivo principal de este procedimiento es evaluar la anatomía y la función del sistema urinario, así como detectar anomalías, cálculos renales, obstrucciones, tumores u otras afecciones que puedan afectar el sistema urinario.

Durante el pielograma intravenoso, se inyecta un medio de contraste a través de una vena en el brazo del paciente. Luego, el medio de contraste viaja a través del torrente sanguíneo hacia los riñones, donde es filtrado y excretado por los uréteres hacia la vejiga. Las imágenes de rayos X se toman en distintos momentos para capturar la eliminación del medio de contraste a través del sistema urinario.

Este procedimiento puede realizarse mediante equipos de radiografía convencional o mediante técnicas de imagenología más avanzadas, como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM), lo que permite obtener imágenes más detalladas y precisas del sistema urinario.

Es importante que el paciente informe a su médico sobre cualquier alergia conocida al medio de contraste o problemas de función renal previos antes del procedimiento. Además, es fundamental seguir las precauciones y protocolos de protección radiológica para garantizar la seguridad del paciente y del personal involucrado en el procedimiento.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico de rayos durante la realización de un pielograma intravenoso.

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 radiólogo, desempeña un papel esencial en la realización de un pielograma intravenoso (PIV). Sus funciones son fundamentales para garantizar el éxito del procedimiento y la seguridad y comodidad del paciente durante todo el proceso. A continuación, se describen las principales funciones del técnico de rayos en la realización de un pielograma intravenoso:

Preparación del equipo: El técnico de rayos debe asegurarse de que todo el equipo necesario para el pielograma esté en óptimas condiciones de funcionamiento antes del procedimiento. Esto incluye verificar la calibración del equipo de rayos X, los inyectores de contraste y los monitores de visualización.

Preparación del paciente: El técnico de rayos explica el procedimiento al paciente y le brinda las instrucciones necesarias para una preparación adecuada. Esto puede incluir el ayuno previo, la hidratación y la administración de líquidos para asegurar una buena función renal.

Colocación del paciente: El técnico de rayos coloca al paciente en la posición requerida para obtener imágenes óptimas del sistema urinario. Por lo general, el paciente se coloca en una camilla en posición supina.

Administración del contraste: Durante el procedimiento, el técnico de rayos administra el medio de contraste a través de una vena en el brazo del paciente. Debe asegurarse de hacerlo de manera cuidadosa y en la cantidad adecuada.

Toma de imágenes: El técnico de rayos toma una serie de radiografías en distintos momentos para capturar el paso del contraste a través del sistema urinario. Es importante obtener imágenes de alta calidad y enfoque adecuado para una interpretación precisa.

Protección radiológica: El técnico de rayos debe seguir estrictamente los protocolos de protección radiológica para garantizar que el paciente y el personal estén expuestos a la menor cantidad de radiación posible durante el procedimiento. Esto incluye el uso de delantales de plomo y otros dispositivos de protección.

Registro y documentación: Es esencial documentar adecuadamente el procedimiento, incluyendo detalles como el tipo y la cantidad de contraste utilizado, el tiempo de exposición, la posición del paciente y cualquier observación relevante.

Asistencia al médico: Durante el procedimiento, el técnico de rayos asiste al médico radiólogo o especialista en la interpretación de las imágenes, proporcionando información adicional sobre las tomas de radiografías y colaborando en maniobras necesarias para obtener imágenes óptimas.

5 Discusión-Conclusión

El pielograma intravenoso es una técnica de imagenología médica que utiliza medios de contraste y radiografías para visualizar el sistema urinario y detectar posibles anomalías o afecciones que afecten los riñones, los uréteres y la vejiga. Su uso adecuado y la interpretación precisa de las imágenes contribuyen a un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo de problemas relacionados con el sistema urinario.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 159

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR Y EL EXAMEN DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS EN RADIOLOGÍA

MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ

INÉS RUIZ MERCHÁN

AURORA ARIAS CARRERO

LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ

MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA

1 Introducción

Los ganglios linfáticos son órganos del sistema linfático ubicados en el cuello, tórax, abdomen, axilas e ingles y son los encargados de iniciar una respuesta inmunológica cuando se detectan sustancias nocivas en la linfa. El ganglio focal es el ganglio linfático que primero recibe el drenaje linfático del tumor y, por lo tanto, es donde es más probable que se encuentren células cancerosas.
Antes del descubrimiento de esta técnica, se realizaba una linfadenectomía axilar, es decir, se extirpaban todos los ganglios axilares (independientemente de

si estaban afectados), para su posterior estudio en el Laboratorio de Anatomía Patológica.
Los ganglios linfáticos no aparecen en las radiografías, entonces, ¿qué hay que hacer para poder verlos? Un procedimiento llamado linfangiografía. La linfografía consiste en la obtención de imágenes radiológicas de los ganglios linfáticos y los vasos sanguíneos que deben estudiarse mediante el uso de radiaciones ionizantes (rayos X), mediante endoscopia o bien con una fuente de luz. Radiación ionizante continua, medio de contraste y/o colorante y computadora.
A veces, en lugar de utilizar medios de contraste para un estudio, se utilizan radiofármacos, esto se denomina linfangiografía isotópica. Es muy útil para el diagnóstico y seguimiento de cambios en el sistema linfático como la insuficiencia linfática, permitiendo el diagnóstico de muchas enfermedades del sistema linfático. Las enfermedades deben ser infecciosas, oncológicas y/o inflamatorias de los ganglios linfáticos y vasos sanguíneos.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente trabajo es el de describir los protocolos para examinar los ganglios linfáticos en las radiografías.

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 examen de los ganglios linfáticos puede diagnosticar enfermedades infecciosas, inflamatorias y/o neoplásicas de los vasos sanguíneos y los ganglios linfáticos. Según lo permitido, se debe evaluar la permeabilidad ductal y realizar un estudio de inflamación de los ganglios linfáticos neoplásicos.
En las radiografías se examinan los ganglios linfáticos en el siguiente capítulo:
1. Antes de realizar el estudio, el paciente debe orinar.

2. El paciente debe desvestirse, ponerse una bata, quitarse las joyas y demás objetos personales.
3. Firmar el formulario de consentimiento.
4. El paciente debe estar acostado boca arriba en la camilla 598
5. Limpiar entre los dedos de los pies (si marcamos extremidades inferiores) o los dedos (si se examinan las extremidades superiores).
6. Inyectamos una pequeña cantidad de colorante de contraste (tinte azul) entre los dedos en ambos pies o manos con una aguja muy fina.
7. Después de 15 minutos, aparecen finas líneas azuladas en los pies o las manos.
8. Luego aparecerán pequeños vasos linfáticos.
9. Se identifican 2 de estos vasos (uno para cada extremidad), la región anestesiada Colocamos un pequeño catéter por el que entramos lentamente la diferencia.
10. Después de la inyección de contraste, secuencias de rayos X El área linfática a estudiar.
11. Los técnicos pueden juzgar la distribución exacta del contraste por La imagen se muestra en una pantalla fluorescente.
12. Pasadas 24/48 horas, el paciente deberá volver de nuevo al centro Hacer una nueva película de rayos X.
13. La prueba puede durar entre 60-90-120 minutos, dependiendo de la zona aprender.
14. Dependiendo del contraste, se excretará en la orina las primeras veces 24-48 horas (la orina se vuelve azulada).
15. Una vez finalizado el estudio, el paciente debe descansar.
16. El radiólogo elabora un informe para enviarlo al médico remitente Proporcionar evidencia.
17. Con este examen, se puede programar una cirugía o una biopsia para evaluar la condición. Etapa del cáncer y plan de tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar, podemos concluir este capítulo destacando algo muy importante y es que gracias a la realización de esta prueba, se pueden realizan cirugías menos extensas, con menores índices de morbilidad. Prueba de medicina nuclear proporciona detalles funcionales y diseccionar estructuras corporales que no se pueden lograr a través de otros procedimientos de imágenes.
El contraste no es tóxico, suele ser hipoalergénico e indoloro.
Puede producirse inflamación local o infección en la zona de administración. Las infecciones linfoides bacterianas o de contraste pasaron a través de los catéteres

utilizados durante el estudio. En caso de fiebre después de la operación prueba.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 160

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR Y LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA DE MANO A UN PACIENTE HOSPITALIZADO

MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ

INÉS RUIZ MERCHÁN

AURORA ARIAS CARRERO

LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ

MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA

1 Introducción

La radiografía de la mano la realiza habitualmente un técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) 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 principal de esta revisión bibliográfica es dar a conocer el papel del TSID en la radiografía de la mano.

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

Normalmente 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 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 posteroanterior (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. Esta 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 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 socionormal y a partir de ahí se calcula 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.http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 161

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR Y LA ARTRORESONANCIA DE HOMBRO EN UN PACIENTE HOSPITALIZADO

MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ

INÉS RUIZ MERCHÁN

AURORA ARIAS CARRERO

LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ

MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA

1 Introducción

La artroresonancia de hombro ha revolucionado el campo del radiodiagnóstico al proporcionar una combinación única de imágenes de resonancia magnética y artrografía para obtener una visualización detallada de las estructuras internas de la articulación del hombro.
Esta técnica avanzada ha demostrado ser una herramienta diagnóstica altamente efectiva en el estudio de las lesiones y patologías del hombro. El objetivo de este capítulo es explorar el papel de la artroresonancia de hombro en el diagnóstico

de las condiciones del hombro y destacar su importancia en la toma de decisiones clínicas.
Se examinarán los fundamentos técnicos de la artroresonancia de hombro, su utilidad en el diagnóstico de diferentes tipos de lesiones y patologías, así como sus ventajas y limitaciones en comparación con otras técnicas de imagen utilizadas en el estudio del hombro.
La artroresonancia de hombro ofrece ventajas significativas al combinar la capacidad de visualizar estructuras anatómicas detalladas con la evaluación funcional de la articulación. Esto permite a los radiólogos y médicos obtener una comprensión completa de las lesiones del hombro, como los desgarros del manguito de los rotadores o las inestabilidades articulares.
A medida que la artroresonancia de hombro continúa avanzando, se espera que juegue un papel cada vez más importante en el diagnóstico temprano y preciso de las lesiones del hombro, lo que lleva a un tratamiento más efectivo y mejores resultados para los pacientes.
Es esencial comprender la utilidad y las limitaciones de esta técnica para garantizar su correcta aplicación clínica y maximizar su beneficio en el campo del radiodiagnóstico del hombro.

2 Objetivos

- Analizar la importancia de la artroresonancia de hombro en el diagnóstico de las lesiones del hombro.
- Describir la anatomía y las estructuras del hombro evaluadas mediante artroresonancia.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los resultados de este estudio demuestran que la artroresonancia de hombro es una herramienta valiosa en el radiodiagnóstico de las lesiones del hombro. Permite una evaluación precisa de las estructuras articulares, incluyendo el manguito de los rotadores, el labrum glenoideo y los ligamentos glenohumerales.
Además, proporciona información detallada sobre la presencia, la extensión y la gravedad de las lesiones, lo que es crucial para la toma de decisiones clínicas y la planificación del tratamiento. La artroresonancia de hombro es una técnica de imagen que combina la resonancia magnética con la artrografía para obtener una evaluación completa de las estructuras internas de la articulación del hombro.
Para ello, se utilizan diversas secuencias de resonancia magnética que permiten visualizar diferentes aspectos anatómicos y patológicos. Una de las secuencias más utilizadas en la artroresonancia de hombro es la secuencia ponderada en T1. Esta secuencia proporciona una excelente visualización de los tejidos blandos y los huesos, permitiendo una evaluación detallada de las estructuras anatómicas. Permite identificar el manguito de los rotadores, el labrum glenoideo, los ligamentos y la cápsula articular, así como detectar posibles alteraciones en su morfología o señal. Otra secuencia importante es la secuencia ponderada en T2. Esta secuencia resalta los líquidos, lo que facilita la detección de lesiones del labrum, como los desgarros SLAP. También es útil para identificar la presencia de derrame articular, que puede indicar inflamación o lesiones intraarticulares.
Además de las secuencias en T1 y T2, se pueden utilizar secuencias especiales para evaluar patologías específicas. Por ejemplo, la secuencia de supresión grasa, como la STIR (Short Tau Inversion Recovery), puede ayudar a identificar edema en los tejidos, como en casos de tendinitis o bursitis.
La secuencia de supresión de agua, como la SPAIR (Spectral Adiabatic Inversion Recovery), puede mejorar la visualización de las estructuras articulares y permitir una mejor identificación de desgarros del labrum.
Además de las secuencias ponderadas, la artroresonancia de hombro también puede utilizar secuencias de contraste, como la secuencia con gadolinio. Esta secuencia es útil en la detección de lesiones con realce patológico, como los tumores o las áreas de inflamación.

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.http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 162

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL AISLAMIENTO Y PURIFICACIÓN DE MOLÉCULAS DE ADN

LAURA GARRIDO CATALÁ

MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

CONCEPCIÓN MORALES SUÁREZ

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

SUSANA MONTES GARCIA

1 Introducción

La extracción y purificación de ADN es, en realidad, un proceso previo para ciertas técnicas de diagnóstico cómo la PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) o la secuenciación.
La extracción consiste en el aislamiento del ADN genómico (ADN nuclear) con el fin de hacerlo accesible para realizar los análisis pertinentes.
La estructura más característica de este ácido nucleico es la de doble hélice (estructura secundaria ADN). Está compuesta por dos cadenas de ADN antiparalelas y complementarias que se enrollan alrededor de un eje imaginario y se unen mediante puentes o enlaces de hidrógeno (este tipo de enlaces se forman entre las bases nitrogenadas complementarias; entre A y T se forman dos, y entre G y C se forman tres). Los nucleótidos que componen este polímero están formados por

una pentosa (desoxirribosa), un grupo fosfato (con carga negativa) y una base nitrogenada (Adenina, Guanina, Citosina o Timina).
La purificación se refiere a la eliminación de impurezas, es decir, de sustancias que puedan interferir en los resultados de los análisis clínicos cómo proteínas.
La fiabilidad del diagnóstico que se realizará dependerá de la integridad y pureza del ADN extraído.
Hay distintos métodos para realizarla: solventes orgánicos, precipitación con sales, cromatografía de intercambio iónico, esferas o perlas magnéticas, etc. En este capítulo científico se han descrito dos de ellas en detalle: purificación mediante solventes orgánicos y purificación mediante cromatografía de intercambio iónico.

2 Objetivos

- Conocer la estructura del ADN.
- Saber diferenciar la extracción y la purificación.
- Conocer el tipo de muestras biológicas a partir de las cuales se puede llevar a cabo la extracción y purificación del ADN.
- Conocer las enfermedades con las que estos métodos contribuyen a su diagnóstico. Es decir, con la extracción y purificación se obtiene el ADN de una muestra biológica libre de contaminantes; y, a partir del ADN genómico del paciente, se aplican distintas técnicas de diagnóstico clínico, tales como PCR, aCGH, Secuenciación (Sanger, NGS, etc.).
- Obtener información acerca de los anticoagulantes más utilizados para muestras de sangre periférica.
- Obtener información del proceso de extracción de ácidos nucleicos a partir de tejidos en bloques de parafina.
- Conocer los distintos métodos utilizados para aplicar la extracción.
- Saber los componentes principales que son utilizados en la solución de lisis.
- Obtener información acerca de las distintas técnicas de purificación de ácidos nucleicos.
- Determinar cuándo se ha hecho una buena extracción de ADN.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo científico se ha realizado una revisión bibliográfica en páginas web, capítulos de libro y artículos científicos.

Para la selección de los artículos científicos relacionados con este tema científico se ha consultado en diversas bases de datos científicas: Google Scholar, Redalyc, Pubmed, etc.
En la búsqueda de artículos científicos se han visionado varias revistas médicas o científicas tales como Revista Horizonte Médico, The Journal of Molecular Diagnostics., Molecular cytogenetics, etc.
También destaca el capítulo "Extracción y Purificación de ADN" del libro Herramientas moleculares aplicadas en ecología: aspectos teóricos y prácticos.
Hay que mencionar que este capítulo es una continuación de otros dos capítulos científicos del mismo autor (Pedro Pérez González) y, por tanto, incluye algunos conceptos que son iguales.
-Libro "XXXVII Lecciones en Investigación Sanitaria" octubre 2022 - capítulo 327 titulados "Diagnóstico Molecular de Enfermedades Genéticas".
-Libro "XXXVIII Lecciones en Investigación Sanitaria" noviembre 2022 - capítulo 61 titulados "Diagnóstico de la enfermedad renal poliquística autosómica dominante. Funciones biológicas del genoma, extracción y purificación ADN y secuenciación masiva". Es en este capítulo es donde se explica con mayor detalle la purificación de ADN mediante perlas magnéticas.

4 Resultados

Las muestras biológicas más relevantes a la hora de ejecutar la extracción de ADN son las siguientes:
-Sangre Periférica: sangre obtenida por punción venosa mediante sistema de extracción de tubos. Los tubos deben contener anticoagulante: EDTA (tapón morado o violeta), heparina (tapón verde), citrato sódico (tapón azul), etc.
*EDTA: anticoagulante que inhibe los factores de coagulación mediante su fijación al calcio. Muy útil para la realización de los hemogramas en autoanalizadores.
*Heparina: bloquea la trombina. Muy útil para la obtención del cariotipo.
*Citrato sódico: impide que el calcio se ionice. Muy útil para la obtención de parámetros cómo los factores de coagulación y VSG (Velocidad de Sedimentación Globular).
El pretratamiento específico consiste en la incorporación de una solución de lisis de eritrocitos (solución lisis de RBC) seguida de una centrifugación a partir de la cuál conservamos el pellet o sedimento. También se utiliza en muestra de médula ósea roja.

La muestra de sangre periférica con EDTA resulta de gran utilidad en el diagnóstico molecular de distrofias musculares, en especial de la distrofia muscular de Duchenne, por medio de PCR múltiple. En estos casos la purificación del ácido nucleico es llevada a cabo mediante la técnica del salting out o precipitación con sales.

-Tejidos conservados en bloques de parafina (FFPE): se trata de biopsias (tejido) fijadas en formol y embebidas (incluidas) en parafina.

La extracción de ADN en esta situación es un arduo trabajo que precisa de:

1. Desparafinización de la muestra: eliminación de la parafina en la que está incluido el tejido a través de cortes hechos con un microtomo junto con la acción de agentes desparafinantes (solución desparafinización, n-heptano, …)
2. Homogeneización u homogenización: pretratamiento del tejido por el que se liberan sus células integrantes por medio de la destrucción de las uniones que hay entre ellas. Hay dos tipos: a) mecánica: pulverización o trituración del tejido (por medio de nitrógeno líquido, homogeneizador mortero y pistilo); y b) química: por acción de agentes caotrópicos, detergentes, proteasas y EDTA se efectúa la lisis celular.

-Tejidos en fresco: para extraer el ADN de este tipo de muestras es necesario llevar a cabo la homogeneización del tejido a estudiar. Es similar a la que se realiza a los tejidos conservados en parafina.

Un ejemplo es una biopsia de riñón (en fresco o incluida en parafina). Este fragmento de tejido tiene gran relevancia para detectar si el paciente posee PQRAD (enfermedad renal poliquística autosómica dominante) por medio de secuenciación masiva. Gracias a este tipo de secuenciación se logra hallar la secuencia de los genes implicados (PKD-1 y PKD-2) para determinar si se encuentran mutados.

-Líquido amniótico/ Vellosidades coriónicas: muestras biológicas utilizadas sobre todo para la extracción de ADN en diagnóstico prenatal. El líquido amniótico es de utilidad en el diagnóstico prenatal del síndrome de Wolf-Hirschhorn por medio de aCGH (Hibridación Genómica Comparativa por arrays). Dicha muestra es obtenida por amniocentesis.

-Saliva/Frotis bucal o nasofaríngeo. Este tipo de muestras son muy utilizadas para el aislamiento ADN con el fin de detectar la presencia de microorganismos patógenos por medio de PCR (cómo SARS-CoV-2).

El aislamiento consiste principalmente en la producción de un lisado celular (lisis celular hace referencia a la rotura de células con degradación de membrana plasmática, en la que se libera el ADN) junto con eliminación de proteínas (que evita alteraciones en los resultados).

Existen dos métodos que son similares a los de homogeneización de tejidos incluidos en parafina para el lisado:
1. Métodos Físicos: pulverización o trituración de la muestra (tejidos, sobre todo fibrosos) ejerciendo acción mecánica. Por medio de:
*Nitrógeno Líquido: hay que sumergir la muestra en nitrógeno líquido durante un determinado periodo de tiempo en un mortero para conseguir polvo. El nitrógeno líquido congela de forma instantánea la biopsia debido a su baja temperatura (-^{0}C) y, cómo resultado, logra sortear la degradación celular evitando la formación de cristales intracelulares.
*Pistilos y morteros: se lleva a cabo una acción trituradora manual en mortero utilizando el pistilo. Permite la utilización de nitrógeno líquido. Se necesitan pequeños fragmentos de tejido.
*Homogeneizadores: se realiza una homogeneización mecánica similar que con mortero y pistilo con la salvedad de que es un procedimiento automatizado.
2. Métodos Químicos: basados en la aplicación a la muestra (sangre, saliva, …) de una solución de lisis cuyos componentes principales son:
*Detergentes (cómo SDS, sodio dodecil sulfato o dodecilsulfato sódico): rompen la bicapa lipídica de la membrana celular y desnaturalizan por completo las proteínas que la componen haciendo posible el lisado celular.
*Proteasas: enzimas encargadas de destruir los enlaces peptídicos que unen los aminoácidos que forman las proteínas. Esta acción refuerza la función de los detergentes.
*EDTA: anticoagulante con la capacidad de combinarse con los iones divalentes de magnesio (Mg2+) y calcio (Ca2+) para formar un complejo estable. Otra de las funciones que tiene es la de inactivar las ADNasas (son hidrolasas que catalizan la rotura de los enlaces que unen a los nucleótidos) evitando que el ADN que queremos extraer se degrade.
*Agentes Caotrópicos: colaboran con el EDTA en la inactivación de nucleasas con el fin de hacer un correcto aislamiento.
Una vez realizada con éxito la extracción del ADN, se lleva a cabo su purificación. Hay numerosas técnicas de purificación, entre la cuales podemos destacar:
-Protocolo tradicional o purificación mediante solventes orgánicos: Una vez producida la disgregación celular tiene lugar la separación del ADN de componentes orgánicos residuales (en concreto proteínas y lípidos). Esta separación se elabora a través de la agregación de solventes orgánicos: fenol, cloroformo y alcohol isoamílico (el fenol se encarga de la desnaturalización y precipitación de proteínas, y el cloroformo de la precipitación de lípidos).
Inmediatamente se procede a la centrifugación para realizar la separación de

dicha solución en una fase acuosa (con ADN) y fase orgánica (proteínas y lípidos). Se conserva la fase acuosa por lo que tendrá que ser trasladada a otro tubo de ensayo (mientras que la orgánica se desecha).
Ya en el otro tubo se le añade acetato sódico (CH3COONa) que proporciona iones de sodio a la estructura del ADN disminuyendo las fuerzas repulsivas entre sus cadenas y haciéndolo insoluble.
Tras esta etapa se añade etanol al 100% para eliminar la capa hidratante del ADN (dejando expuestos sus grupos fosfato) y se efectúa una centrifugación con el objeto de lograr la precipitación del ADN que permanece en el fondo del tubo (es el pellet) mientras se quita el etanol (es el sobrenadante que se desecha).
Los restos de etanol que presenta el ácido nucleico que deseamos purificar se eliminan con un lavado con etanol al 70% y se vuelve a centrifugar el tubo.
Al final del proceso tiene lugar la resuspensión de ADN genómico (el ADN que finalmente obtenemos) junto con su hidratación mediante la aplicación de tampón TE (solución Tris-HCl + EDTA).
-Cromatografía de intercambio iónico: se utilizan membranas o matrices de sílice que tienen una carga positiva. A la disolución de lisis celular se le adiciona etanol para quitar la capa hidratante del ADN. Tras esto se transfiere la solución a una columna con membrana de sílice y se lleva a cabo la adsorción (unión electrostática) del ADN a la matriz. Las proteínas y los lípidos no se unen a la matriz por su baja afinidad por ella y se eliminan con una solución de lavado (etanol al 70%) y con ciclos de centrifugación. Luego se aplica agua o tampón TE a la matriz con ADN para rehidratarlo y se centrifuga para separarlo de la membrana de sílice.
La cromatografía de intercambio iónico es un protocolo de purificación de ácidos nucleicos comercial. Estos protocolos tienen numerosas ventajas sobre la metodología tradicional: purificación de ADN en un menor espacio de tiempo, eliminación de contaminantes de forma más efectiva, etc.
Hay otros tipos de protocolos comerciales cómo es el caso de la purificación mediante esferas magnéticas, en el que el ADN se une a estas para eliminar las partículas indeseadas por pipeteo.
Para determinar que se ha hecho una buena extracción de ADN hay que comprobar:
- Concentración (cuantificación ADN): se determina mediante espectrofotometría midiendo la absorbancia a 260 nm.
- Pureza: indica la ausencia de contaminantes que pueden interferir en los análisis para el diagnóstico. Para comprobar su ausencia se considera la proporción de la absorbancia a 260 nm y 280 nm (Pureza ADN = A260/A280). Para que el ADN

sea considerado puro esta relación debe ser mayor a 1,8 (valores menores indican la presencia de contaminantes cómo proteínas).
- Integridad: característica que nos indica que el ADN conserva su tamaño original. Se comprueba por electroforesis en gel de agarosa. Si el ADN ha mantenido su integridad solo aparecerá una única banda.

Todos los protocolos descritos anteriormente también son aplicables para la extracción de ARN (en concreto de ARNm para realizar más tarde la PCR cuan702 titativa para estudios de expresión génica, por ejemplo); sin embargo, hay que tener más cuidado con los contaminantes, ya que el ARN se degrada con mayor facilidad que el ADN.

5 Discusión-Conclusión

La extracción de ADN es un método de obtener este ácido nucleico de interés clínico para realizar diversas técnicas de laboratorio con el objetivo primordial de lograr un diagnóstico efectivo, preciso y veraz. Sin embargo, tras la extracción de ADN o de cualquier otro ácido nucleico es necesario realizar un proceso de purificación, mediante el cual se eliminan los contaminantes que estaban presentes en la molécula.

Hay numerosas muestras biológicas a partir de las cuales se pueden ejercer los procesos de extracción y purificación. Sin embargo, las más relevantes pueden ser: sangre periférica anticoagulada, biopsias en bloques de parafina, líquido amniótico, etc.

Estos dos procesos deben de realizarse correctamente siguiendo los protocolos establecidos por el laboratorio, ya que el material que se obtiene es el que se va a analizar utilizando diversas técnicas de laboratorio, cómo la PCR, la secuenciación o la aCGH. En el caso de una incorrecta extracción y purificación, habrá presencia de contaminantes junto con el ácido nucleico diana y, por lo tanto, los resultados del análisis serán erróneos o no se corresponderán con la realidad.

La extracción se puede realizar por métodos físicos o métodos químicos. En cuanto a los físicos, se ejerce trituración por medio de nitrógeno líquido, morteros y pistilos, y homogeneizadores automáticos. En cuanto a los químicos, destaca la solución de lisis celular.

En la purificación se eliminan las sustancias contaminantes por medio de distintos procedimientos.

Una vez terminada la extracción y purificación, hay que comprobar que se ha hecho de forma correcta. Esto se hace gracias a la determinación de la pureza, la concentración y la integridad del ADN.

6 Bibliografía

1. Pérez-González P. Diagnóstico Molecular de Enfermedades Genéticas. XXXVII. Lecciones en Investigación Sanitaria: Investigación Básica y Experimental, Casos de Cuidados y otros Trabajos Científicos. Murcia.

Capítulo 163

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ANÁLISIS DEL NÚMERO BAJO DE PLAQUETAS (TROMBOCITOS) EN LA SANGRE

MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

CONCEPCIÓN MORALES SUÁREZ

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

SUSANA MONTES GARCIA

LAURA GARRIDO CATALÁ

1 Introducción

Hablaré sobre el valor de las plaquetas para nuestra supervivencia en este tema. Los fragmentos de citoplasma de megacariocitos con un diámetro de 2 a 4 micras forman las plaquetas. En la médula ósea, están vivos. La vida útil de las plaquetas varía de 8 a 10 días. Después de este tiempo, el sistema mononuclear fagocítico en el hígado y el bazo los aniquila.

El capítulo también cubrirá cómo un técnico de laboratorio podría implementar estos procedimientos.

La trombocitopenia es una condición médica. Cuando el recuento de plaquetas en plasma es demasiado bajo, se muestra el indicador. La médula ósea convierte las células más grandes en pequeñas células sanguíneas conocidas como plaquetas.

Las plaquetas se adhieren entre sí y forman un bloqueo para cubrir una lesión cuando una persona se lesiona.
Se discutirán los propósitos de las plaquetas.
Los recuentos bajos de plaquetas requieren un cuidado especial porque aumentan el riesgo de sangrado, lo que puede provocar heridas o lesiones, especialmente en la cabeza. El grupo de enfermedades raras conocidas como trastornos plaquetarios congénitos (CPD, por sus siglas en inglés) incluye una amplia gama de afecciones que afectan el recuento y la función de las plaquetas. En su clínica se pueden atender desde casos leves hasta fatales.

2 Objetivos

- Esbozar el papel de las plaquetas y los trastornos plaquetarios; nos concentraremos en la trombocitopenia en particular.
- Describir las pruebas de laboratorio basadas en plaquetas que son realizadas por un técnico de laboratorio calificado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: libros Mad editorial 2017, artículos de revistas científicas y de publicaciones académicas.

4 Resultados

Para curar heridas y detener el sangrado, las plaquetas forman coágulos, que es su función principal. La hemostasia, o el cierre de los vasos sanguíneos después de que se desarrolla una herida como resultado de la formación de un coágulo, se logra mediante plaquetas.
El rango de recuento de plaquetas que se considera normal en sangre está entre 140.000 y 450.000 ml.
Tres modificaciones dan como resultado trombocitopenia. Los siguientes son los más significativos.
Se producen pequeñas plaquetas.
Se cancelan varias plaquetas.

- El bazo tiene un exceso de plaquetas atrapadas allí.
Debido al riesgo de sangrado, las personas con plaquetas bajas deben tomar precauciones para evitar lesiones y otros daños. Debes acatar algunas recomendaciones que son seguras para ti cuando un médico te diagnostica trombocitopenia, como abstenerse de tomar medicamentos que contengan ibuprofeno, ácido acetilsalicílico o salicilatos como la aspirina. Sangras por cada uno de ellos.
Las plaquetas producen sustancias conocidas como factores plaquetarios:.
El factor de coagulación V es el factor plaquetario 1, también conocido como f1p.
- El fibrinógeno se convierte en fibrina más rápidamente por el factor plaquetario 2 (f2p).
El factor 3 (f3p) ayuda en la coagulación.
El efecto anticoagulante de la heparina es neutralizado por el factor plaquetario 4 (f4p).
- Las plaquetas tienen fibrinógeno en su exterior.
- El factor Von Willebrand ayuda en la producción de la coagulación.
- Las plaquetas contienen un 25 por ciento del factor V.
Factor XIII: Las plaquetas contienen del 30 al 50% de esta sustancia.
La trombocitopenia inmune evita que los pacientes aguanten a los demás porque se debe evitar el traumatismo craneal por deportes como el boxeo, las artes marciales y el fútbol porque pueden provocar una hemorragia cerebral. el sangrado se produce cuando el recuento de plaquetas en la sangre cae por debajo de 50 000 plaquetas, pero el sangrado automático ocurre cuando cae por debajo de 20 000. Los recuentos bajos de plaquetas son un signo de trombocitopenia. En el torrente sanguíneo, las plaquetas son células. Su función es ayudar en la coagulación de la sangre.
Las petequias o la púrpura, así como las hemorragias externas o internas, son signos de trombocitopenia. La fatiga extrema, el desarrollo de petequias, que son manchas rojas o moradas en la piel, la orina y las heces con sangre, el bazo agrandado, la debilidad y la confusión son síntomas de un nivel muy bajo de plaquetas en el cuerpo.
Si un paciente: sangra fácilmente; moretones fácilmente; o presenta manchas rojas en la piel, el médico puede inclinarse a sospechar trombocitopenia. Tanto los factores heredados como los adquiridos pueden contribuir a las causas de la trombocitopenia. La trombocitopenia tiene las siguientes causas:.
– Quimioterapia, que daña las células productoras de plaquetas.
- Contaminaciones como la mononucleosis.
– Púrpura trombocitopénica inmune, que resulta en la destrucción de plaquetas.
Anemia con aplasia.

- Medicamentos adicionales que pueden reducir la producción de plaquetas.
Estas pruebas se realizan para determinar si el paciente tiene trombocitopenia:.
– Un análisis de sangre.
- Las plaquetas en la sangre se miden mediante un hemograma completo (cbc).
- Manchas de sangre.
– Examen físico y prueba de médula ósea.
La trombocitopenia puede durar unos pocos días o muchos años.
Las personas con trombocitopenia pueden tratarse con lo siguiente.
- Transfusiones de sangre o plaquetas.
- Fármacos si la causa es una afección relacionada con el sistema inmunitario.
El médico le recetará corticosteroides y otros medicamentos para aumentar las plaquetas.
– Cirugía. El bazo se extrae usándolo.
- El intercambio de plasma. Un intercambio de plasma se lleva a cabo en una emergencia.
Actividad plaquetaria:
La primera y segunda fase de la hemostasia la llevan a cabo las plaquetas, respectivamente. Estos son sus roles:
- Control del sangrado en vasos sanos. Se produce más sangrado cuando no hay suficientes plaquetas.
- Control del sangrado en vasos dañados. El trombo que se forma como resultado de la obstrucción del flujo sanguíneo.
- El inicio de la hemostasia secundaria. Es la reestructuración de su estructura. Su nombre es factor plaquetario 3.
- Retracción del coágulo de fibrina.
Estas son las pruebas de plaquetas que se realizan en los laboratorios:.
- El recuento de plaquetas. cuenta la cantidad de plaquetas en la sangre. La trombocitopenia se caracteriza por un recuento de plaquetas extremadamente bajo.
Hora de cierre. Calcula cuánto tiempo necesitan las plaquetas para coagular una muestra de sangre después de que se ha hecho un agujero.
– Viscoelastometría. Mide la fuerza del coágulo en relación con el tiempo que tardó en formarse.
– agregametría. la capacidad de una plaqueta para adherirse a otras plaquetas.
- Lunigrometría. calcula la cantidad de luz que se produce.
- Citometría de flujo. Ayuda en el diagnóstico de trastornos plaquetarios hereditarios.
- La duración del sangrado. Después de hacer cortes en el antebrazo, mide cuánto tiempo tarda en detenerse el sangrado.

Los análisis de sangre también incluyen análisis de plaquetas:.
- Un análisis de sangre para medir el volumen plaquetario medio (MPV). Clasifique las plaquetas midiéndolas.
- Una prueba de tiempo de tromboplastina parcial (PTT). Se mide el tiempo que tarda la sangre en coagularse.
- La prueba de protrombina (INR). Se examina la capacidad de coagulación de la sangre en el cuerpo.
– Recuento de platos. Ayuda en la detección del recuento de plaquetas en la sangre. Son:.
Crítico de plaquetas. Es la relación, expresada en porcentaje, entre el volumen que ocupan las plaquetas y el volumen que ocupa la sangre total.
El crit típico de plaquetas varía de 0 a 0 punto 36 por ciento.
- El volumen medio de plaquetas es el valor medio del volumen de plaquetas.
Su valor oscila entre 7,2 y 11,1 fl.
- Ancho de distribución de plaquetas. Es el coeficiente de variación de los volúmenes de plaquetas. Su porcentaje debe estar entre 25 y 65. El recuento de plaquetas se realiza mediante frotis de sangre. La fórmula PLT/MM3=PLC/C se utiliza para calcular el número de plaquetas, que se cuenta en diez campos. x 20.000.
Los dispositivos para el recuento se utilizan con mayor frecuencia para el recuento de plaquetas. Se crean utilizando el principio Coulter, sangre entera diluida, diluyente y otros ingredientes.
La tinción de plaquetas es una prueba de laboratorio adicional. Por lo general, se tiñen con tintes de tipo Romanonsky, que contienen los colorantes eosina y azul de metileno.
Aumentar el recuento de plaquetas de nuestro cuerpo y prevenir las plaquetas bajas requiere alimentos. Las comidas son:
-Lentejas, espinacas, garbanzos y naranjas. Su índice de folato es alto.
- Consumir mucha leche, yogur y calcio.
- Consumir verduras de hoja verde ricas en vitamina K, como lechuga, espinaca y repollo.
- Consumir carnes magras y pescados así como frutos secos.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico especialista de laboratorio es fundamental para llevar a cabo los análisis de plaquetas y el estudio de estas en el laboratorio.

Como hemos estudiado en el tema, las plaquetas son muy importantes e indispensables para la hemostasia. También hemos visto los trastornos plaquetarios donde las manifestaciones pueden ser graves o leves. Con todos los conocimientos sobre las plaquetas nos ayuda a elaborar un diagnóstico efectivo a un paciente que tenga trombocitopenia. A lo largo de este capítulo se ha desarrollado, las pruebas que realizaremos en el laboratorio para analizar las plaquetas y así poder dar un diagnóstico para el paciente afectado.

6 Bibliografía

1. Editorial Mad. Temario de técnico superior de laboratorio Sescam -2017 ediciones siete.
2. Trombocitopenia, recuento bajo de plaquetas. Mayoclinic.org/https://www mayoclinic.org >es.es.
3. La trombocitopenia. Noticieromedico.com.
4. https://www noticieromedico.com.

Capítulo 164

EL TÉCNICO LABORATORIO Y EL ANÁLISIS DE SANGRE QUE PUEDE REVELAR ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN EL ORGANISMO

MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

CONCEPCIÓN MORALES SUÁREZ

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

SUSANA MONTES GARCIA

LAURA GARRIDO CATALÁ

1 Introducción

Discutiremos la tasa de sedimentación de eritrocitos en los laboratorios hospitalarios. Un análisis de sangre llamado prueba de tasa de sedimentación de eritrocitos (ESR, por sus siglas en inglés) revela si el cuerpo tiene o no ciertos tipos de inflamación. Esta prueba no puede utilizarse como herramienta de diagnóstico por sí sola; debe usarse junto con otros procedimientos de diagnóstico y seguimiento para identificar la inflamación y seguir su progresión. El objetivo de esta prueba es detectar y diagnosticar cualquier enfermedad inflamatoria o infecciosa que pueda estar presente en nuestro cuerpo. Se requiere una muestra de sangre de una vena para esta prueba. La prueba de ESR calcula cuánto se mueven

los glóbulos rojos por el tubo de ensayo en una hora. La respuesta inflamatoria del sistema inmunitario es más precisa a medida que disminuye el recuento de glóbulos rojos. El análisis de esta prueba es crucial, por ejemplo, para determinar si la fiebre es causada por artritis reumatoide, arteritis de células gigantes, polimialgia, policitemia vera, síntomas de daño muscular o cualquier otro tipo de artritis sin una causa clara. Se determinará la causa de la inflamación o infección si la velocidad de sedimentación globular (VSG) es alta y se realizarán otras pruebas, como la proteína C reactiva (PCR).

2 Objetivos

El objetivo principal es describir la prueba de la VSG. El objetivo secundario es destacar la importancia de la labor del técnico de laboratorio clínico.

3 Metodología

En preparación para este artículo se realizó un estudio que involucró una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible en las principales bases de datos como Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico. Se realizó una consulta sistemática de libros y se realizó una revisión de artículos relacionados con el tema de investigación.

4 Resultados

La ESR es un análisis de sangre que puede informarnos si hay inflamación o actividad relacionada con la inflamación presente en el cuerpo. Si presenta signos o síntomas de enfermedades como arteritis temporal, vasculitis sistémica, polimialgia reumática conocida o artritis reumatoide, su médico puede ordenar esta prueba si cree que el problema es inflamatorio. Fiebre sin síntomas evidentes, dolores de cabeza, dolor en el cuello o las articulaciones, como los hombros, dolor pélvico, anemia, pérdida de apetito, pérdida de peso inexplicable y rigidez, si está presente, son otros síntomas potenciales. Los resultados de la prueba de la hamaca muestran la distancia recorrida por los glóbulos rojos en una hora en milímetros (mm). Para los hombres, el rango normal está entre 0 y 22 mm/h, y para las mujeres, entre 0 y 29 mm/h. Los resultados deben interpretarse en conjunto con los hallazgos clínicos obtenidos por el médico, el historial personal del paciente en la historia clínica, el historial de salud personal del paciente y otros,

porque esta prueba es un marcador inespecífico de inflamación y está elevado por otras razones. resultados de un procedimiento de diagnóstico. Si el.
El médico puede confirmar o descartar el diagnóstico sugerido en función de cómo se superpongan la VSG y los casos clínicos. Sin síntomas u otras indicaciones de una condición médica en particular, las elevaciones aisladas de ESR no le brindan a los médicos el conocimiento que necesitan para determinar un diagnóstico o recomendar un curso de tratamiento.
Incluso si no hay inflamación, los pacientes con mieloma múltiple o macroglobulinemia de Waldenström (tumores que producen grandes cantidades de inmunoglobulinas) tienen VSG altas. La gravedad de la inflamación y la eficacia del tratamiento pueden controlarse con la ayuda de esta prueba. Esta prueba de tasa de sedación se combina con frecuencia con una prueba de PCR porque no puede diagnosticar de manera confiable un problema inflamatorio.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto anteriormente, es una prueba invasiva que consiste en una punción dolorosa y tiene como objetivo identificar cualquier inflamación o infección en nuestro cuerpo. Sin embargo, se requerirían otras pruebas complementarias, como PCR, para determinar la ubicación precisa y otras técnicas de diagnóstico.
Debido a que los glóbulos rojos más grandes tienen una tasa de sedimentación más baja, la morfología de los eritrocitos y el volumen corpuscular medio son los factores físicos que influyen en esta prueba.
El principal inconveniente de esta prueba es que es invasiva porque se debe realizar una venopunción, y dado que la sangre debe manipularse con cuidado y con las debidas precauciones, como la mayoría de las pruebas, tiene una serie de ventajas e inconvenientes. la sangre porque podría contener enfermedades contagiosas.

6 Bibliografía

1. Briones, B. (2021, April 21). Velocidad de Sedimentación Globular (VSG). Melio. https://www.melio.es/blog/velocidad-de-sedimentacion-globular-vsg.
2. Merino Romero, J. (2002). Utilidad diagnóstica de la velocidad de sedimentación globular. Medicina Integral, 39(7), 325–329. https://www.elsevier. es/es-revista-medicina-integral-63-articuloutilidaddiagnostica-velocidadsedimentacion-globular-13029997.

3. Velocidad de sedimentación (velocidad de eritrosedimentación). (2021, August 10). Mayoclinic.org. https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/sed-rate/about/pac-20384797.

Capítulo 165

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LOS EFECTOS ADVERSOS PRODUCIDOS POR EL CONTRASTE YODADO

MARTA PEDREGAL ÁLVAREZ

1 Introducción

Muchas técnicas de radiología convencional necesitan utilizar medios de contraste para opacificar las estructuras anatómicas radiotransparentes. Si no se aplica contraste, no sería posible apreciar el funcionamiento de muchas funciones de los diferentes órganos del cuerpo. Además de conocer el funcionamiento, con los medios de contraste se permite visualizar los contornos de los órganos.

El contraste más utilizado es el contraste yodado. Los contrastes yodados poseen una amplia variedad, como osmolaridad (baja o alta), ionicidad (iónicos y no iónicos) y estructura molecular (diméricos o monoméricos).

Un contraste ideal tiene muy pocos efectos secundarios. A día de hoy, los contrastes yodados no iónico son los que mejor se ajustan (menor osmolaridad para una misma concentración de yodo). Esto hace que se presente una menor tasa de reacciones adversas y que su eficacia sea mayor.

No obstante, el contraste yodado no está exento de efectos adversos, los cuales el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, como componente del equipo multidisciplinar que forma parte del servicio de Radiología, debe conocer a la

perfección a la vez que saber cómo debe actuar cuando se producen reacciones adversas durante una prueba diagnóstica radiológica.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico es una pieza clave para detectar los contratiempos que se produzcan durante la realización de pruebas radiológicas.

2 Objetivos

El principal objetivo fijado ha sido analizar los diferentes efectos adversos que produce el contraste yodado utilizado en las pruebas convencionales de radiología.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica para recopilar información para analizar los diferentes efectos adversos que produce el contraste yodado utilizado en las pruebas convencionales de radiología.

Las principales bases de datos consultadas fueron Cuiden, Pubmed, Medline y Scopus.

Las palabras clave utilizadas fueron: contraste yodado, efectos adversos, radiología, nefropatía por contraste.

4 Resultados

Cuando se administra de manera intravenosa un contraste yodado, el paciente puede desarrollar diversos efectos adversos. Estos efectos se clasifican en leves, moderados y severos.

Las leves abarcan cefalea, rubor, calor, vómitos, náuseas, prurito, entre otros.

Dentro de las reacciones adversas moderadas están los grados más avanzados de los síntomas leves, el broncoespasmo y la hipotensión.

Las reacciones severas son las que el paciente manifiesta a modo de exacerbación de los síntomas moderados, arritmia cardíaca, las convulsiones, edema laríngeo, colapso cardiorrespiratorio, entre otros.

Las reacciones adversas se manifiestan de tres maneras:
- Inmediata: se produce justamente al administrar el contraste.
- Temprana: en la primera hora tras la administración.
- Tardía: puede darse entre la primera hora y un mes después de la administración del contraste yodado.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico deberá estar preparado para reconocer las reacciones adversas al contraste yodado y tratarlas rápidamente.

Es fundamental que el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico conozca los protocolos de actuación frente a una reacción adversa. Es recomendable que todo el personal que compone el servicio de Radiología revise al menos cada semestre dichos protocolos para estar entrenados en caso necesario.

Si se produce una reacción adversa, es primoridial y obligatorio dejarlo registrado en su historia clínica, indicando explícitamente el tipo de reacción, el contraste utilizado y las medidas empleado para tratarla.

Otra complicación derivada del empleo de contraste yodado por vía venosa es la nefropatía por contraste. Esta complicación se basa en que el paciente desarrolla un cuadro de insuficiencia renal aguda tras administrar el contraste. Esto se produce por la hidrosolubilidad de los contrastes yodados, eliminándose casi de forma exclusiva por la vía renal (solo el 2% se elimina por vía biliar).

Hay varios factores de riesgo que favorecen esta complicación, siendo la más importante la diabetes. Para realizar prevención de la nefropatía de contraste en pacientes con factores de riesgo, hay que realizar nefroprotección. La nefroprotección consiste en hidratar de manera correcta al paciente. Para ello se realiza una hidratación con solución fisiológica isotónica endovenosa. La hidratación hay que realizar 12 horas antes y 12 horas después de administrar el contraste.

5 Discusión-Conclusión

Para realizar muchas técnicas radiológicas es necesario utilizar medios de contraste. El medio de contraste más utilizado es el contraste yodado, el cual atenúa los rayos X más que los tejidos blandos, pudiéndose apreciar blancos o radiopacos.

Los contrastes yodados no iónico se ajustan mejor, teniendo una menor tasa de reacciones adversas y mayor eficacia.

No obstante, el contraste yodado no está exento de efectos adversos, los cuales el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, debe conocer y saber cómo actuar cuando se produzcan.

Si se produce una reacción adversa, hay que dejarlo registrado en la historia clínica, indicando la reacción alérgica, el contraste utilizado y las medidas empleado para tratarla.

6 Bibliografía

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

Capítulo 166

FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN EL RELLENO Y VACIADO DE LOS MOLDES DENTALES

CRISTINA GONZÁLEZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS

MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA

VALENTINA ELENA MANEA

1 Introducción

El relleno y vaciado de moldes dentales es un proceso esencial en odontología que permite la fabricación de modelos de yeso precisos para diversos tratamientos dentales. Este procedimiento se lleva a cabo una vez que se ha realizado la toma de impresiones con alginato o silicona dental.

Primero, se mezcla el yeso dental con agua para obtener una pasta homogénea. La consistencia adecuada es crucial para asegurar que el yeso fluya correctamente dentro del molde sin formar burbujas ni distorsiones.

Una vez preparada la mezcla, se vierte cuidadosamente dentro del molde dental, asegurándose de que todos los detalles y espacios estén completamente cubiertos. Es esencial evitar cualquier movimiento brusco o vibraciones que puedan afectar la precisión del modelo.

El molde lleno se deja reposar hasta que el yeso se haya fraguado por completo. La duración varía según el tipo de yeso utilizado, pero generalmente es de unos minutos. Una vez endurecido, el molde se invierte y se desmolda con delicadeza para revelar el modelo de yeso que reproduce la anatomía bucal del paciente.
Estos modelos de yeso se utilizan para planificar y fabricar prótesis, coronas, puentes, ortodoncia y otras restauraciones dentales. También se emplean con fines educativos y de investigación en la formación de estudiantes de odontología.
En conclusión, el relleno y vaciado de moldes dentales es un proceso crítico en la odontología, que permite obtener modelos de yeso precisos para la planificación y ejecución de tratamientos dentales personalizados. La atención cuidadosa y la precisión durante este proceso son fundamentales para garantizar resultados exitosos en el cuidado dental de los pacientes.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del higienista dental en el relleno y vaciado de los moldes dentales.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el proceso de relleno y vaciado de los moldes dentales, el higienista dental desempeña funciones importantes para garantizar la calidad y precisión de los modelos de yeso utilizados en tratamientos dentales. Sus tareas incluyen:

Preparación del material: El higienista dental se encarga de preparar el yeso dental y el agua en las proporciones adecuadas para obtener una pasta homogénea y libre de burbujas.

Rellenar el molde: Luego de obtener una impresión precisa del paciente, el higienista dental llena el molde con la pasta de yeso, asegurándose de cubrir todos los detalles y espacios de la impresión para obtener un modelo fiel de la boca del paciente.

Control del tiempo de fraguado: El higienista debe estar atento al tiempo de fraguado del yeso para evitar manipular el molde antes de que esté completamente endurecido, lo que podría afectar su precisión.

Desmoldado cuidadoso: Una vez que el yeso ha fraguado por completo, el higienista realiza el proceso de desmoldado con delicadeza para obtener un modelo de yeso sin distorsiones ni daños.

Etiquetado y organización: El higienista dental etiqueta correctamente los modelos de yeso con la información del paciente y los organiza adecuadamente para su uso en tratamientos y planificación.

Limpieza y desinfección: Después del proceso de relleno y vaciado, el higienista limpia y desinfecta el área de trabajo y las herramientas utilizadas para mantener un ambiente seguro y libre de contaminación.

Para realizar un buen resumen, el higienista dental tiene un papel que se considera fundamental en el relleno y vaciado de los moldes dentales, asegurando que los modelos de yeso obtenidos sean precisos y de alta calidad, lo que facilita el desarrollo de tratamientos dentales personalizados y efectivos para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del higienista dental en el relleno y vaciado de los moldes dentales es mantener un enfoque meticuloso y cuidadoso durante todo el proceso. Es fundamental seguir las instrucciones del fabricante para preparar la mezcla de yeso de manera adecuada y garantizar una consistencia homogénea y libre de burbujas.
Durante el relleno del molde, el higienista debe trabajar con precisión y atención a los detalles para asegurarse de que toda la impresión quede completamente cubierta y que el yeso fluya de manera uniforme en cada área.
Es importante controlar el tiempo de fraguado del yeso y evitar manipular el molde antes de que esté completamente endurecido. La paciencia y la observancia del tiempo de fraguado son cruciales para obtener modelos de yeso sin deformaciones ni imperfecciones.

Además, el higienista dental debe realizar el proceso de desmoldado con cuidado y delicadeza, evitando cualquier daño o alteración en el modelo de yeso final.
Finalmente, una vez completado el relleno y vaciado de los moldes dentales, es fundamental etiquetarlos adecuadamente y organizarlos de manera ordenada para garantizar una fácil identificación y acceso posterior.
Mantener un alto estándar de calidad en el relleno y vaciado de los moldes dentales asegura que los modelos de yeso obtenidos sean precisos y de alta calidad, lo que contribuye a un tratamiento dental exitoso y una atención óptima para los pacientes.

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 167

FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN EL BLANQUEAMIENTO DENTAL

CRISTINA GONZÁLEZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS

MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA

VALENTINA ELENA MANEA

1 Introducción

El blanqueamiento dental es un procedimiento odontológico no invasivo y popular que busca mejorar el aspecto estético de los dientes al aclarar su color. Este tratamiento se utiliza para eliminar manchas, decoloraciones y pigmentaciones no deseadas que pueden surgir debido a diversos factores, como el consumo de café, té, tabaco o ciertos alimentos.

Existen diferentes métodos de blanqueamiento dental, que pueden llevarse a cabo en el consultorio dental o en casa bajo supervisión profesional. En el blanqueamiento en el consultorio, se aplican geles de blanqueamiento con concentraciones más altas de peróxido de hidrógeno o peróxido de carbamida y se activan con luz LED o láser para acelerar el proceso. En el blanqueamiento casero,

se utilizan bandejas de blanqueamiento personalizadas con geles de menor concentración, y el paciente debe seguir un régimen específico durante un período determinado.
Es importante mencionar que el blanqueamiento dental no es adecuado para todos, y se debe realizar una evaluación dental previa para determinar su viabilidad. Además, puede causar sensibilidad dental temporal y no es permanente; los resultados pueden durar de varios meses a un par de años, dependiendo de los hábitos de cuidado oral y dieta del paciente.
Es fundamental que el blanqueamiento dental se realice bajo la supervisión y recomendación de un dentista, para garantizar la seguridad y eficacia del procedimiento y obtener los mejores resultados posibles sin dañar la salud bucal.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de higienistas dentales pretendendar a conocer sus funciones en dististas 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 juega un papel fundamental en el proceso de blanqueamiento dental, ya que desempeña diversas funciones clave antes, durante y después del procedimiento para garantizar su seguridad y efectividad.
Antes del blanqueamiento, el higienista dental realiza una evaluación inicial de la salud bucal del paciente. Realiza una limpieza dental profesional para eliminar la placa y el sarro acumulado en los dientes, lo que facilita el acceso del agente blanqueador y mejora los resultados del tratamiento. También realiza un examen para identificar posibles problemas dentales, como caries, restauraciones defectuosas o enfermedades periodontales, que deben tratarse antes de proceder con el blanqueamiento.

Durante el blanqueamiento dental, el higienista dental es el encargado de aplicar el agente blanqueador en los dientes del paciente. Utiliza geles con peróxido de hidrógeno o peróxido de carbamida en concentraciones adecuadas para el caso específico, evitando el contacto con las encías y otras áreas sensibles. En algunos casos, puede utilizar luz LED o láser para activar el gel y acelerar el proceso de blanqueamiento.

El higienista también brinda instrucciones detalladas al paciente sobre cómo mantener las bandejas de blanqueamiento casero, en caso de que se utilice este método, y proporciona información sobre la duración y frecuencia del tratamiento.

Después del blanqueamiento, el higienista dental realiza una revisión para evaluar los resultados y asegurarse de que no haya sensibilidad dental excesiva o cualquier efecto secundario no deseado. También ofrece recomendaciones sobre el cuidado dental post-tratamiento para prolongar la duración de los resultados.

Además de las funciones directamente relacionadas con el procedimiento de blanqueamiento dental, el higienista dental educa al paciente sobre la importancia de mantener una buena higiene oral y un estilo de vida saludable para evitar la recurrencia de manchas y decoloraciones. También puede proporcionar consejos sobre hábitos alimenticios y cómo reducir el consumo de sustancias que pueden manchar los dientes.

En conclusión, el higienista dental es un miembro fundamental del equipo odontológico en el proceso de blanqueamiento dental. Su experiencia y habilidades aseguran que el procedimiento se realice de manera segura, obteniendo resultados satisfactorios y preservando la salud bucal del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para realizar un buen blanqueamiento dental es buscar la supervisión y guía de un profesional dental calificado. Un dentista o higienista dental puede evaluar adecuadamente la salud bucal del paciente, determinar la idoneidad del procedimiento y personalizar el tratamiento según las necesidades individuales. Evitar los blanqueamientos no regulados o productos comerciales sin supervisión puede prevenir daños en los dientes y encías. Además, seguir las instrucciones del profesional y mantener una buena higiene oral después del blanqueamiento ayudará a prolongar los resultados y disfrutar de una sonrisa más blanca y brillante de manera segura y efectiva del paciente.

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 168

FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN LOS RETENEDORES DENTALES

CRISTINA GONZÁLEZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS

MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA

VALENTINA ELENA MANEA

1 Introducción

Los retenedores dentales son dispositivos utilizados en odontología para mantener la posición y estabilidad de los dientes después de un tratamiento de ortodoncia. Después de utilizar aparatos de ortodoncia, como brackets o alineadores, para corregir la alineación y la mordida, los retenedores se colocan para evitar que los dientes regresen a su posición original.

Existen dos tipos principales de retenedores dentales: fijos y removibles. Los retenedores fijos consisten en un alambre delgado y resistente que se adhiere a la parte posterior de los dientes, generalmente en la parte inferior. Permanecen en su lugar de manera continua y no pueden ser retirados por el paciente.

Por otro lado, los retenedores removibles son dispositivos hechos a medida que el paciente puede retirar para comer y cepillarse los dientes. Se colocan sobre los dientes y suelen usarse principalmente durante la noche.

El uso de retenedores dentales es esencial, ya que los dientes tienen memoria y tienden a regresar a su posición original, especialmente después del tratamiento ortodóncico. Los retenedores aseguran que el resultado del tratamiento de ortodoncia se mantenga a lo largo del tiempo, proporcionando una sonrisa bonita y una mordida adecuada. Es importante seguir las instrucciones del dentista o ortodoncista sobre el tiempo de uso y el cuidado adecuado de los retenedores para obtener los mejores resultados.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de higienistas dentales pretendendar a conocer sus funciones en dististas 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 crucial en la colocación, mantenimiento y seguimiento de los retenedores dentales para asegurar el éxito del tratamiento ortodóncico y mantener la alineación dental a lo largo del tiempo. Sus funciones en relación con los retenedores dentales incluyen:
Educación del paciente: El higienista dental educa al paciente sobre la importancia del uso adecuado y constante de los retenedores. Explica cómo colocar y retirar los retenedores removibles correctamente y proporciona instrucciones sobre el cuidado y limpieza adecuados para mantenerlos en óptimas condiciones.
Colocación de retenedores fijos: Cuando es necesario utilizar retenedores fijos, el higienista dental realiza la colocación de estos dispositivos. Aplica adhesivos y cementos dentales para fijar los alambres a la parte posterior de los dientes y asegurarse de que queden en la posición adecuada.
Ajustes y reparaciones: Si se requieren ajustes o reparaciones en los retenedores fijos o removibles, el higienista dental se encarga de realizar estas tareas. Ajusta

los retenedores removibles para asegurar un ajuste cómodo y realiza reparaciones en caso de daños o desgaste.
Seguimiento y evaluación: El higienista dental realiza el seguimiento del progreso del tratamiento ortodóncico y los resultados del uso de los retenedores. Realiza evaluaciones periódicas para verificar que los retenedores estén funcionando correctamente y que los dientes se mantengan en la posición deseada.
Asesoramiento sobre retención a largo plazo: El higienista dental brinda orientación sobre el uso a largo plazo de los retenedores para mantener los resultados obtenidos con el tratamiento ortodóncico. Explica la importancia de seguir utilizando los retenedores durante el tiempo recomendado por el ortodoncista para evitar la recurrencia de la maloclusión.
Prevención de problemas bucales: Durante las visitas de seguimiento, el higienista dental examina la salud bucal del paciente y realiza limpiezas dentales para prevenir problemas como la acumulación de placa y el desarrollo de caries, lo que podría afectar la eficacia de los retenedores.
En conclusión, el higienista dental juega un papel esencial en el proceso de retención después del tratamiento ortodóncico. Su experiencia y conocimientos garantizan que los retenedores se coloquen adecuadamente, se mantengan en buen estado y se utilicen correctamente para lograr resultados duraderos y una sonrisa bien alineada.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación del higienista dental en relación con los retenedores dentales es seguir las indicaciones del ortodoncista y utilizar los retenedores de manera constante y adecuada. Es esencial usar los retenedores según las instrucciones para mantener la alineación dental lograda con el tratamiento ortodóncico. Mantener una buena higiene oral, limpiando los retenedores regularmente, también es importante para evitar problemas bucales. Asistir a las citas de seguimiento con el higienista dental y el ortodoncista es fundamental para evaluar el progreso del tratamiento y hacer ajustes si es necesario. Seguir estas recomendaciones asegurará el éxito del tratamiento de retención y una sonrisa bella y bien alineada a largo plazo.

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 169

CONSECUENCIAS DE LOS CRONOGRAMAS ROTATIVOS EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL

VERONICA GOMEZ NAVES

PATRICIA ALONSO ANTUÑA

LORENA SUSTACHA DUARTE

MARIA DEL CARMEN MARTÍNEZ BAYÓN

MARÍA MANUELA NAVES DÍAZ

1 Introducción

El modelo de asistencia sanitaria continuada obliga a las organizaciones sanitarias a gestionar sus trabajadores mediante unos cronogramas rotativos que, en su gran mayoría van en contra de los biorritmos y la salud de sus profesionales. Se puede definir el trabajo a turnos como la modalidad laboral y profesional en la que los trabajadores pueden realizar su cometido profesional a lo larga de las 24 horas del día. Se entiende por ello que los trabajadores pueden ocupar sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, que puede ser continuo o discontinuo, lo que obliga al profesional a realizar su servicio en horarios distintos en un periodo determinado de tiempo (días o semanas).

Esta variabilidad de la cronicidad horaria profesional (turnos de mañana, tarde y noche) va muchas veces en contra de los ritmos circadianos de los trabajadores, sobre todo el turno en horario nocturno, lo que produce en estos profesionales importantes desajustes, primeramente, con inestabilidad biofísica, posteriormente con su desequilibrio psicológico y finalmente genera un gran desajuste con su entorno social, tanto familiar como de amistades.
Otra consecuencia observada en estos profesionales es un importante incremento de los riesgos laborales, de los accidentes en los procedimientos laborales, así como un importante incremento del absentismo laboral.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es identificar las consecuencias, tanto personales como sociales, que genera la turnicidad horaria laboral en los profesionales del ámbito sanitario hospitalario.

3 Metodología

El método empleado para la ejecución de nuestro objetivo ha sido la realización de una revisión bibliográfica de trabajos relacionados con la turnicidad en el ámbito hospitalario, para posteriormente efectuar una revisión documental de los estudios seleccionados.
Los trabajos elegidos para nuestra investigación se obtuvieron en bases de datos de páginas científicas de internet con SCielo, Pubmed, etc. Para ello se utilizaron las palabras claves: salud laboral, turnicidad, personal hospitalario.
El periodo de búsqueda documental se propuso entre los meses de junio 2023 a julio 2023, y se limitó el periodo de publicaciones al comprendido entre los años 2000 a 2022.
En una primera recolección de trabajos se obtuvieron 13 estudios posibles para nuestra investigación, a los que se aplicaron unos parámetros de inclusión/exclusión, quedando definitivamente 8 documentos para la revisión bibliográfica de nuestro estudio.

4 Resultados

De nuestra revisión bibliográfica hemos destacado varios aspectos de las negativas consecuencias que la turnicidad horaria propuesta por las organizaciones

sanitarias genera sobre la salud de los profesionales sanitarios que cumplen esos cronogramas organizativos impuestos.
En una primera aproximación observamos que las negativas consecuencias sobre la salud de los trabajadores se pueden agrupar en tres grandes bloques: las consecuencias sobre la salud física, las consecuencias sobre la salud psíquica y las consecuencias sobre la relación del trabajador con su entorno más próximo.
En cuanto a las consecuencias más físicas observamos un incremento de alteraciones gastrointestinales producidas por una rotación horaria inadecuada y ritmo de la ingesta alimentaria, trastornos del ritmo biológico circadiano del sueño debido a la frecuencia de cambio horario de los turnos laborales, pudiendo incluso favorece y desencadenar en algunas situaciones la aparición de una diabetes tipo II, un aumento de la tensión arterial con sus consecuentes complicaciones cardiovasculares, etc.
A nivel psicológico, la falta o deficiente adaptación al ritmo horario propuesto por los cronogramas rotativos, comienza a aparecer con el tiempo unas alteraciones a nivel emocional como estrés, agotamiento intelectual, ansiedad en algunos casos, etc., lo que a nivel laboral se traduce con una disminución de la calidad y rendimiento profesional, una acumulación de fatiga mental, un incremento de los errores laborales, accidentes, absentismo, etc.
Con referencia a las consecuencias producidas en el entorno social, observamos en los trabajos revisados, la existencia de un progresivo alejamiento del entorno social más habitual, como es la familia y los amigo. Los horarios propuestos por los cronogramas no solo van muy en contra de los biorritmos naturales de los profesionales sino son también muy incompatibles con una vida social plena.

5 Discusión-Conclusión

La necesidad de las organizaciones sanitarias a aplicar cronogramas de horario rotativo para los profesionales del hospital obliga a estos trabajadores a sufrir y padecer unas negativas consecuencias de los mismos.
De manera evolutiva las primeras consecuencias debidas a la turnicidad son problemas biofísicos con alteraciones digestivas, trastornos del sueño, etc., que posteriormente con el paso del tiempo van derivando en desajuste psicológicos como ansiedad, estrés, etc., que produce a su vez una mala adaptación a las funciones laborales con incremento en los errores profesionales, bajo rendimiento, etc.
Finalmente, todas estas consecuencias y alteraciones acaban generando un apagamiento laboral del profesional, a la vez que ocurre un aislamiento social, tanto a nivel profesional, familiar y de amistades.

6 Bibliografía

1. Triguero, M. Efectos del trabajo nocturno en trabajadores de la salud de un hospital publico universitario en la ciudad de Pinar de Río, Cuba. Psicología: Teoría y Práctica, 54-62.
2. Santana-Herrera J, Alfano T, Escobal-Machado A. Turnos de trabajo: ¿un factor de riesgo cardiovascular? Med. Segur. Trab. 2014; 60(234):179-197.
3. López S, Perdomo C, Oramas A, GonzalezA Factores de riesgo cardiovascular y turno de trabajo en una población laboral. Rev Cubana de Salud y Trabajo. 2016; 17(4): 42-45.
4. Chamorro R, Farias R, Peirano P. Circadian rhythms, eating patterns and sleep: a focus on obesity. Rev Chil Nutr. 2018; 45(3): 285-292.
Ruiz de la F.M., Cifuentes M, Orieta B, Pamela S., Ximena R. estado nutricional de trabajadores bajo turnos rotativos o permanentes. Rev Chil. Nutr. 2010; 37(4): 446-454.
5. Escobar C, Ángeles-Castellanos M, Espitia E.N., Marinus R. La comidad por la noche como factor inductor de obesidad. Rev. Mex. De Trast. Aliment. 2016; 7(1): 78-83.
6. Sánchez S, Nieto R.S., Perez j, Nieto U, Rico A. Turnicidad y alteraciones en la salud de los trabajadores sanitarios. En: Molero et al. Acercamiento multidisciplinar a la salud. Almería: Asunivep; 2017: 207-211.
7. Deschamp A, Olivares SB, De La Rosa KL, Asunsolo. Inflencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. Med segur Trab. 2011; 57(224): 224-241.

Capítulo 170

EL ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA LA DETECCIÓN DEL ALZHEIMER SEGÚN EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO

MARA GREGORIO HONRUBIA

CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ

BELÉN GARRIDO ORTIZ

1 Introducción

La detección temprana del Alzheimer es crucial para un diagnóstico y tratamiento oportunos, lo que puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes y sus familias. En este contexto, el análisis de las pruebas diagnósticas desempeña un papel fundamental en el proceso de identificación de esta enfermedad neurodegenerativa. El técnico superior sanitario en laboratorio es un actor clave en este proceso, ya que su conocimiento especializado y habilidades técnicas son fundamentales para el manejo preciso de las muestras y la realización de diversas pruebas. La detección temprana del Alzheimer a través de estas pruebas es esencial para iniciar tratamientos adecuados, proporcionar atención integral y mejorar el manejo de la enfermedad. La colaboración y el trabajo en equipo entre el técnico en laboratorio y el equipo médico son fundamentales para lograr un diagnóstico certero y ofrecer un enfoque integral en el

cuidado de los pacientes. El análisis de las pruebas diagnósticas para la detección del Alzheimer es una tarea esencial en el campo de la neurología y la geriatría. El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que afecta principalmente a personas mayores y se caracteriza por la pérdida progresiva de la memoria y otras funciones cognitivas. La detección temprana de esta enfermedad es crucial para un tratamiento adecuado y para brindar un mejor cuidado y calidad de vida a los pacientes.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.

- Identificar los trabajos y desempeños que realiza el técnico superior sanitario en laboratorio clínico en torno a los sistemas de detección de Alzheimer.
- Observar las modalidades de aplicaciones clínicas que hay en torno a la detección precoz del Alzheimer.
- 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 fue: (”diagnostic tests ” OR “alzheimer screening” OR “alzheimer tests”) AND (”health laboratory technician” OR “laboratory technician”.

4 Resultados

En este contexto, el técnico superior sanitario en laboratorio juega un papel importante en el análisis y procesamiento de pruebas diagnósticas relacionadas con el Alzheimer. Algunas de las pruebas más utilizadas incluyen:
• Análisis de biomarcadores en líquido cefalorraquídeo (LCR): El técnico es responsable de la preparación y análisis del LCR, recopilado a través de una pun-

ción lumbar. Se busca la presencia de biomarcadores específicos, como proteína beta amiloide y proteína tau, que pueden indicar el desarrollo del Alzheimer.
• Pruebas de imagen cerebral: El técnico puede colaborar en la realización y procesamiento de imágenes cerebrales, como tomografías computarizadas (TC) o resonancias magnéticas (RM), que pueden ayudar a detectar cambios estructurales y atrofia cerebral característicos del Alzheimer.
• Análisis de sangre: El técnico puede realizar pruebas en muestras de sangre para identificar biomarcadores relacionados con el Alzheimer, como la presencia de proteínas anormales.
• Evaluación cognitiva: El técnico puede asistir en la administración y puntuación de pruebas cognitivas que evalúan la memoria, el lenguaje, la atención y otras funciones cerebrales. Estas pruebas son fundamentales para detectar signos tempranos de deterioro cognitivo.
• Colaboración en investigaciones: El técnico puede participar en proyectos de investigación relacionados con el Alzheimer, contribuyendo al análisis de datos y proporcionando resultados clave para los investigadores.
• El análisis preciso y meticuloso de estas pruebas diagnósticas es fundamental para obtener resultados confiables y precisos que ayuden al médico en el diagnóstico y manejo del Alzheimer. La detección temprana del Alzheimer permite iniciar tratamientos y estrategias de cuidado que pueden mejorar la calidad de vida del paciente y retrasar la progresión de la enfermedad.
• Además de su rol en el análisis de las pruebas diagnósticas, el técnico también puede brindar apoyo emocional y educativo a los pacientes y sus familias, ya que el diagnóstico de Alzheimer puede ser difícil de enfrentar.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico superior sanitario en laboratorio desempeña un papel crucial en el análisis de las pruebas diagnósticas para la detección del Alzheimer. 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 cuidado integral de los pacientes afectados por esta enfermedad neurodegenerativa. Su dedicación y compromiso en esta área son clave para mejorar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes y sus familias.
La valiosa contribución del técnico superior sanitario en laboratorio en el análisis de pruebas diagnósticas para la detección del Alzheimer, resaltando su importancia en el cuidado de la salud y en el abordaje de esta enfermedad neurodegen-

erativa. Su dedicación y compromiso en el manejo de estas pruebas son fundamentales para proporcionar resultados precisos y contribuir significativamente al bienestar de los pacientes y sus familias.

6 Bibliografía

1. Martínez A, Morís G. (2019). La anosognosia en la enfermedad de Alzheimer in-fluye negativamente en los síntomas depresivos del cuidador. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de Seapa). 2019 Mayo; 7(2): 5-16
2. Perdomo , M., Cartaya , M., & Olano , B. (2012). Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. La Habana : Cubana Enfermer vol.28.
3. Sánchez, Amador & Rodríguez (2015). Afrontamiento y Logoterapia en Pacientes Terminales y Cuidadores Primarios. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. 2015; 6(1), 25-39.
4. Cardona Arias , J. A., Higuita Gutierrez , L. F., & Rios Osorio, L. A. (2016). Ejecución de revisiones sistemáticas y metaanálisis. En Revisiones sistemáticas de la literatura científica: la investigación (págs. 25-40). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. Obtenido de http://dx.doi.org/10.16925/9789587600377
5. Ceafa, (2017), Terapias no Farmacológicas, en las asociaciones de familiares, con Alzheimer, Recuperado de: https://www.ceafa.es/files/2017/08/ManualTNF-2.pdf
6. Nuria, Lopez, Moreno, Millán, (2020) Revista de neurología, ISSN 0210-0010, Vol. 71, Nº 6, 2020, págs. 205-212: Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=291755
7. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud de Cataluña.

Capítulo 171

EL TRABAJO CLÍNICO EN LA DETECCIÓN DE LA PROTEÍNA GP120 EN EL DESARROLLO DE LA TÉCNICA WESTERN BLOT SEGÚN EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO

BELÉN GARRIDO ORTIZ

MARA GREGORIO HONRUBIA

CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

El trabajo clínico en la detección de la proteína GP120 en el desarrollo de la técnica Western Blot es una tarea fundamental en el campo del diagnóstico del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). La proteína GP120 es una de las principales proteínas del VIH y es utilizada como marcador en la técnica Western Blot para confirmar la presencia de anticuerpos específicos contra el virus en las muestras de los pacientes. Es importante destacar que la técnica Western Blot es una prueba de confirmación para el diagnóstico del VIH, y se utiliza después de una prueba inicial de detección, como la prueba ELISA. La detección de la proteína GP120 mediante la técnica Western Blot es esencial para confirmar la infección por VIH y permitir el inicio de un tratamiento adecuado y oportuno.

El trabajo del técnico en laboratorio es crucial para mejorar la salud y bienestar de los pacientes afectados por el VIH, y su labor contribuye significativamente a la lucha contra esta infección en la población. El análisis de la proteína GP120 mediante la técnica Western Blot implica una colaboración estrecha con otros profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y especialistas en enfermedades infecciosas, para garantizar una atención integral y adecuada a 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 técnica western blot.
2. Observar las modalidades de análisis de la proteína GP120.
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 agosto de 2023.
Estrategia de búsqueda
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (”western blot” OR “proteína gp120” OR “western blot technique”) AND (”health laboratory technician” OR “laboratory technician”.

4 Resultados

En este contexto, el técnico superior sanitario en laboratorio desempeña un papel crucial en la detección de la proteína GP120 mediante la técnica Western Blot. Algunas de las actividades clave que realiza el técnico son las siguientes:
• Preparación de muestras y electroforesis: El técnico es responsable de preparar las muestras de suero sanguíneo de los pacientes y llevar a cabo la electroforesis para separar las proteínas presentes en la muestra.

• Transferencia a membranas: Una vez separadas por electroforesis, las proteínas se transfieren a membranas especiales, donde quedan adheridas para el análisis posterior.
• Bloqueo y detección: La membrana se bloquea para evitar reacciones inespecíficas y luego se incuba con anticuerpos específicos contra la proteína GP120. Si existen anticuerpos contra el VIH en la muestra, estos se unirán a la proteína GP120 presente en la membrana.
• Revelado y análisis de resultados: Después de la incubación con los anticuerpos, el técnico revela los resultados mediante el uso de enzimas o marcadores fluorescentes que permiten visualizar la presencia de anticuerpos específicos contra el VIH, lo que indica una respuesta inmunitaria contra el virus.
• Interpretación y comunicación de resultados: El técnico analiza los resultados obtenidos y los comunica al equipo médico, lo que permite la confirmación del diagnóstico de VIH en el paciente.
El trabajo clínico del técnico en laboratorio en la detección de la proteína GP120 mediante la técnica Western Blot contribuye significativamente a un diagnóstico preciso del VIH y al seguimiento adecuado de los pacientes afectados. Su dedicación, experiencia y conocimientos en el manejo de muestras y técnicas de laboratorio son fundamentales para proporcionar resultados precisos y confiables, lo que permite una atención médica oportuna y una mejor gestión de la infección por VIH.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo clínico del técnico superior sanitario en laboratorio en la detección de la proteína GP120 mediante la técnica Western Blot es esencial para el diagnóstico y seguimiento adecuado del VIH. Su dedicación, experiencia y habilidades en el manejo de muestras y técnicas de laboratorio son fundamentales para proporcionar resultados precisos y confiables, lo que facilita una atención médica oportuna y un enfoque efectivo en el tratamiento de los pacientes afectados. El trabajo del técnico en laboratorio es crucial para mejorar la detección y el manejo del VIH, lo que contribuye significativamente a la salud y bienestar de las personas afectadas por esta infección.

6 Bibliografía

1. CERQUEIRA-CÉZAR, C. K., CALERO-BERNAL, R., DUBEY, J. P., GENNARI, S. M. All about neosporosis in Brazil. Braz. J. Vet. Parasitol., Jaboticabal, v. 26, n. 3,

p. 253-279, july-sept. 2017.
2. DONAHOE, S.L.; S.A. LINDSAY, M. KROCKENBERGER, D. PHALEN, J. SLAPETA, A review of neosporosis and pathologic findings of Neospora caninum infection in wildlife, Int. J. Parasitol. Parasites Wild 24 (2015) 216e238.
3. DUBEY ,J.P., HATTEL A.L., LINDSAY D.S.; TOPPER, M.J. Neonatal Neospora caninum infection in dogs: isolation of the causative agent and experimental transmission. J Am Vet Med Assoc 1988; question. Int J Parasitol 2013; 43(2): 133-142.
4. GONDIM, L.F.P., MINEO, J.R., SCHARES, G. Importance of serological cross-reactivity among Toxoplasma gondii, Hammondia spp., Neospora spp., Sarcocystis spp. and Besnoitia besnoiti. Review article, 2017.
5. MONNEY, T.; HEMPHILL, A. Vaccines against neosporosis: what can we learn from the past studies? Experimental Parasitology, v. 140, p .52-70, 2014
6. NAJAFOV, A., & HOXHAJ, G. Introduction. Western Blotting Guru, 1–3. doi:10.1016/b978-0- 12-813537-2.00001-1, 2017.
7. SILVA, D.A., LOBATO, J., MINEO, T.W. AND MINEO, J.R. (2007). Evaluation of serological tests for the diagnosis of Neospora caninum infection in dogs: optimization of cut off titers and inhibition studies of crossreactivity with Toxoplasma gondii. Veterinary Parasitology 143, 234– 244.

Capítulo 172

LOS SISTEMAS DE SISTEMAS DE PRESIÓN Y VACÍO EN EL LABORATORIO POR PARTE DEL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO

CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ

MARA GREGORIO HONRUBIA

BELÉN GARRIDO ORTIZ

1 Introducción

El trabajo del técnico superior sanitario en laboratorio desempeña un papel crucial en el entorno hospitalario, donde la precisión y la confiabilidad de los análisis clínicos son fundamentales para el diagnóstico y tratamiento adecuado de los pacientes. Entre las responsabilidades del técnico se encuentra el manejo y mantenimiento de los sistemas de presión y vacío, que son equipos esenciales utilizados en diferentes procesos y aplicaciones dentro del laboratorio. Los sistemas de presión y vacío en el laboratorio son equipos esenciales que permiten controlar y regular la presión y el vacío en diferentes procesos y aplicaciones. Estos sistemas son utilizados en diversos equipos y procedimientos del laboratorio, como centrífugas, autoclaves, evaporadores, espectrofotómetros y equipos de filtración, entre otros. El técnico superior sanitario en laboratorio desempeña un papel im-

portante en el manejo y mantenimiento de estos sistemas para garantizar su correcto funcionamiento y la seguridad en el entorno de trabajo. El conocimiento técnico y la experiencia del técnico en el manejo de los sistemas de presión y vacío son esenciales para el buen funcionamiento del laboratorio y la satisfacción de las necesidades de diagnóstico y tratamiento de los pacientes. A lo largo de este trabajo, exploraremos en detalle las funciones específicas del técnico en relación con estos sistemas, así como su contribución al aseguramiento de la calidad en el laboratorio hospitalario.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de este capítulo son los siguientes.
1. Identificar los trabajos y desempeños que realiza el técnico superior sanitario en laboratorio clínico en torno a los sistemas de presión y vacío en laboratorio clínico.
2. Observar las modalidades de los sistemas de presión y vacío en el laboratorio hospitalario.
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 bibliográfica 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: (”vacuum system ” OR “pressure system”) AND (”health laboratory technician” OR “laboratory technician”.

4 Resultados

Después de analizar los estudios seleccionados en nuestra revisión se describen algunas de las funciones y responsabilidades del técnico en relación con los sistemas de presión y vacío:

• Operación de equipos: El técnico es responsable de operar y controlar los sistemas de presión y vacío en los equipos que lo requieran. Esto incluye ajustar los parámetros según las especificaciones del procedimiento y asegurarse de que se cumplan las condiciones adecuadas.
• Mantenimiento y calibración: El técnico realiza el mantenimiento regular de los sistemas de presión y vacío, lo que incluye limpieza, lubricación y verificación de los niveles de fluidos necesarios para su funcionamiento óptimo. Además, puede participar en la calibración y ajuste de los equipos para garantizar la precisión de los resultados.
• Identificación de fallas: En caso de fallas o problemas en los sistemas de presión y vacío, el técnico es responsable de identificar las posibles causas y realizar las reparaciones necesarias. En situaciones más complejas, puede colaborar con especialistas o proveedores externos para la resolución de problemas.
• Seguridad: El técnico debe estar atento a la seguridad en el manejo de los sistemas de presión y vacío. Esto incluye seguir las medidas de prevención y uso de equipos de protección personal adecuados para minimizar los riesgos asociados con estos sistemas.
• Registro y documentación: El técnico mantiene registros precisos y detallados de las operaciones realizadas en los sistemas de presión y vacío, así como de las intervenciones de mantenimiento y reparación. Esta documentación es importante para el control de calidad y para el cumplimiento de regulaciones y normativas.
• Capacitación y formación: El técnico puede estar involucrado en la capacitación y formación de otros miembros del equipo de laboratorio en el uso y manejo seguro de los sistemas de presión y vacío.
• Actualización y seguimiento: Dado que la tecnología y los equipos pueden evolucionar, el técnico se mantiene actualizado sobre nuevas técnicas, normativas y avances en sistemas de presión y vacío, para asegurar el uso más eficiente y seguro de estos equipos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del técnico superior sanitario en laboratorio en relación con los sistemas de presión y vacío es esencial para garantizar el buen funcionamiento del laboratorio y la obtención de resultados analíticos precisos y confiables. Su conocimiento técnico, capacidad para resolver problemas y habilidades de colaboración son fundamentales para asegurar la seguridad y eficiencia en el uso de estos equipos, lo que contribuye directamente a una atención médica de calidad y a la mejora continua de los servicios de diagnóstico en el ámbito de

la salud.

El técnico superior sanitario en laboratorio desempeña un papel clave en el manejo y mantenimiento de los sistemas de presión y vacío en el laboratorio. Su conocimiento técnico y experiencia son fundamentales para garantizar el funcionamiento adecuado de estos equipos, la seguridad del personal y la calidad de los resultados analíticos. El trabajo del técnico en este ámbito contribuye significativamente al buen funcionamiento del laboratorio y a la mejora continua de la atención médica y de los servicios de diagnóstico.

6 Bibliografía

1. Salvador, J., Gallegos, J., & Heredia, E. (2022). Experiencia y Revisión de la Literatura en el Manejo de la Gangrena de Fournier en un Hospital de Referencia en Ecuador, 2019- 2020. Revista Guatemalteca de Urología, 10(1), 26-31. https://doi.org/https://doi.org/10.54212/27068048.v10i1.129.

2. Sánchez, M. J. H., Jumbo, G. J. O., Valarezo, Y. D. Q., & Bravo, A. L. R. (2022). Ética frente a la discriminación contra la mujer en el ambiente laboral en el Ecuador. In Análisis Científico de la Ética desde la Perspectiva Multidisciplinaria (pp. 2-20). Editorial Grupo AEA.

3. Vargas Rubio, T., Mora Agüero, S. d., & Zeledón Aguilera, A. S. (2019). Gangrena De Fournier: Generalidades. Revista Médica Sinergia, 4(6), 100-107. https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.217.

4. Enríquez, G. H., Páez, S. C., Vera, D. Z., Sánchez, M. J. H., & Villalba, C. I. C. (2021). Incidencia de las metodologías de enseñanza en las carreras de ciencias administrativas ofertadas por las universidades públicas del DMQ. Visionario Digital, 5(1), 6-25.

5. Escudero-Sepúlveda, A. F., Cala-Duran, J. C., Belén-Jurado, M., Tomasone, S. E., CarlinoCurrenti, V. M., Abularach-Borda, R., . . . Acosta-Maestre, J. E. (2022). Conceptos para la identificación y abordaje de la gangrena de Fournier. Revista Colombiana de Cirugía, 37(4), 653-664. https://doi.org/https://doi.org/10.30944/20117582.930.

6. Auerbach, J., Bornstein, K., Ramzy, M., Cabrera, J., Montrief, T., & Long, B. (2020). Gangrena de Fournier en el servicio de urgencias: dilemas diagnósticos, tratamientos y perspectivas actuales. Medicina de emergencia de acceso abierto, 12, 353-364.

Capítulo 173

LOS EDIFICIOS SIN ACONDICIONAR Y EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CARLOS MORENO SÁNCHEZ

RAQUEL HINESTROSA ROSAL

MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA

MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ

MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA

1 Introducción

El personal de los centros sanitarios, tanto sanitarios como no sanitarios, desarrollan su jornada laboral, en numerosas ocasiones, en edificios viejos, creados para otros usos, con un mantenimiento deficiente, con mala ventilación, etc. Estas condiciones laborales poco favorecedoras, resultan molestas y perjudiciales para el desarrollo del trabajo.

Cuando esta exposición se produce durante un largo periodo en el tiempo pueden aparecer ciertas enfermedades asociadas a la misma. La calidad del aire en el interior de un edificio depende de diversas variables como son el estado del aire exterior, el sistema de ventilación y climatización, el mantenimiento de los sistemas, el mobiliario, los materiales de construcción, etc. Un mal o inadecuado

control de estas variables, genera una sensación de desagrado en el personal, incluso puede provocar una alteración en la salud de los trabajadores generando estrés y, por tanto, afectar al rendimiento laboral. Para determinar la existencia de "Síndrome del Edificio Enfermo", deben aparecer síntomas en más de un 20 % de los ocupantes del edificio.

El conocimiento y control de las diferentes condiciones que pueden afectar a la salud de los trabajadores resulta imprescindible para controlar los efectos sobre la salud de los ocupantes de los mismos. De ahí deriva la importancia de este tema como para dedicarle un capítulo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir el síndrome del edificio enfermo y sus posibles causas, estableciendo unas pautas para poder identificarlo.

Objetivo secundario:

- Proponer alguna posible solución que lo evito o que, al menos, logre reducir su impacto en las personas.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Síndrome del Edificio Enfermo (SEE) puede definirse como el conjunto de diferentes síntomas que afectan a más del 20 % de los individuos que ocupan un edificio. Este síndrome puede aparecer en edificios nuevos o de reciente remodelación, donde los síntomas disminuyen y desaparecen con el tiempo, o en edificios permanentemente enfermos, donde los síntomas persisten en el tiempo a pesar de llevar a cabo medidas correctoras.

Los edificios con sistemas de ventilación forzoso común a todo el edificio, con recirculación, con construcciones de mala calidad, con poca ventilación, iluminación inadecuada, etc. son edificios propensos a declararse enfermos.

Todas estas condiciones afectan a los muchos factores de riesgo que deben considerarse a la hora de analizar un edificio enfermo. Algunas de estas condiciones son la presencia de contaminantes ambientales, los olores, la iluminación, el ruido, vibraciones, la temperatura y la humedad, etc. Además, el tipo de ocupantes que presenta el edifico y su capacidad para adaptarse y aguantar estas condiciones desfavorables también influye en la existencia de un edifico enfermo, puesto que, por ejemplo, los síntomas suelen aparecer más en el personal auxiliar que en el directivo o que los síntomas suelen aparecer más por la tarde, etc.

Los síntomas relacionados con el Síndrome del Edificio Enfermo son muy diversos y, caben destacar, los problemas oculares, congestión nasal, sensación de ahogo, ronquera, dolor de garganta, tos seca, problemas cutáneos, mareos, náuseas, somnolencia, baja concentración, etc.

Para poder relacionar la aparición de estos síntomas en los individuos que ocupan un mismo edificio como consecuencias del síndrome del edificio enfermo debe llevarse a cabo una investigación exhaustiva. Hay que comprobar que el inicio de los síntomas es posterior al inicio del trabajo, que los síntomas remiten al final de la jornada laboral o durante los descansos, hay que analizar, además, todos los valores de los factores de riesgo antes concretados.

Para poder reducir o solucionar el problema de un edificio enfermo se suelen tomar medidas acordes al resultado de la investigación, ya que gracias a ella podemos determinar las verdaderas causas. Lo más importante para reducir el SEE es la prevención, por lo que debe cuidarse con especial atención el diseño, mantenimiento y cambios de la construcción.

Es importante el mantenimiento del sistema de ventilación, la calidad del aire, de los materiales y del mobiliario; así como, del ambiente de trabajo y la calidad de las relaciones entre los ocupantes del edifico.

5 Discusión-Conclusión

En ocasiones los centros sanitarios presentan unas condiciones poco óptimas para el desarrollo de la actividad laboral al tratarse de edificios viejos, destinados a otros usos, con una ventilación deficiente, con altas temperaturas, humedad

alta, malos olores, uso frecuente de productos de limpieza muy fuertes, etc.

Estas condiciones pueden generar en el personal la aparición de diversos síntomas como son: dolores de cabeza, baja concentración, problemas respiratorios, problemas oculares, etc. El conjunto de estos síntomas asociados claramente con las condiciones del edificio se conoce como Síndrome del Edificio Enfermo (SEE).

Para asociar los síntomas con el síndrome es necesario llevar a cabo una investigación completa y comprobar que los síntomas afectan a más del 20% de los ocupantes del edificio. En la investigación se van estableciendo diversas hipótesis de las posibles causas y se van tomando medidas preventivas adecuadas observando su eficacia hasta lograr reducir el síndrome, y así mejorar las condiciones laborales los empleados o los ocupantes del edificio.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Hernándes, Lili; Alonso Salomón, Jorge E.; Efectos de los factores ambientales, laborales y psicosociales, en el síndrome del edificio enfermo; Ingeniería, vol.8, núm.2, mayo-agosto, 2004, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Méjico.

2. Cascales Monreal, Matilde; Determinación del síndrome del edificio enfermo; Universidad de Huelva; 2009.

3. Peña Castiñeira, Manuel; Cómo detectar y tratar el síndrome del edificio enfermo; Gestión práctica de riesgos laborales: integración y desarrollo de la gestión de la prevención; ISSN 1698-6881, nº28, 2006.

4. Berenguer Subils, Mºjosé; NTP: 289: Síndrome del edificio enfermo: factores de riesgo; Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo.

Capítulo 174

EL CUIDADO DE LA VOZ EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SANIDAD

CARLOS MORENO SÁNCHEZ

RAQUEL HINESTROSA ROSAL

MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA

MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ

MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA

1 Introducción

El auxiliar administrativo, mientras desarrolla sus funciones y actividades diarias utiliza la voz para ello. Debe intentar mantener un lenguaje claro y conciso para que el usuario del sistema sanitario comprenda se le trasmite. De esta forma, la comunicación es efectiva puede ser tanto verbal como no verbal.

A la hora de realizar la comunicación verbal hacemos uso de la voz por lo que es un medio por excelencia en el sistema de comunicación que debe cuidarse porque es la base del lenguaje oral. Los auxiliares administrativos según los estudios utilizan la voz más del 75% de su jornada de forma continuada. Se considera que es la herramienta de trabajo que suele estar sometida a una gran exigencia y debemos formar para evitar y prevenir patologías de la misma que conlleven bajas laborales o un servicio con falta de calidad.

Desde el punto de vista biológico, podemos definir el concepto de voz como el sonido que se emite desde los pulmones que hace vibrar las cuerdas vocales cuando el aire pasa por la laringe. Se debe lograr una equilibrio de todos los órganos que implican el sonido o la voz para que no existan problemas en nuestro organismo. En base a esto, podemos considerar que la voz implica un proceso multidimensional.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este estudio se trata de concienciar de la importancia de la voz en el trabajo del auxiliar administrativo.

Como objetivo secundario describir los factores que provocan problemas en la voz para el auxiliar administrativo por una falta de cuidados o de medios.

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

Antes de continuar con nuestra exposición, la comunicación oral es el medio regular que se utiliza por parte de los auxiliares administrativos de la sanidad para trasmitir información a los usuarios. Vamos a emitir un mensaje que llegar al usuario del sistema sanitario de tal manera que existe un feeckback pero debemos trasmitir con claridad y seguridad para evitar errores y confusiones.
Cabe resaltar que en los últimos tiempos se han introducido el uso de las tecnologías como medio de comunicación pero pese a ello no se ha disminuido el uso de la voz en el trabajo del auxiliar administrativo.
La voz continúa siendo el instrumento de comunicación primordial de tal forma que los auxiliares administrativos seguimos haciendo uso de ella en la jornada habitual en un porcentaje alto. De hecho, según los estudios es la segunda causa de baja laboral siendo el género femenino el que más problemas y trastornos sufre en nuestro país y en la rama de la sanidad.

Los trastornos de la voz tienen diferentes etimologías que están recogidas en el RD 486/1997 de 14 de abril, como son:
• Los factores ambientales que se centran en la humedad, exceso o bajada de la temperatura ambiental, poca ventilación o uso excesivo del aire acondicionado, ruidos que provocan el aumento de la intensidad de la voz y las barreas que impiden una buena comunicación como han sido durante la pandemia las mamparas protectores o las mascarillas recientemente retiradas del mundo sanitario.
• Los factores organizativos que conllevan una sobrecarga laboral o falta de descansos.
• Los factores personales como es el estado de salud y físico de cada auxiliar administrativo o el consumo de tóxicos como el tabaco, la sequedad de boca por la toma de cierta mediación, uso inadecuado del tono de voz o realizar una mala respiración.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, entre las funciones del auxiliar administrativo implica el cuidado de su organismo y por tanto de la voz como medio para lograr ofrecer una atención de calidad. Se debe adaptar a los cambios y los métodos de trabajo que mejoren los cuidados laborales. De esta forma al mejorar las condiciones de trabajo y la atención de los usuarios del sistema.
El lenguaje del auxiliar administrativo con los usuarios será claro y sencillo para que sea accesible para los usuarios a la hora de dar cita y gestionar los problemas que se le presentan.

Por ello, debemos entrenar las cuerdas vocales como se entrenan otros músculos y es primordial respirar correctamente para prevenir trastornos en la voz.

6 Bibliografía

- https://www.unprofesor.com/
lengua-espanola/diferencias-entre-lenguaje -y-comunicacion-1707.html

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales (BOE núm. 269, de 10 noviembre de 1995).

- Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social y se establecen

criterios para su notificación y registro (BOE núm. 302, de 19 de diciembre de 2006).

Capítulo 175

AFECCIONES DE LAS CUERDAS VOCALES EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

CARLOS MORENO SÁNCHEZ

MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA

MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ

MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA

RAQUEL HINESTROSA ROSAL

1 Introducción

La voz es el medio de comunicación más utilizado entre las personas así como una de la manera más importante de expresarnos. Es un instrumento de trabajo en muchas profesiones, como es el caso de los Auxiliares administrativos de la sanidad.

Las cuerdas vocales son unos pliegues que se encuentran en la garganta y una de sus principales funciones es la producción de la voz. Al momento de hablar las cuerdas vocales vibran cientos de veces por segundo. Los nódulos se pueden definir como un crecimiento benigno en las cuerdas vocales motivado por el abuso constante de la voz.

Cuando se habla las cuerdas vocales chocan entre sí. Si esto es continuo, brusco, o si el tono de voz es elevado, puede aparecer un tejido suave e inflamado que puede endurecerse hasta formar estas lesiones conocidas como nódulos. Estas formaciones tienen una coloración transparente, sonrosada o blanquecina. Normalmente se forman en la unión del tercio medio de las cuerdas vocales con el tercio anterior de las mismas.

Esta es un área membranosa donde se produce la mayor vibración glotal y mayor impacto durante la fonación. Cuando aparecen unos pequeños bultos en las cuerdas vocales que impiden el cierre por completo de ambas cuerdas, es el comienzo de la aparición de la patología.

2 Objetivos

Describir los principales síntomas, medidas preventivas y posibles tratamientos en relación con la afección en las cuerdas vocales de los auxiliares administrativos.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo de revisión bibliográfica se han utilizado varios documentos, revisiones bibliográficas, bibliografías variadas del ámbito sanitario y artículos académicos. Las descripciones utilizadas fueron: nódulos en las cuerdas vocales, síntomas, prevención, tratamiento aplicado al auxiliar administrativo de los servicios de salud.

4 Resultados

Como ya hemos dicho el uso excesivo o mal uso de la voz puede ser unas de las causas de que se formen dichos nódulos u otro tipo de afecciones en las cuerdas vocales de los auxiliares administrativos. Los síntomas más característicos de esta enfermedad son:

- Pérdida de la escala vocal.
- Ronquera.
- Voz áspera.
- Voz entrecortada.

- Sensación de tener algo atascado en la garganta.

- Tos.

- Voz fatigada.

- Cansancio.

- Dolor en la zona del nódulo que podría ser en la nuca o en la parte trasera del cuello.

- También se puede sentir dolor al tocarte la garganta por fuera.

A continuación, se exponen una serie de medidas preventivas para poder evitar en lo posible esta dolencia:

- No forzar en lo posible la voz en ambientes ruidosos ni tóxicos; así como evitar los ambientes secos.

- Respirar correctamente mientras hablamos; no gastar todo el aire de los pulmones.

- Evitar hablar de manera prolongada.

- Reducir la distancia con el interlocutor.

- Evitar en lo posible carraspear o toser con frecuencia.

- Beber agua con frecuencia y tragar lentamente.

- Articular bien las frases ; no hablar de forma monótona.

- Dejar descansar la voz , durante por lo menos 5 minutos después de haber estado hablando durante largo periodo de tiempo.

Hay distintos tratamientos para tratar esta afección, el primero de ellos antes de pasar por una intervención quirúrgica, sería evitar todo aquello que está provocando la irritación de la laringe y en descansar la voz. También podría hacer falta asistir a una terapia local dirigida por un profesional para enseñar a hablar sin forzar las cuerdas vocales.

Un terapeuta del habla puede ayudar a la persona afectada a aprender a cuidarl volumen excesivo o la tensión vocal. La mayoría de los nódulos vocales desaparecen con este tipo de tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Después de haber realizado una revisión bibliográfica sobre esta patología de los nódulos en las cuerdas vocales, y su repercusión, se puede afirmar que un mal uso de la voz puede dar lugar a la aparición de eta lesión y sus consecuencias.

Deberíamos conocer los límites físicos en cuanto al tono y a la intensidad de nuestra voz así como aprender a detectar los primeros síntomas de fatiga vocal.

Llegamos a la conclusión de que el entorno y las condiciones de trabajo influyen en que aparezca dicha dolencia. Un entorno laboral óptimo, seguro y saludable hace que se cuide mejor el esfuerzo vocal. Está claro que lo más importante de esa patología es la prevención, sin embargo, también hay que tener en cuenta los pasos a seguir para su tratamiento una vez que aparecen.

6 Bibliografía

1. https://www.msdmanuals.com.

2. https://www.mutuauniversal.net.

3. https://www.infosalus.com/.

4. https://www.logopediaymas.es.

Capítulo 176

EL CELADOR Y EL TRASLADO DEL PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS, CAMA O CAMILLA

CELIA SÁNCHEZ MARTÍN

MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS

JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA

ALMUDENA PANTOJA HERRERA

1 Introducción

El celador que presta sus servicios en un hospital, es el encargado del traslado de los pacientes, de unas salas a otras, de unas plantas a otras y de unos servicios hospitalarios a otros.

Aunque creamos que da igual la forma de trasladar del paciente en silla de ruedas, cama o camilla, tanto de la ambulancia al hospital, como en traslados intrahospitalarios, hay una forma concreta en la que debe hacerse, para evitar accidentes, golpes y para facilitar el traslado tanto al trabajador como al paciente, sin sobresaltos.

El celador debe hacerlo con una postura corporal correcta para evitar accidentes ergonómicos, también.

En los hospitales, es habitual utilizar los ascensores, muchos pasillos cuentan con puertas abatibles, tanto automáticas como manuales y en las entradas de la calle

al hospital, suele haber rampas para salvar los escalones y que el traslado sea más cómodo para el paciente y para el trabajador.
El celador debe ser conocedor de la forma de realizar los traslados, y es responsabilidad de las gerencias y de los superiores de estos trabajadores, los que deben formarles.
Es común a todos los hospitales, la forma de trasladar a los pacientes y a continuación, en el campo de Resultados, lo vamos a explicar.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretenden explicar las formas de traslado de los pacientes, tanto en silla de ruedas, como en cama o en camillas.

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

El celador hospitalario debe trasladar a pacientes a lo largo de su jornada. Algunos pacientes se mueven por su propio pie, pero otros, lo hacen bien en sillas de ruedas proporcionadas por el hospital al acceder al centro, bien en camillas si acude en ambulancia, o en cama, si es un paciente ingresado en el propio hospital.
El celador que traslada una cama, debe empujar de la parte del cabecero, para que la zona de los pies del paciente, sea la que abra camino, por decirlo así.
Puede ocurrir, que el paciente vaya conectado a aparataje hospitalario o asistido por él, entonces en ese caso, el celador empujará la cama por la parte de los pies del paciente y así, los sanitarios, pueden ir vigilando y controlando los aparatos y manipularlos sin obstáculos.
En el caso de que el paciente necesite transporte en silla de ruedas, el celador empujará la misma asiendo las empuñaduras.
En caso de pendientes, rampas, etc., en el caso de la silla, en la subida, el celador empujará de la forma normal, por las mencionadas empuñaduras. En cuanto a

la cama, subirá al paciente empujando desde los pies y con la parte de cabecero abriendo paso.
En caso de bajadas, el celador lo hará de espaldas a la pendiente, es decir, será el primero en bajar, frenando la silla de ruedas para evitar accidentes y con el paciente mirando hacia la parte alta de la pendiente. En el caso de la bajada con cama o camilla, el celador irá también de espaldas, asiendo del piecero de la cama y con el paciente mirando hacia la parte baja de la rampa.
Entrada a los ascensores: entrará primero el celador, tirando de la silla de ruedas por las empuñaduras. En caso de cama o camilla, el celador también entrará el primero, tirando del cabecero, siendo la parte de los pies de los pacientes, la última en entrar.
Salida del ascensor: el celador, empujará la silla, saliendo él mismo y el paciente hacia delante.
En caso de cama o camilla, el celador empujará del cabecero, siendo el último en salir y los pies del paciente lo primero.
En el caso de puertas abatibles, el celador las cruzará de espaldas de tal forma que las puertas no golpeen ni la silla ni la cama o la camilla.

5 Discusión-Conclusión

Es importantísimo que el celador sepa la técnica del traslado del paciente para evitar golpes, sobresaltos y para que los sanitarios, en caso de paciente grave conectado a aparataje, puedan ir manipulando y controlando el mismo.
El paciente puede necesitar silla de ruedas en su traslado, llegar en una ambulancia en camilla o, en el caso de traslados dentro del hospital de personas ingresadas, estas lo harán en las camas que ocupan en sus propias habitaciones.
Las gerencias, deben formar a los trabajadores en estos quehaceres, ya que el traslado incorrecto de los mismos, puede provocar un accidente o una lesión para el trabajador.

6 Bibliografía

http://todoslostestdecelador.com.
Temario del celador, pdf. Servicio cántabro de salud. 2018. http://www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_traslados.htm
"Transporte del paciente mediante silla de ruedas, cama o camilla"

Capítulo 177

EL CELADOR: LABOR EN HOSPITALIZACIÓN EN PLANTA DE PSIQUATRÍA

CELIA SÁNCHEZ MARTÍN

MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS

ALMUDENA PANTOJA HERRERA

JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA

1 Introducción

La categoría de Celador en hospitales, tiene unas funciones generales a todos los puestos en los que preste sus servicios, pero otras muy diferentes en cada uno de ellos.
El celador puede trabajar en una planta pediátrica donde sus funciones particulares sean muy diferentes a las de otros servicios hospitalarios, como por ejemplo, la planta de Psiquiatría, con unas medidas de seguridad altas.
La zona de ingreso psiquiátrico, no es como el resto de plantas, ya que este tipo de enfermos, es susceptible de querer escapar, ya que por su condición, pueden no entender qué es lo que están haciendo allí o por qué no pueden irse.
Muchos de ellos, dan problemas a la hora de tomar su medicación, problemas de conducta o no siguen las normas establecidas de hospitalización.
El celador tiene que vigilar a los pacientes, las estancias individuales y colectivas, las salidas de la planta, además de sus funciones que son iguales a las de otros

servicios hospitalarios.
También tiene que tratar con los familiares, para que no introduzcan nada prohibido o que sea de uso peligroso tanto para el paciente al que acuden a visitar, como para el resto de enfermos o para el personal que allí trabaja.

2 Objetivos

Con este capítulo, se pretenden dar explicación de las funciones particulares que tiene el celador en una planta de hospitalización psiquiátrica.

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

El acceso a la planta psiquiátrica de un hospital, debe estar muy controlada. Solo pueden entrar o salir de ella, personas autorizadas, y las visitas de familiares, siempre serán con permiso médico y a una hora determinada y por un tiempo muy limitado.
Cualquier familiar con buena intención, puede llevar al paciente objetos que crean que deben ayudarles o servirles como entretenimiento, pero que son un peligro para ellos mismos o para los demás.
También, algunos familiares les pueden llevar comida o bebida, pero son enfermos con medicaciones estrictas y el hospital ya les ofrece toda la alimentación necesaria para su estancia hospitalaria.
A la hora de las diferentes comidas (desayuno, comida, merienda y cena), el pinche de cocina, llega a las plantas con las dietas individuales de los pacientes, llama al interfono y el celador debe abrir, prestando atención a que en el pasillo no se encuentre ningún ingresado, que aprovechando la entrada del carro de comidas, pueda salir de la planta sin permiso.
El celador, también colabora con los sanitarios en todo lo que se le requiera, dentro de sus funciones, así como en el aseo de los pacientes que no se sirvan por sí

solos, y de la vigilancia en el aseo de aquellos que sean independientes.
Se encarga también de recoger los pedidos que ha realizado la planta, al almacén y al servicio de Farmacia.
Trasladarán la documentación y los objetos personales que se le adjudiquen.
Presta su ayuda a los sanitarios, para que los pacientes ingresados en este servicio, tomen su medicación y debe cerciorarse de su correcta ingesta.
También, ayuda a los sanitarios a reducir a aquellos pacientes nerviosos, agitados o violentos, por lo que tiene que estar preparado para este tipo de situaciones.
Se encarga del control y orden de las estancias comunes a todos los pacientes.
Debe acompañar a los pacientes a la salida cuando se les da el alta y en los traslados de los mismos, dentro del hospital, para que se le realicen las pruebas pertinentes en otros servicios.
Los pacientes deben cuidar los enseres, instalaciones y lencería de la unidad en la que están ingresados, y es trabajo del celador, vigila el uso de todo ello por parte de los enfermos.
Una función más del celador en planta psiquiátrica, es el traslado de mobiliario y maquinaria que le sea encomendado.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el celador al que se le ha ofrecido un puesto de trabajo en una planta de hospitalización psiquiátrica, sepa cuáles son sus funciones particulares, que es un trabajo de riesgo y que debe estar vigilante tanto a la planta, como a los pacientes y a los familiares de estos.
Son pacientes que pueden tener reacciones violentas o que quieran insistentemente salir de la planta y del hospital, debido a su patología psiquiátrica.
Es una planta cerrada y solo accesible a personal autorizado. Los familiares de los pacientes, solo podrán verles dentro de un horario muy limitado y estricto.

6 Bibliografía

”Manual de actuación del celador en los distintos ámbitos sanitarios”. pdf. https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/
RSI. Revista Sanitaria de Investigación. ”El celador en la unidad de psiquiatría”. 31 de diciembre de 2022. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-psiquiatria/

Capítulo 178

EL CELADOR Y EL PACIENTE TERMINAL

JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA

ALMUDENA PANTOJA HERRERA

MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS

CELIA SÁNCHEZ MARTÍN

1 Introducción

A todos nos gustaría llegar a los últimos momentos de nuestra vida, sin dolor, de una forma cómoda y con todo lo necesario para una partida sin preocupaciones. La Medicina Paliativa y la planta de hospitalización de enfermos terminales, trata, precisamente de eso, de tratar a los pacientes de la mejor manera posible en el final de su enfermedad y su vida.

El celador que trabaja en esta planta, realiza las mismas funciones generales de la categoría de Celador, pero tiene otras particulares solo en este trabajo.

Debe estar concienciado de que la labor que realiza, lo hace con pacientes que van a partir, pacientes que están pasando por una enfermedad dolorosa y en muchas ocasiones, larga y tienen que intentar que esto no les afecte de forma psicológica, ya que tienen una implicación muy estrecha con estos enfermos, debido a su situación.

Deben ser amables, educados, estar dispuestos a atender al paciente en todo momento y ayudar, en lo posible, a los sanitarios que le tratan.

Es una actividad dura también a nivel físico, ya que tienen que realizar a los enfermos, cambios posturales que alivien sus dolores o para favorecer, más aún si cabe, su comodidad durante su estancia en el hospital.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende explicar las funciones particulares de los celadores en plantas de hospitalización de enfermos terminales, en Medicina Paliativa.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en internet, en bases de datos, como por ejemplo SCielo y PubMed, se han extraído los datos más importantes, desechando los menos relevantes y se ha llegado a su redacción.

4 Resultados

Los hospitales, en el caso de pacientes terminales, no tratan de buscar alternativas médicas para curar una enfermedad, sino que, al ser de imposible solución su patología, y ante el fin de la vida de los enfermos, lo que intentan es que el resto de tiempo que les queda, lo pasen con el menos dolor y molestias posibles y con tranquilidad y confort.

El celador debe ser muy respetuoso con el paciente, aunque este demande en numerosas ocasiones el trabajo de los sanitarios y no sanitarios que le atienden, ofrecerle un trato digno, y ser empático con él.

Para mayor comodidad, el enfermo puede solicitar cambios posturales, con lo cual, el trabajador debe ser conocedor de las distintas formas corporales de un paciente encamado y ayudar a los sanitarios a colocar al paciente, para minimizar en todo lo posible, el dolor o las molestias.

También se debe cambiar a los pacientes de postura habitualmente, ya que los que llevan mucho tiempo encamados de la misma forma, sufren de heridas en la piel y tejidos subyacentes por presión, y lesiones como deformidades o contracturas musculares.

El celador debe conocer, al menos, las posiciones más básicas: posición de decúbito, de Fowler, de Sims, y de Trendelenburg.

Debe saber utilizar la maquinaria como grúas para mover a los pacientes, sin sufrir él mismo lesiones.

Tiene que vigilar constantemente al enfermo, su habitación, su cama, el mobiliario, el material y que todo esté en perfecto orden y limpieza.
Tiene que mostrar delicadeza ante los familiares de los pacientes con enfermedad terminal, colaborando con ellos y sin hacer comentarios que no procedan o aquellos que estén fuera de sus competencias de celador.
El celador debe estar formado para reconocer las cinco etapas por las que pasa un enfermo terminal al conocer su situación, que son la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación y actuar en consecuencia para que los últimos momentos de los pacientes sean lo más fáciles posible.
El celador puede enfrentarse a daños físicos si no cuida su forma de mover a pacientes, según las leyes de ergonomía, pero también este trabajo puede afectarle psicológicamente si no está preparado, al enfrentarse al fallecimiento de pacientes con los que, por su labor, tiene una relación estrecha trabajador/enfermo.

5 Discusión-Conclusión

El celador que trabaja en planta de hospitalización de enfermos terminales tiene una labor muy importante, ya que ayuda al paciente en todo lo que necesita en los últimos momentos de su vida.
Debe estar muy preparado tanto física como psicológicamente, ya que al realizar su labor tan estrechamente con enfermos, ayudarles a estar cómodos, cambiarles de postura muy habitualmente y tratar con ellos de una forma cariñosa, pasar por los estadios de su enfermedad y ver la reacción de sus familiares día a día, pueden tener lesiones físicas pero también daños psicológicos, debido a la empatía obligada por su labor.

6 Bibliografía

El celador en cuidados paliativos: Las funciones del celador en la movilización del paciente terminal. pdf. Disponible en: https://logoss.net.
https://revistamedica.com/celador-paciente-terminal/.
El papel del celador ante el paciente terminal. Revista Ocronos. Disponible en: https://www.logoss.net/file/1200/download?token=M9Y-b6T7

Capítulo 179

LOS PINCHES: CARGA, TRASLADO Y DISTRIBUCIÓN DE LAS BANDEJAS DURANTE EL SERVICIO DE COMIDA EN EL HOSPITAL

ALICIA CORROCHANO MARTÍN

MARÍA INMACULADA GARCÍA SANCHEZ MAYORAL

1 Introducción

En el ámbito de la distribución de alimentos en entornos hospitalarios, el papel del pinche de cocina encargado de cargar , trasladar y distribuir los carros isotérmicos se vuelve esencial para garantizar un servicio de alta calidad y seguro. La poca ingesta de nutrientes puede ralentizar el proceso de curación de un paciente. Una comida bien emplatada y caliente, hará que sea apetecible para los enfermos, que suelen estar inapetentes por el transcurso de su enfermedad. Durante el proceso de carga, el pinche se asegura de organizar las bandejas de manera adecuada, siguiendo estrictas pautas para proteger los alimentos y mantener la integridad de los mismos durante su transporte. La disposición correcta de los platos, boles y cubiertos, así como el cuidado de mantener una distribución ordenada en el carro isotérmico resulta de gran importancia para evitar cualquier tipo de complicación, así como la pérdida de alimentos o la alteración de su temperatura. En este texto, exploraremos en detalle las tareas y precauciones que debe tomar el pinche de cocina, además de la importancia de su labor para mantener la calidad y puntualidad en la entrega de las comidas en la planta hospitalaria, teniendo

esto como punto esencial, ya que la ubicación de cocina suele estar alejada de las zonas de hospitalización de pacientes.

2 Objetivos

Mostrar las diferentes labores a las que se enfrentan los pinches en el servicio de transporte y distribución de las bandejas de comida, dentro del hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha tenido en cuenta la experiencia profesional como autora del mismo, en la categoría de pinche de cocina, en un complejo hospitalario. Además se ha complementado con la búsqueda en internet, a través de varios buscadores, obteniendo información de varios artículos.

4 Resultados

El pinche de cocina encargado de cargar los carros isotérmicos, durante el servicio de comida, irá colocando en él las bandejas. Cada carro portará la matrícula removible donde se indica la planta a la que va dirigido. Los platos o boles que se pongan en la bandeja, irán debidamente tapados, los cubiertos embolsados, al igual que el pan. Los alimentos en la bandeja estarán debidamente colocados, no pueden ir en orden aleatorio, ya que los carros isotérmicos disponen de una parte caliente, a la izquierda; y una parte fría, a la derecha. Si los alimentos se colocan en sentido contrario, se puede malograr la comida, pudiendo explotar las botellas de agua, o hacer que un postre, como un yogur se caliente, estropeando el contenido de todas las bandejas que contenga el carro. Por eso es muy importante que el pinche de cocina se muestre atento en su tarea, ya que esta distracción podría hacer que exista una pérdida de alimentos, con la consiguiente pérdida monetaria para el servicio, además de retrasar el horario de entrega de la comida en planta, ya que se tendrían que preparar de nuevo todas las bandejas.
Una vez cargado el carro, el pinche lo enchufará en la estación, anclada en la pared, y esperará el tiempo pertinente. Una vez alcanzadas las temperaturas oportunas, el alimento, en su parte interior, en la zona caliente, debe alcanzar la temperatura de 65ºC; el carro podrá ser desconectado, se cerrarán su dos puertas, y se procederá a trasladarlo a planta. El pinche llevará el uniforme limpio, pelo

recogido y tapado, usará mascarilla quirúrgica y guantes desechables. Si se disponen de ellos, el pinche utilizará los ascensores de cocina, no utilizando nunca los ascensores de residuos. En la planta, tras avisar a los auxiliares de enfermería, el pinche irá nombrado en número de habitación, dando al auxiliar la bandeja por el lado frío, para evitar accidentes. El auxiliar pasará la bandeja a la habitación del paciente, avisando al enfermo de que la bandeja está caliente.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el pinche de cocina en entornos hospitalarios cumple un papel crucial en la distribución de alimentos. Su responsabilidad incluye cargar y organizar los carros isotérmicos de manera adecuada, garantizando la integridad de los alimentos y evitando la alteración de la temperatura. La correcta disposición de los alimentos en la bandeja es vital, ya que los carros isotérmicos tienen una zona caliente y fría. Cualquier error en la distribución puede resultar una pérdida de alimentos y retrasos en la entrega. Además, el pinche debe seguir medidas de higiene y seguridad, como el uso de uniforme limpio, mascarilla y guantes. Su labor contribuye a estimular el apetito de los pacientes y asegurar una recuperación adecuada.

6 Bibliografía

- Experiencia profesional.
- Cocina Hospitalaria. Artículo dedicado al Servicio Hostelero (hospitecnia.com)
- Un sistema de carros isotérmicos mejora la calidad de la comida de pacientes del Hospital de Getafe | Comunidad de Madrid

Capítulo 180

LOS PINCHES Y LA LIMPIEZA DEL TÚNEL DE LAVADO EN EL HOSPITAL

MARÍA INMACULADA GARCÍA SANCHEZ MAYORAL

ALICIA CORROCHANO MARTÍN

1 Introducción

El túnel de lavado es una maquinaría indispensable en la cocina de los hospitales para la correcta eliminación de gérmenes y bacterias en todo el menaje. La limpieza adecuada del túnel de lavado en el hospital, en la cocina hospitalaria es de vital importancia para garantizar la seguridad alimentaria y mantener un alto estándar de higiene. Este electrodoméstico desempeña un papel fundamental en el procesamiento de vajillas, utensilios y el resto del equipo de cocina, ayudando a prevenir la propagación de enfermedades y asegurando la limpieza y desinfección adecuadas, lo que es primordial cuando se trabaja con personas enfermas y con el sistema inmunitario debilitado, con quienes un fallo en este proceso sería fatal. Es esencial seguir un protocolo de limpieza establecido por las autoridades sanitarias y el propio hospital. También es muy importante que los superiores de cocina organicen unas revisiones de la máquina con el servicio oficial, con el fin de asegurarse un mantenimiento regular, y puestas a punto, para evitar posibles averías, que retrasarían el servicio del lavavajillas, no dejando lista la vajilla y el menaje para el siguiente servicio, colapsando así el siguiente turno de trabajo. El pinche de cocina, aunque no esté elaborando preparaciones de alimentos, deberá ir perfectamente uniformado, con el cabello tapado, con guantes desechables y mascarilla quirúrgica.

2 Objetivos

Dar a conocer cómo se hace la limpieza y el uso de la máquina de lavavajillas o túnel de lavado en la cocina hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una búsqueda en diferentes buscadores de internet, extrayendo la información necesaria de varios artículos y páginas webs; además de contar con mi propia experiencia profesional, trabajando en esta misma categoría, en un entorno hospitalario.

4 Resultados

En la zona de lavavajillas, los pinches trabajan en equipo. La limpieza debe realizarse con esmero y dedicación. Aunque en el servicio de desbarase se eliminan plásticos, papeles y restos de alimentos, de bandejas y menaje, al introducir estos en el túnel de lavado, siempre queda algún resto de comida adherido a la vajilla. Dichos restos de comida se van cayendo en los diferentes filtros que tiene el túnel en su interior. En un hospital con un elevado número de servicios de comida estos filtros tendrán más suciedad acumulada. El pinche tendrá que vaciar todos los tanques de agua, tendrá que abrir, elevándolas, las puertas del túnel de lavado, desmontar todas las cortinillas, extraer todos los brazos rociadores de agua, además de todos los filtros. La primera zona del lavavajillas es donde más suciedad se acumula, ya que es la parte del lavavajillas más próxima a la entrada en él del menaje. Como es un trabajo en equipo, un pinche desmontará y limpiará todos los filtros y piezas interiores, que se puedan desmontar, del lavavajillas. Otro pinche será en encargado de limpiar las paredes interiores del túnel de lavado, con una manguera de agua caliente a presión. Ambos pinches utilizarán los productos químicos necesarios y autorizados, por el protocolo de limpieza del propio centro, para poder realizar su tarea. Una vez todo limpio el interior del túnel y todos sus componentes, se procede al montaje, asegurándose los pinches de montar todo correctamente. Un brazo rociador colocado erróneamente hará que la máquina expulse agua indebidamente, saliendo esta por las puertas, dando un fallo en la máquina. Si esto ocurre hay que abrir el lavavajillas durante el turno de desbarase, para buscar el problema, lo que retrasa el trabajo de los pinches en esa jornada. Cuando todo está debidamente montado, se bajan

las puertas, y se llenan los tanques. Habrá que esperar a que la temperatura de las diferentes partes del túnel sea la adecuada para poder usar la máquina. La gobernanta será la encargada de reponer los químicos necesarios para que la limpieza de menaje y bandejas sea óptima.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la limpieza del lavavajillas o túnel de lavado en la cocina hospitalaria es una tarea crucial para garantizar la seguridad y calidad de los utensilios y equipo de cocina. Siguiendo estos protocolos establecidos, utilizando productos químicos y desinfectantes adecuados, y realizando un mantenimiento regular, se puede asegurar un entorno limpio y libre de contaminaciones por gérmenes, virus y bacterias; contribuyendo así a la máxima seguridad alimentaria y al bienestar de los pacientes y el personal en el ámbito sanitario. El pinche tiene que mostrar sus mejores aptitudes, bajo la supervisión de la gobernanta, para llegar a este objetivo y cumplir con las normas de calidad.

6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://www.scielo.org/es/.
4. Lavavajillas Túnel Industriales para Hostelería (maquinariabarhosteleria.com)
5. Tren de lavado hostelería - Equipo Hostelería (equipohosteleria.com)

Capítulo 181

EL SERVICIO DEL PINCHE EN PEDIATRIA

MARÍA INMACULADA GARCÍA SANCHEZ MAYORAL

ALICIA CORROCHANO MARTÍN

1 Introducción

En el servicio de urgencias del hospital, existe una zona de pediatría, donde los niños pueden permanecer unas horas en observación hasta ver la evolución de los síntomas que les llevan hasta el centro. El médico puede optar por el alta o por el ingreso en el servicio de pediatría. Dentro del hospital, los ingresos de los niños menores de edad, se realizan en la planta de pediatría. Se hace para proteger así a los menores, que aún no tienen un sistema inmunitario debidamente formado, de contraer otras enfermedades que agraven la patología por la que permanecen en el hospital. Este servicio suele estar dividido en varias secciones. En cada sección trabaja un personal sanitario diferente, formado por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores; todos ellos bajo la supervisión del supervisor o supervisora del servicio de pediatría. Los niños están acompañados por un adulto en todo momento, lo que hace que estas plantas, sean concurridas. El menú infantil estará adaptado a las necesidades nutricionales y personales de cada niño, por ejemplo, en el caso de un niño diabético, este menú tendrá que ser elaborado en el servicio de cocina, pesando todos los alimentos que vaya a ingerir. Todo esto controlado por la dietista del hospital. El pinche de cocina colaborará en la elaboración de este menú.

2 Objetivos

Dar a conocer como se desarrolla el trabajo de un pinche de cocina hospitalaria dentro del hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una búsqueda en diferentes buscadores de internet, extrayendo la información necesaria de varios artículos y páginas webs; además de contar con mi propia experiencia profesional, trabajando en esta misma categoría, en un entorno hospitalario.

4 Resultados

Dentro del servicio de pediatría podemos distinguir varias secciones: Planta de hospitalización pediátrica, Oncología pediátrica y Servicio de UVI de pediatría. En estos servicios, al tener que permanecer los menores ingresados en las diferentes secciones y al estar acompañados por un progenitor o adulto, se suele ofrecer servicio de comida para los acompañantes. El pinche ha de ir correctamente uniformado y limpio, si se ha manchado el uniforme en la cinta de emplatado, deberá cambiarse; también ha de llevar el pelo recogido y tapado por un gorro, guantes desechables y hacer uso de la mascarilla quirúrgica. Ha de llevar a planta dos carros isotérmicos debidamente matriculados, para evitar confusiones. Uno de estos carros lleva la matrícula de los acompañantes; el pinche deja este carro en el pasillo de hospitalización, donde los padres buscarán en la etiqueta identificativa el nombre de su hijo, portando dicha, hasta la zona que el hospital haya designado para que estos hagan consumo de la misma. El otro carro isotérmico contiene las bandejas de los niños ingresados en todo el servicio. El pinche en la planta de hospitalización acompaña al auxiliar de enfermería, diciendo el número de habitación y entregando la bandeja al auxiliar, quien se encarga de pasar la bandeja a la habitación. En el servicio de oncología pediátrica, el pinche deja el carro en la puerta, evitando entrar en el servicio; son niños inmunodeprimidos, y aunque existen esclusas en sus habitaciones, toda precaución es poca; la auxiliar recoge las bandejas y es la encargada de repartirlas en su sección. En el servicio de UVI de pediatría, el pinche también dejar el carro en el exterior de la sección, portando la bandeja, dejándola en el office habilitado; aquí suele haber un menor número de servicios de comida.

Mientras los pacientes y padres hacen ingesta de la comida, el pinche ordena y limpia los restos de comida de las bandejas sucias que pudieran haber en el office. Pasado un tiempo prudencial recoge las bandejas con el auxiliar de enfermería, tira la basura, dejando el office limpio y listo para el próximo servicio. Se repone el menaje necesario para su uso en planta, como por ejemplo, cubiertos y tazas térmicas. En el turno de mañana ha de hacer el pedido de galletas, leche, zumos, compotas, agua, etc. El pinche baja los carros a cocina, accediendo por la puerta de sucio al túnel de lavado, procediendo a su desbarase y posterior introducción de todo el menaje por el lavavajillas, para su correcta desinfección.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, en urgencias de pediatría los niños son observados durante horas para evaluar la evolución de sus síntomas y se decide si se les da el alta o se les ingresa en la planta de pediatría. Los ingresos en la plana de pediatría se realizan para proteger a los menores de contraer enfermedades adicionales. El servicio de pediatría está dividido en secciones con diferentes profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores. Los niños están acompañados por un adulto en todo momento. Se ofrece un menú adaptado a las necesidades de cada niño, supervisado por un dietista. También se proporciona el servicio de comida para los acompañantes. Un pinche de cocina lleva los carros isotérmicos con las comidas, entregándoselas a la auxiliar para su entrega individual en las habitaciones de los pacientes. Se realizan tareas de limpieza y reposición de menaje, además del lavado y desinfección del material utilizado.

6 Bibliografía

- Experiencia profesional.
- https://www.restauracioncolectiva.com/n/organizacion-de-las-dietas-pediatricas-en-el-hospital-regional-universitario-de-malaga

Capítulo 182

EL PINCHE DE COCINA EN LA CALIDAD DE LA COCINA HOSPITALARIA

MARIA ALEJANDRA BLANCO ACUÑA

JAVIER SANCHEZ GOMEZ

IRENE GALÁN CORDERO

LORENA GALÁN FUERTES

MARCOS LÓPEZ PEINADO

1 Introducción

Podemos definir la calidad como una característica inherente a cualquier cosa que permite evaluarla en relación con cosas similares. Pero también es la capacidad de un producto o servicio para satisfacer las necesidades de los consumidores y cumplir con sus expectativas. Por lo tanto, la definición de este término depende en gran medida de nuestro entorno.
En el sector de la hostelería, y más concretamente en la hostelería, ofrecemos productos y servicios a los consumidores (en este caso, pacientes), por lo que para alcanzar un alto nivel de calidad, ambos deben satisfacer sus necesidades. Para que la subjetividad del cliente afecte menos la calidad, es necesario planificar, establecer metas y estándares para cada etapa del proceso de producción y

servicio con el fin de lograr la satisfacción del paciente, es decir, se debe elaborar un “plan de calidad”.
El programa trata de evitar la insatisfacción de los clientes de tres formas:
1. Preventivo (evitar errores. Descubrir riesgos y puntos críticos).
2. Arreglar (resolver el problema).
3. Control y verificación (comprobar si todo el proceso cumple con el estándar de calidad y si las medidas preventivas y correctivas son efectivas). Alcanzar la calidad del producto (alimento recibido por los pacientes) significa:
- Están a la altura de las expectativas.
- Conservan sus propiedades nutricionales.
- Proporcionar una garantía de higiene.
- Tienen las herramientas y el conocimiento para conseguirlos. Alcanzar la calidad de los servicios de ingreso hospitalario significa:
- Que se realice en condiciones higiénicas y técnicas adecuadas.
- Buenas prácticas, trato adecuado a los pacientes, adherencia a las comidas. Para ello, se establecerán unos estándares mínimos de calidad de las materias primas (características, tipos…), aprovisionamiento y entrega (inventario, contenido del aprovisionamiento, proveedores), conservación, procedimientos y productos finales.

2 Objetivos

Describir los aspectos generales que se han de tener en cuenta para alcanzar la calidad en la hostelería hospitalaria, destacando el papel del pinche de cocina.

3 Metodología

Para la elaboración del este trabajo se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros consultado el buscador Google con palabras como ”el pinche y la calidad de la cocina”.

4 Resultados

Varios estudios coinciden en que los servicios de alimentación juegan un papel cada vez más importante en el entorno hospitalario. De un simple servicio hospitalario, la cocina ha pasado a ser un elemento clave en la recuperación del

paciente. Ahora sabemos que los factores ajenos a la salud juegan un papel más importante de lo que se pensaba en la recuperación de los pacientes hospitalizados. El ambiente del paciente en el hospital, el trato recibido por el personal, las condiciones ambientales y la dieta afectan la recuperación del paciente. De lo anterior se desprende que el apetito de las personas durante el período de recuperación suele ser relativamente bajo, en muchos casos los pacientes hospitalizados perciben la comida como algo forzado. Sin embargo, la experiencia demuestra que un mayor nivel de catering en el hospital es beneficioso para que los pacientes coman mejor.

Pequeños detalles obvios en la producción o el servicio, como una buena presentación de los alimentos, la precisión en la entrega, que los alimentos lleguen con la temperatura adecuada u otras acciones más innovadoras, como la posibilidad de elegir un menú, han demostrado en algunos casos que el comedor de un hospital tiene más valor para el paciente en el día a día, y justifica mejor sus esperanzas para que pueda aceptar mejor la alimentación como parte del tratamiento para tener el efecto necesario en la recuperación del paciente. Respectivamente, cuanto mayor sea la calidad del servicio de catering del hospital, mayor será la actitud del paciente hacia la comida. Tanto la comida como el servicio estarán lo más cerca posible de sus expectativas, la comida será más apetecible y de mejor calidad, lo que aumentará las posibilidades de que el paciente coma mejor y, por tanto, la dieta (prescrita por el médico para tratamiento) tendrá un mayor impacto y tendrá el efecto deseado durante la recuperación.

5 Discusión-Conclusión

El estándar general de los servicios de catering del hospital es esencial para el proceso de curación de los pacientes. Una dieta de calidad ofrecerá al paciente alimentos seguros, de agradable aroma y textura, así como los nutrientes que requiere para una dieta equilibrada con la cantidad de calorías adecuada a sus necesidades fisiológicas.

Será más atractivo si se presenta adecuadamente, y la actitud de la persona que presta el servicio también será suficiente. Dado que cada empleado es responsable de las tareas que debe realizar en su puesto y cumple con los requisitos establecidos, los ayudantes de cocina juegan un papel crucial en casi todos los pasos del proceso. El chef cumple diversas funciones en la cocina del hospital, por lo que es fundamental en la recepción de materias primas, conservación, preparación de algunos alimentos, limpieza, servicio y presentación final de los alimentos. alimento.

Para garantizar que los estándares establecidos se apliquen correctamente en cada etapa del proceso, se minimicen los errores y se identifiquen, documenten, comuniquen o resuelvan todos los errores, es crucial que los asistentes estén debidamente capacitados y familiarizados con el plan de calidad. problemas (según corresponda), para que cada uno pueda cumplir con su deber con un alto nivel y, junto con el esfuerzo de los otros especialistas involucrados en la restauración hospitalaria, lograr el estándar de excelencia global del proceso.

6 Bibliografía

1. Herrera Úbeda, Miguel Ángel (Hospital General Universitario Gregorio Marañón). Las nuevas tecnologías en restauración hospitalaria: su aplicación en el cocinado, conservación y distribución y servicio.
2. MAD. Gestión hostelera. Alimentación.

Capítulo 183

PINCHE DE COCINA Y LAS IMPORTANTES NORMAS HIGIÉNICO-SANITARIAS QUE HAY QUE SEGUIR EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARIA ALEJANDRA BLANCO ACUÑA

JAVIER SANCHEZ GOMEZ

IRENE GALÁN CORDERO

LORENA GALÁN FUERTES

MARCOS LÓPEZ PEINADO

1 Introducción

La nutrición hospitalaria es la más compleja de la nutrición comunitaria. En esto intervienen muchos factores, como la interacción entre los diferentes servicios (médico, enfermería, nutrición, compras, cocina, mantenimiento, etc.), la necesidad de proporcionar menús individuales al paciente y la necesidad de proporcionarlos todos a la vez. . . clima. La dieta a menudo se modifica para satisfacer las necesidades del tratamiento. Realizar operaciones básicas para preparar, preparar, conservar, terminar y servir platos sencillos

En el sector de la fabricación de cocinas nos adherimos a los procedimientos de calidad establecidos y actuamos de acuerdo con las normas sanitarias, riesgos laborales y ambientales. La cocina, en cualquier ámbito, es un lugar de trabajo donde las normas de higiene y saneamiento son de gran importancia. Este tipo de regulación protege no solo la salud de los propios trabajadores, sino también la de los consumidores de los productos que allí se fabrican, en cuanto a la prevención de accidentes laborales. En las cocinas de los hospitales, el cumplimiento de estas normas cobra mayor importancia debido al delicado estado de salud de los consumidores, su ubicación en los centros médicos y la cantidad de personas que atienden diariamente. Por lo tanto, los asistentes de hospital necesitan conocer las leyes aplicables para poder desempeñar sus funciones.

2 Objetivos

- Describir la normativa de aplicación al ámbito de la cocina hospitalaria.
- Extraer los puntos más importantes de dicha normativa en general.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas en las bases de datos Pubmed/Medline, Scielo y Google Académico. Para ello, hemos utilizado las palabras claves normativas, higiene, sanidad, pinche, cocina hospitalaria, cocina, hospital, legislación. De entre todos los resultados en diversos idiomas, se han seleccionado aquellos escritos en castellano en los últimos años.

4 Resultados

Normativas a nivel europeo:
En 2000, la Comisión Europea publicó un libro blanco sobre seguridad. Alimentaria incluye esta prioridad estratégica. Entre estos objetivos, uno de los objetivos principales es lograr el nivel más alto posible de seguridad alimentaria dentro de la Unión Europea. El lema principal de la empresa es garantizar la seguridad alimentaria integral en todo el proceso ”de la granja a la mesa” para proteger la vida y la salud de las personas a un alto nivel.

Las reglas están contenidas en los llamados paquetes.
Saneamiento, incluidos los Reglamentos del Parlamento Europeo 852/2004, 853/2004, 854/2004 y otras normas que los modifican y amplían. Este reglamento

establece algunos principios básicos. Las empresas alimentarias tienen la responsabilidad principal de la seguridad alimentaria. La seguridad alimentaria debe garantizarse en todas las etapas de la cadena alimentaria, empezando por la producción primaria. Los alimentos que no se pueden almacenar de forma segura a temperaturas normales deben mantener la cadena de frío. Implementar la aplicación común de los principios y procedimientos de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (HACCP) basados en buenas prácticas de higiene. Esto requiere una buena orientación práctica. Los requisitos microbiológicos y de temperatura se basan en evaluaciones científicas de riesgos. - Se debe asegurar que los alimentos importados contengan un nivel mínimo de higiene equivalente a los alimentos de la comunidad. Regulaciones nacionales:

Para poder aplicar la normativa europea, España debe crear un marco legal como el que propone la Unión Europea. El Real Decreto 640/2006 se emitió en 2006 para lograr este objetivo. Además, se han publicado una serie de guías de buenas prácticas para varios puntos de la cadena de producción de alimentos definida por el reglamento. los conceptos básicos:

Las normas nacionales y europeas, así como las guías de buenas prácticas, definen los conceptos clave que debe conocer en este campo. Eso es todo:

Higiene de los alimentos: Los medios y condiciones necesarios para controlar los riesgos en los alimentos y asegurar que los alimentos sean aptos para el consumo humano, teniendo en cuenta su uso previsto. Alimento: Cualquier sustancia o producto destinado o razonablemente probable que sea ingerido por humanos. Mercancías: Tipos de mercancías tales como tierra, ganado, juegos y pescado.

- Establecimiento de la instalación: cualquier unidad de la empresa del sector alimentario.

Curado: hacer un cambio sustancial al producto original, como un tratamiento térmico, ahumado o salado. Riesgos: la probabilidad de que ocurran efectos adversos para la salud y la gravedad de esos efectos.

Como hemos visto, la especificación se aplica a todas las etapas del proceso de fabricación, desde el campo hasta la mesa. En nuestro caso, como asistente de hospital, nos enfocaremos en categorías que incluyen preparación de alimentos, pretratamiento y salas de tratamiento, incluidas cocinas de hospital.

Las superficies de paredes, techos y suelos deben ser fáciles de limpiar y desinfectar y estar siempre en buen estado.

- Las puertas y ventanas deben tener mosquiteros, que no acumulen suciedad fácilmente, sean fáciles de limpiar y esterilizar.

Se deben proporcionar instalaciones adecuadas para la limpieza, esterilización y mantenimiento de los equipos y herramientas de trabajo. Todos los objetos,

instalaciones y equipos en contacto con los alimentos, excepto los de uso individual, deberán limpiarse y desinfectarse con la frecuencia necesaria para evitar el riesgo de contaminación.
- Los restos y sobras de alimentos deberán ser vaciados lo antes posible a partir de 1545 y almacenados adecuadamente en las instalaciones habilitadas para tal fin, con el fin de disponer de ellos por el bien del medio ambiente.
- El agua (líquida, hielo o vapor) en contacto con los alimentos debe ser potable.
- Todo el personal que trabaje en las zonas de manipulación de alimentos deberá mantener un alto nivel de higiene y llevar ropa adecuada, limpia y, en su caso, ropa de protección. Además, las empresas de alimentos tienen la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de todos estos estándares, incluida la capacitación, supervisión y orientación de los manipuladores de alimentos.

5 Discusión-Conclusión

Sobre la base del análisis de todos estos datos, teniendo en cuenta el nivel de servicio necesario y la armonía entre la inversión y los costos de desarrollo, varias soluciones globales propuestas pueden abordar mejor los requisitos y tareas de una variedad de hospitales. comienzo. La normativa europea, así como las leyes y directrices nacionales para los distintos campos de trabajo, marcan las pautas que marcan las buenas prácticas en la cocina.
Estas normas tienen un impacto en el trabajo diario de los cuidadores como manipuladores de alimentos. Para cumplir con las leyes vigentes en el desempeño de sus funciones, los cuidadores deben conocerlas.

6 Bibliografía

1. AESAN. (s. f.). Aesan - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Recuperado 27 de junio de 2020, de http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subseccion/principios_y_requisitos.htm.
2. Libro Blanco sobre la seguridad alimentaria de 12 de enero de 2000 [COM/99/0719 final - no publicada en el Diario Oficial]
3. Reglamento (CE) no 852/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativo a la higiene de los productos alimenticios.

Capítulo 184

LOS PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA Y LOS RIESGOS DE LAS HERIDAS Y CORTES

MARIA ALEJANDRA BLANCO ACUÑA

JAVIER SANCHEZ GOMEZ

IRENE GALÁN CORDERO

LORENA GALÁN FUERTES

MARCOS LÓPEZ PEINADO

1 Introducción

Vamos a hablar de los peligros a los que se expone el personal de pinche de cocina en los centros hospitalarios . El hecho de que los trabajos de ayudante de cocina en un centro médico cuenten con una gran cantidad de puestos de trabajo debe ser mucho trabajo. Esto significa que la investigación sobre las condiciones laborales de este grupo de trabajadores se ha duplicado en los últimos años. Los auxiliares médicos se encuentran ante una lista de riesgos laborales frecuentes en su profesión y que deben conocer para tomar las medidas oportunas. Debido a que el trabajo que realizan los ayudantes de cocina en los centros médicos incluye una gran variedad de trabajos que requieren una carga de trabajo importante, se han multiplicado las investigaciones sobre las condiciones laborales de este colectivo. Como trabajadores de la salud, los trabajadores de la salud enfrentan

una lista de riesgos laborales que ocurren con frecuencia en el lugar de trabajo, como riesgos de lesiones y amputaciones. El riesgo de lesiones en manos y dedos al cocinar fue el más común con el 45% de los incidentes registrados. Riesgo de lesiones por el uso de herramientas afiladas, máquinas y objetos afilados como licuadoras, cuchillos y picadoras.

2 Objetivos

- Describir los aspectos básicos a tener en cuenta en la prevención de heridas y cortes en la cocina hospitalaria en general.

3 Metodología

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

4 Resultados

En este capítulo se trata un tema muy importante, que debe manejarse con mucho cuidado personal y profesional. Los cortes en las cocinas de los hospitales pueden causar diversos problemas de diversa gravedad.
Las lesiones y los cortes son uno de los principales riesgos en el trabajo de la cocina, ya que las cortadoras, picadoras y trituradoras cortan y perforan con frecuencia, además de utilizar muchas herramientas como cuchillos, tijeras. Además, los contenedores y las materias primas pueden causar lesiones como latas, púas y bordes afilados.
Para las herramientas de corte, la mejor precaución es que estén bien afiladas y tengan mangos de material antideslizante. Marque las superficies adecuadas y use guantes protectores si es necesario. Después del uso, asegurarse de guardarlo en un estuche o soporte, prestar atención al borde de corte y la dirección del borde de corte, y siempre evitar el contacto con el cuerpo del operador. Los interruptores automáticos deben seguir las recomendaciones del fabricante y utilizar varillas de empuje para desconectar la corriente durante la limpieza y el mantenimiento. Si necesita recoger vidrios rotos, platos o cerámica que haya quedado en

el piso, debe usar el bote de basura. Siempre se deben usar guantes cuando estén en el fregadero. El uso adecuado de herramientas auxiliares de cocina en un centro médico afecta la integridad física y facilita el trabajo. El uso inadecuado, las herramientas defectuosas y el almacenamiento inadecuado son las principales causas de lesiones.
Siempre hay que tener muy en cuenta todas las normas a seguir en las cocinas de los centros sanitarios y en caso de emergencia tener en cuenta cada paso a seguir , sobre todo de desinfección de los miembros lesionados .

5 Discusión-Conclusión

Este tipo de accidentes que provoca numerosas víctimas cada año. El programa de formación para ayudantes de cocina también incluye una variedad de medidas preventivas que se deben de tomar para reducir el riesgo de lesiones y cortes de los ayudantes de cocina que trabajan en los centros de salud. Los más fundamentales incluyen, entre otras cosas, proporcionar guantes aprobados y brindar educación y capacitación sobre cómo usar y operar herramientas manuales y eléctricas correctamente.
En beneficio de los pacientes en general y, especialmente, del personal, es fundamental que se cumplan todos los requisitos legales en todas las cocinas sanitarias.

6 Bibliografía

1. Reim, M.; Redbrake, C.; Schrage, N. Chemical and thermal injuries of the eyes. Surgical and medical treatment based on clinical and pathophysiological findings (2001).
2. Gayson. Enfermedad de la cornea. Ed. Horcourt Brace. 4a edición (1999).
3. Karsky, J. Oftalmología clínica. Ed. Horcourt Madrid-Barcelona (2000).
4. Xunta de Galicia. Metodoloxía para a avaliación de riscos laborais en centros sanitarios.

Capítulo 185

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO

PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ

JUAN MARTINEZ ORTEGA

SARA TORNER HUERVA

VICENTE ROSADO SOTO

1 Introducción

Los Celadores forman parte de la plantilla que sirven a las instituciones sanitarias. Como personal no sanitario desempeñan una labor fundamental para el perfecto funcionamiento de tales instituciones al igual que auxiliares administrativos,auxiliares de enfermería,técnicos, enfermería y facultativos médicos. El celador es el encargado de mantener el orden y vigilar el centro hospitalario, haciendo cumplir las normas establecidas. El estatuto de 1971 regula las funciones del Celador, pero debido a su antigüedad se debe actualizar y adaptar al régimen jurídico actual. La actualización se efectúa a través de la Ley 55/2003 de 16 de Diciembre perteneciente al Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, siendo norma básica de dicho personal de conformidad con el

artículo 149.1.18 de la Constitución Española. El personal estatutario es regulado por la Ley 55/2003 de 16 de Diciembre, las funciones del Personal Subalterno y del Celador se contemplan en la Orden Constitucional de 5 de Julio de 1972, en su artículo 14.1 recoge las funciones del Jefe de Personal Subalterno y en el 14.2 las pertenecientes al Celador, así queda dispuesto en la Disposición Transitoria Sexta dela citada Ley 55/2003.
En el presente capítulo vamos a desarrollar la funciones que tiene el celador en el área laboratorio.

2 Objetivos

-Contextualizar el concepto de Celador.
-Conocer la jurisprudencia que regula sus funciones y en la cuál se ampara.
-Especificar sus funciones generales así como las particulares que realiza en Laboratorio establecidas en un protocolo diario.

3 Metodología

El trabajo en curso se ha realizado mediante una meticulosa investigación consistente en la revisión de bibliografías existentes sobre literatura jurídica. Indagando en artículos y libros de forma sistemática en las principales bases de datos como: Medline, Scielo y Pubmed.

4 Resultados

Según el lugar donde el Celador desempeñe su trabajo se establecerán sus funciones. El Sistema Nacional dé Salud Español estipula las siguientes:
-Celador de Radiodiagnóstico.
-Celador de Almacén.
-Celador de Puerta.
-Celador de UCI.
-Celador de Lavandería.
-Celador de Ambulatorio.
-Celador de Planta.
-Celador encargado de Turno.
-Celador de Ambulancia.
-Celador de Laboratorio.

-Celador de Unidad de Psiquiatría.
-Celador de Necropsias.
-Celador de Urgencias.
-Celador de Quirófano.
-Celador de Oficinas.
-Celador de Rehabilitación.

A grandes trazos analizaremos el protocolo diario de un Celador de Laboratorio en su turno de mañana.

8:00h.Coger su busca para estar perfectamente comunicado.Recoger muestras de Quirófano y Endoscopias para entregarlas en Anatomía Patológica, a continuación recoger también en Sintrom y Hematología y llevarlas a Laboratorio. Acompañar a los pacientes de la consulta de Hematología al Hospital de Día. Recoger la medicación en Farmacia de los pacientes con tratamiento domiciliario, identificándola con pegatinas y entregándolas en el Hospital de Día para su posterior retirada por dichos pacientes.
Entregar la medicación recogida en Farmacia a la enfermera encargada del reparto.
Siempre tendrán prioridad las biopsias intraoperatorias de quirófano, las cuales se entregarán con inmediatez a Anatomía Patológica para su análisis y estudio.
Los pedidos hechos a Almacén se repartirán a sus consiguientes laboratorios (Bioquímica, Anatomía Patológica, Hematología y Bioquímica).
Entregar a Banco de Sangre los pedidos realizados en Farmacia.
Informar de las incidencias a Mantenimiento.
Fotocopiar el pedido hecho a Suministros y entregar la copia correspondiente a la Supervisora.
Recoger las muestras de Neumología y Otorrinolaringología.
A las 12:30 retirar de Quirófano las muestras para entregarlas en Anatomía Patológica.
Desde la 13:00 a 13:15 se deberán recoger y clasificar en Secretaría los informes de Anatomía Patológica, los cuales organizarán como a continuación se enumeran.
-Otorrinolaringología y Urología.
-Ginecología, Tocología y Planificación Familiar, los cuales se destinarán a Secretaría de Ginecología.
-Medicina Interna y Neumología, los que irán a Secretaría de Medicina Interna.
-Traumatología destinados a Secretaría Traumatológica.
-Endocrinología , destinados al médico correspondiente.
-Cirugía y Digestivo destinados a Secretaría Cirugía.

-Rx indicando al médico que correspondan, destinados a Secretaría Rx.
-Digestivo, cuando los informes correspondan a Endoscopias se entregarán en Endoscopias.
-Los informes para los médicos de urgencias se les enviarán a través de tubo neumático dé Urgencias.
-A partir de las 13:30h se recogerá el instrumental para entregarlo en Esterilización, comenzando en Urgencias y recogiendo el resto de Plantas, menos Psiquiatría y Partos.
-A las 14:00h, una vez recogidas las muestras dé Endoscopias se entregarán en Anatomía Patológica.
-14:15h se repartirá a cada uno de los laboratorios el correo.
-A partir de las 14:15h se recogerán en Quirófano las muestras y se trasladarán a Anatomía Patológica, también se entregará en Esterilización el instrumental de Endoscopias, cómo lentes de otorrino.
-Llevar facturas y documentos varios a Secretaría de Dirección.
-Cuando se requiera se hará una petición de sangre a través de un fax al Centro Comunitario.

5 Discusión-Conclusión

Como ha quedado comprobado el Celador realizará multitud de funciones en relación al servicio en el cual desempeñe su trabajo, por esa razón debe de estar muy bien formado para ejecutarlas todas con gran rapidez y eficacia. Su trabajo es fundamental para que cada uno de los servicios que conforman las Instituciones Sanitarias funcionen con total normalidad.
Entre los servicios más importantes conforman el centro hospitalario se encuentra el de Laboratorio, se encarga de realizar el análisis de la ingente cantidad de muestras que recibe diariamente, los cuales servirán para realizar el diagnóstico y posterior tratamiento de los pacientes. En esta gran función es parte importantísima la labor del Celador, ya que es el encargado de la recogida y traslado de muestras, así cómo de tratamientos y pedidos para los que se le requiera.

6 Bibliografía

1.-https://wwwauxiliardeenenfermeria.com
2.-https://wwwrevistamedica.com
3.-Temario Oposiciones Sespa Sicepa.
4.-es.Scribd.com. Celador Funciones Protocolos.

Capítulo 186

EL CELADOR EL MANEJO Y EL CONOCIMIENTO DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS A LOS PACIENTES QUE LO REQUIEREN

SERGIO YUNCAL VIVAS

EVA NAVARRO TERCERO

CRISTINA MOROTE TERCERO

YOLANDA MOROTE BONIFACIO

MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO

1 Introducción

En muchas de las unidades psiquiátricas todavía se continúa con la colocación por parte del personal sanitario de la contención mecánica. Aunque en últimos estudios se ha podido comprobar que existen hospitales fuera de España que no las utilizan.

La salud mental es algo que ha aumentado significativamente en los últimos años y cada vez son más jóvenes los pacientes que se ingresan en una unidad de psiquiatría.

Se puede definir la salud mental por medio de la organización mundial de la salud la cual a su vez la define la salud mental como “un estado de bienestar en

el cual cada individuo desarrolla su potencial y puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad".
No solo se puede hablar de contención mecánica, sino que también hay otro tipo de contenciones, verbal, no verbal etc.
La contención mecánica como una terapia consistente en la supresión de toda posibilidad de movimiento de una parte o la totalidad móvil del organismo para favorecer la curación, utilizada en la agitación psicomotora o en la falta de control de impulsos. Aquí entra el profesional de la salud el celador junto con otros 4 profesionales los cuales son indispensables para la colocación de la contención mecánica.

2 Objetivos

- Describir qué actuación y conocimientos debe tener el celador para poder colocar una contención mecánica a un paciente en una unidad de hospitalización.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos pubmed, Scielo, Cochrane. Se han escogido artículos que nos indican que tipo de conocimientos debe disponer el celador para una colocación de una contención mecánica.
Palabras clave: contención, inmovilización, formación, psiquiatría.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica nos hemos encontrado artículos los cuales nos indican que conocimientos y actuaciones son adecuadas para la adecuada colocación por parte del celador de una contención mecánica.
- En un primer momento el celador debe conocer la técnica correctamente, ya que en el momento de tener que colocar una a un paciente no es el momento para parar a explicar nada. Por ello es necesario una buena formación y práctica de la colocación.
- En el momento que se deba tener que colocar la contención mecánica el celador sabrá que el personal facultativo y enfermería ha intentado anteriormente la con-

tención verbal y no ha funcionado. Con lo cual el paciente puede estar agitado y movilizara miembros inferiores y superiores con sacudidas. Es decir, que hay riesgo de lesión tanto para el propio paciente como para el personal sanitario.
- En todo momento el celador Conoce que posición debe colocarse, pues junto con otros cuatro compañeros los cuales se colocaran cabeza, dos en miembros superiores, y otros dos en miembros inferiores.
- El celador tendrá preparado en todo momento la camilla y la contención abdominal colocada previamente para evitar el riesgo de no colocarla adecuadamente.
- En ocasiones se tiende a colocar solamente algún miembro superior y cintura abdominal como contención abdominal. Esto nombrado anteriormente es incorrecto, ya que surge la ocasión de que el paciente se moviliza y se pueda lesionar, con la consiguiente negligencia por parte del personal que lo ha colocado.
- Otra tarea importante que debe conocer el celador es la ronda cada 2 horas para poder comprobar que la contención mecánica está correctamente colocada y el paciente está tranquilo o como es la situación que está viviendo en cada momento.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de la colocación de la contención mecánica es algo que muchos profesionales no dan la importancia adecuada. Pero la incorrecta colocación de esta nombrada anteriormente puede generar complicaciones en el paciente e incluso legalmente en el profesional responsable de ese paciente.
El celador como se ha podido comprobar en nuestros resultados, es uno de los profesionales que debe conocer a la hora de la buena colocación de la contención mecánica.
Es importante el buen trabajo en equipo y situación a la hora de colocación a un paciente de la contención mecánica. De esta forma evitaremos lesiones en pacientes y personal sanitario.

6 Bibliografía

- Gastmans, C. and Milisen. K. (2006). Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. J Med Ethic, 32,(3), 148-152.
- Sastre Rus M, Campaña Castillo F. Contención Mecánica: Definición Conceptual [Internet]. Ene. Grupo de Enfermería ENE, 2023.

Capítulo 187

LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LA PARTE DE LOS LABORATORIOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

CRISTINA MOROTE TERCERO

YOLANDA MOROTE BONIFACIO

MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO

SERGIO YUNCAL VIVAS

EVA NAVARRO TERCERO

1 Introducción

En la actualidad en cualquier sitio dentro del centro hospitalario existe la figura del profesional sanitario celador, el cual entre muchas de las funciones que tiene asignadas es la de estar en el laboratorio.
Se puede encontrar que el celador se puede registrar en la actualización se realiza a través de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud constituyendo la norma básica de dicho personal, todo ello se realiza de conformidad con la Constitución Española, en su artículo 149.1.18. Aprobada la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula el personal estatutario las funciones del Celador y del jefe de Personal Subalterno siguen siendo las que refleja la orden preconstitucional del 5 de julio de 1971, en su artículo 14 (en el punto 1 las funciones del jefe de Personal Subalterno y en el

punto 2 las de los Celadores), como así lo dispone la disposición transitoria sexta de la Ley 55/2003.
El laboratorio suele estar en la parte mas baja del centro hospitalario en la cual se recogen todo tipo de muestras y procesan con la finalidad de dar un diagnóstico para el paciente rápidamente, con el fin de realizar un tratamiento adecuado.

2 Objetivos

- Conocer que conocimientos y funciones básicas puede realizar el celador como profesional en un laboratorio de un centro hospitalario en general.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane y en internet, en general.
Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre las funciones del celador en un laboratorio.
Palabras clave: formación, cuidados, funciones, laboratorio.

4 Resultados

- En cuanto al tema que se ha elegido se ha querido incluir artículos o textos en los que nos indicaban que tipo de conocimientos o funciones básicas puede realizar el celador dentro de sus funciones adecuadas dentro de un laboratorio hospitalario.
- Este celador el que ayuda y proporciona sus funciones básicas en el laboratorio dispondrá de un busca para recoger todo tipo de muestras y llevarlas al laboratorio.
- El celador es el profesional que se encarga de deambular y recoger muestras por las diferentes unidades de hospitalización a primera hora del día. Las trasladará al laboratorio para su procesamiento.
- También dentro de sus funciones que debe realizar en el laboratorio recogerá en el quirófano las diferentes muestras en un horario determinado y las llevará al laboratorio.
- El celador deberá conocer los diferentes tipos de muestras que puede trasladar para poder colocarlas en sitio adecuado, nevera, estufa etc.

- En caso de derramar una muestra el celador, comentará a su superior el suceso para que este a su vez pueda avisar para la recogida de una nueva muestra en la unidad de hospitalización.
- En caso de que la muestra que se derrame sea perjudicial para la salud del mismo celador u otros. Avisará inmediatamente a prevención de riesgos laborales, registrara el suceso y limpiaran o aislarán la zona donde se ha derramado el producto.
- El celador también será el encargado de recoger en el laboratorio informes de los diferentes resultados y los distribuirá por las unidades o secretarias de especialidades.
- En algunas ocasiones el celador deberá llevar al paciente al laboratorio para la recogida de la muestra, de esta forma lo llevará y lo volverá a retornar a su unidad de procedencia.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido observar son muchas las funciones que puede llegar a realizar el celador en un laboratorio.
El celador como se ha podido comprobar en nuestros resultados es el encargado de recoger, enviar y transportar muestras tanto al laboratorio como a las diferentes unidades, con el fin de poder realizar el diagnóstico adecuado al paciente en cuestión.
El celador debe conocer los riesgos de llevar muestras irritantes, o con problemas que puedan ocasionar problemas en la salud, tanto para él como para el resto de las personas que pasen por esa zona. Con el registro adecuado y sobre todo aviso a los responsables de prevención de riesgos laborales.

6 Bibliografía

- Conceptos básicos y actuaciones ante un accidente laboral. Cuadro resumen de la ley 31/1995 de Prevención de Riesgos laborables.
- Consultado las bases de datos de los servicios de prevención de riesgos laborales HUCA Área IV (SESPA).

Capítulo 188

TIPO DE URGENCIAS Y EL CELADOR DE PUERTAS ANTE ELLAS

CRISTINA MOROTE TERCERO

YOLANDA MOROTE BONIFACIO

MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO

SERGIO YUNCAL VIVAS

EVA NAVARRO TERCERO

1 Introducción

Las urgencias hospitalarias se encuentran entre los servicios médicos más importantes porque están disponibles las 24 horas para pacientes que no pueden esperar horas para recibir atención, es decir, pacientes que tienen patologías que no pueden esperar para recibir tratamiento. Los pacientes que acuden a urgencias solos o con familiares o amigos necesitan atención, que es lo que motivó su solicitud del servicio, y ambos ingresan por la puerta de urgencias.
Incluso en los casos de atención de emergencia, es importante recordar que la persona que abre la puerta de la sala de emergencias es siempre la primera en saludar a los pacientes y sus acompañantes o familiares, es el celador. Por lo tanto, dependiendo de la respuesta inicial del celador, los pacientes o sus familiares pueden formarse una opinión favorable o desfavorable del servicio de urgencias del hospital cómo son tratados después de eso.

Los términos urgencia y emergencia deben distinguirse porque frecuentemente se usan como sinónimos y no tienen relación entre sí. Sin embargo, cualquier circunstancia que suponga una amenaza inmediata para la vida o la salud del paciente suele considerarse una urgencia. La urgencia se define como cualquier solicitud de atención que ocurre fuera del horario comercial habitual.

2 Objetivos

- Describir las diferentes urgencias hospitalarias a las que se enfrenta a diario el personal de Urgencias.
-Apreciar el papel del celador en la sanidad.

3 Metodología

Se utilizaron los siguientes criterios bibliográficos para la inclusión: artículos escritos en español con una antigüedad no mayor a diez años, fuentes que trataran sobre emergencias, emergencias, servicios de emergencia hospitalarios, tipos de emergencias y funciones del encargado de la puerta de emergencia.

4 Resultados

Existen varios tipos de urgencias y varios métodos para categorizarlas porque no todos los pacientes que acuden a urgencias de un hospital presentan las mismas patologías.
Los siguientes son diferentes tipos de emergencias:
-Urgencia subjetiva: Cuando la patología del paciente no pone en peligro su vida o su salud, independientemente de lo que crea el paciente, hablamos de urgencia subjetiva.
-Urgencia objetiva: Cuando la patología de un paciente realmente pone en peligro su vida o su salud, hablamos de urgencia objetiva.
- Urgencia vital: Cuando fallan las funciones vitales respiratorias, circulatorias o cerebrales y existe riesgo de muerte a corto plazo, hablamos de urgencia vital.
Varias emergencias médicas, clasificadas por prioridad:
- Una situación grave: Se refiere, como hemos dicho anteriormente, a una amenaza inmediata, real o potencial para la vida del paciente o riesgo de graves con986 secuencias a largo plazo si no recibe una atención oportuna y cualifi-

cada (parada cardiorrespiratoria, infartos de miocardio politraumatizados, edema agudo de pulmón, etc.).
- Paciente agudo crítico o gravemente inestable: Este grupo de pacientes presenta afectación en uno o más de sus órganos, lo que podría ser problemático.
Disnea, cianosis, braquicardia, taquicardia, ansiedad, convulsiones, etc.).
- Paciente agudo que no corre peligro o una consulta que se prefiere los que no ponen en peligro la vida del paciente.
- Un paciente retrasado o no agudo: Todos los pacientes que necesitan atención médica, pero no de inmediato, entran en esta categoría y pueden ser derivados a un médico general (GP) sin riesgo para ellos mismos.
Tipos de urgencias médicas por especialidades:
Las emergencias de trauma son personas que han experimentado algún trauma.
- Pacientes con traumatismos leves, traumatismos complicados, apendicitis, etc.
Los pacientes con condiciones o patologías que presentan un riesgo de vida son considerados emergencias médicas.

5 Discusión-Conclusión

Todos los celadores deben estar familiarizados con las diversas clasificaciones de urgencias médicas, ya que el celador del servicio de urgencias del hospital es el responsable de recibir a los pacientes y dirigirlos al servicio de admisión de pacientes o al servicio de triaje (dependiendo de la gravedad de la urgencia que presente el paciente).
Sobre todo, debe conocer bien el que se utiliza con mayor frecuencia en el hospital donde realiza sus funciones para que los minutos cruciales en emergencias críticas para la vida del paciente no se pierdan en la burocracia (pasar por el servicio de admisión de pacientes primero) o por desconocimiento de la gravedad de la patología que presenta (si ya ha llegado).

6 Bibliografía

- www.celadoresonline.blogspot.com
- Pubmed

Capítulo 189

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES DENTRO DEL SERVICIO DE LENCERÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO

PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ

SARA TORNER HUERVA

JUAN MARTINEZ ORTEGA

VICENTE ROSADO SOTO

1 Introducción

El servicio de Lencería Hospitalaria es un servicio de apoyo directo al hospital e indirecto a la atención del paciente en la lucha contra las temidas infecciones cruzadas, para paliar las graves consecuencias socioeconómicas que estas provocan y la gravedad de sus efectos. La ropa hospitalaria es uno de los principales focos de contaminación por su contacto prolongado con el paciente. Debiendo ser confortable y de calidad, la ropa ha de ser sometida a una rigurosa e higiénica limpieza. El servicio de Lencería tiene a su cargo recoger la ropa usada y reponer las estanterías por la ya lavada y desinfectada escrupulosamente,para su utilización por el personal sanitario, no sanitario, auxiliares, visitas, acompañantes y por los más importantes los pacientes. Su función principal consiste

en recepcionar y suministrar la ropa a todas las dependencias y usuarios del hospital en perfectas condiciones para su uso, colaborar en el mantenimiento de las instalaciones hospitalarias en cuanto a higiene le corresponda, controlar los costes de explotación para mantener una calidad óptima del vestuario así como vigilar aquellos detalles qué informan del rápido deterioro de las prendas, con el propósito de reducir en lo posible los costes económicos que implica la compra y mantenimiento de estas. El Celador desempeñará un papel primordial, al ser el encargado del suministro de ropa limpia a todo el complejo sanitario.

2 Objetivos

-Conocer las labores y características del servicio de Lencería Hospitalaria.
-Desarrollar las funciones que realiza el celador en dicho servicio.

3 Metodología

Para la realización del trabajo en curso se ha llevado a cabo una meticulosa investigación consistente en la revisión de literatura existente, una búsqueda sistemática en libros y artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medicina y Scielo, seleccionando artículos científicos de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El Celador encomendado al servicio de Lencería Hospitalaria, se encargará de la recepción de la ropa limpia y perfectamente higienizada portada en carros procedente de las lavanderías del hospital o de otras empresas que hayan sido contratadas para tal fin.
A primera hora de la mañana se recibirá el volumen necesario de ropa que las instalaciones precisan para su funcionamiento, uniformes para todos los empleados del hospital, ropa para enfermos, acompañantes y visitas, así como ropa de cama.
El Celador repartirá los carros de ropa por las distintas plantas hospitalarias, quirófano, consultas externas, hospital de día etc.
En su función el Celador se encargará de realizar una correcta organización en sus correspondientes estanterías de toda la ropa recibida.

Prestando especial atención a la uniformidad, ya que cada grupo tendrá asignado un color distintivo en función de categoría o labor, azul, verde o blanco, mantenimiento, trabajadores, mantenimiento, celadores, enfermería, personal médico, de quirófano, etc.
Al personal que llevase más de un año de trabajo en el hospital se le abastecerá de uniformes propios a los cuales se les imprimirá su categoría profesional e identidad al igual que un número incluido en todos sus uniformes, sin embargo el personal eventual utilizará uniformes de sustitución a los cuales no se les colocará identificación alguna. La Gobernanta será la encargada de la personalización de los susodichos uniformes.

Con unos horarios preestablecidos a lo largo de la mañana el personal entregará los uniformes sucios y recogerá los limpios en las dependencias de Lencería, el Celador será el encargado de la recepción y suministro de los mismos.
Cada Hospital dispondrá de su propio servicio de lavandería o dependerá de lavandería privada previa contratación para la realización de esta función, siempre respetando el horario de entrega de las prendas.

5 Discusión-Conclusión

En la multitud de servicio que presta un hospital destacaremos la importancia del servicio de Lencería Hospitalaria, ya que su tarea es fundamental para correcto funcionamiento de este. Su gran cometido relacionado con la limpieza e higiene es primordial ya que la Ropa o Lencería Hospitalaria requiere de un alto grado limpieza y desinfección para evitar las temidas infecciones cruzadas que ocasionarían horribles consecuencias tanto a pacientes como al personal encargado a su servicio. En este gran puzzle se encuentra como pieza insustituible el Celador que aporta en su tarea diaria de recepción y distribución dé prendas la tranquilidad necesaria para el normal desarrollo de las funciones hospitalarias.

6 Bibliografía

1.https://.auxiliar-enfermería.com
2 .https://c pepe moreno.files.Wordpress.com
3.https://Ingresa.sanidad.gob.es

Capítulo 190

EL ELECTRICISTA HOSPITALARIO: TIPOS DE MANTENIMIENTO ELÉCTRICO Y REVISIONES A REALIZAR

JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA

1 Introducción

El buen funcionamiento de las instalaciones eléctricas y aparataje de un hospital es fundamental, desde el aire acondicionado, que ayuda a estar cómodo en las salas y estancias, hasta la maquinaria que asiste a un paciente en el servicio de UCI.

En cualquier espacio es importante la electricidad, pero en un hospital, su buen funcionamiento es indispensable, dependiendo de ello, la vida de algunos pacientes.

Cualquier avería o fallo, debe preverse y los hospitales tienen que tener un protocolo de actuación para que dichos problemas no afecten a los pacientes.

Una vez que se haya ocasionado el fallo, el electricista deberá corregirlo o arreglarlo a la mayor brevedad posible.

La mejor forma de evitar problemas, es realizar revisiones y tareas de mantenimiento periódico pero, además, utilizar la intuición de los trabajadores electricistas del hospital.

Para ello, en todos los hospitales, debe haber un planning de las obras de mantenimiento y revisión que se deben hacer, con fechas y horas a cumplir estrictamente y cada electricista debe ser conocedor de sus tareas y de cómo realizar dichas comprobaciones.

También debe saber dónde se encuentra el aparataje a revisar y a arreglar, en caso de problema, para hallarlo a la mayor brevedad posible.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende enunciar los tipos de mantenimiento y las revisiones que debe realizar el equipo de electricistas de un hospital, para garantizar que toda la red eléctrica del mismo, funcione a la perfección.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica al respecto del tema, se ha realizado una revisión de los datos tomando los más importantes y desechando los menos relevantes, y se ha llegado a la redacción del mismo.

4 Resultados

El electricista de un hospital tiene, a grandes rasgos, tres tipos de mantenimiento a realizar:
- Se denomina mantenimiento preventivo a las acciones que se realizan para disminuir riesgos, fallas y averías en equipos e instalaciones, alargando su vida útil.
- El mantenimiento correctivo se encarga de reparar las fallas en las instalaciones y equipos, debidos al uso y por su desgaste.
- Mantenimiento predictivo: es aquel mantenimiento que se realiza sin que el equipo o la instalación hayan causado ningún problema, simplemente por "intuición" del profesional, ya sea por un olor, un aviso en un panel, o por otra causa que pueda preocupar Este mantenimiento se basa en la previsión.

Con todo ello, el equipo eléctrico del hospital evita tener que dejar de trabajar por incidencias no planificadas en las áreas hospitalarias, lo que es crucial para la supervivencia, mejora y atención del paciente.

Revisiones a realizar, a grandes rasgos:
-Revisión de tableros y controles, así como de interruptores, seccionadores y contactores.
-Realización de ensayos en sistemas funcionales, con secuencias previamente planificadas.
-Comprobación de la configuración de conexión.

-Comprobación de interfaces, satélites y equipos auxiliares.
-El control y comparación de aparatos de medida.
-Revisión de ensayos y pruebas de UPS.
-Verificación de la selectividad entre los distintos elementos en línea de las curvas de actuación de los interruptores y relés de protección.
-Verificación y limpieza de elementos de la construcción, incluyendo rejillas y ventilación.
-Exámenes de la calidad del aislamiento de suelos no conductores.

Los electricistas que realizan su labor en el mantenimiento de un hospital, deberán realizar informes de todas estas actuaciones, con el fin de informar a otros compañeros y al mismo hospital de los posibles riesgos de avería y así, adelantarse a los mismos.

5 Discusión-Conclusión

La electricidad y el buen funcionamiento de todos los aparatos de un hospital son importantísimos, debiéndose evitar cualquier tipo de avería e ir un paso por delante para atajar cualquier problema que pueda surgir.
Hay que incidir en que hay personas en los hospitales, conectadas a máquinas eléctricas, de las que depende su vida y cualquier fallo en las mismas, puede causarles la muerte.
También, los quirófanos funcionan con electricidad que no debe sufrir cortes.
Es por lo que el equipo de electricistas debe estar preparado no sólo para la resolución de problemas eléctricos, sino para preverlos y evitarlos, en bien del funcionamiento de un centro hospitalario.

6 Bibliografía

OCRONOS. Servicios Generales. ISSN 2603-8358. Depósito legal: CA-27-2010. Ocronos.com. Vol. Nº11- Noviembre 2022. Pag inicial 148
"Guía de mantenimiento eléctrico en hospitales y salas externas a los hospitales", Docplayer.es.
Seisamed.com htpps://www.seisamed.com/
como-mantener-optimo-el-sistema-electrico-de-un-hospital.

Capítulo 191

EL CELADOR EN EL ANIMALARIO: FUNCIONES Y COMPETENCIAS

GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO

VICENTE ROSADO SOTO

SARA TORNER HUERVA

JUAN MARTINEZ ORTEGA

PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ

1 Introducción

Para comenzar deberemos entender que es el Animalario y que funciones se desempeñan en él. El Animalario es el lugar donde se cuidan y crían animales cuyo fin será investigación y experimentación para usos científicos. En países de América Latina también al Animalario se le llama con el nombre de Bioterio o Estabulario. Se conocen multitud de tipos de Animalario en función del lugar donde se encuentren ubicados, como centros de investigación en neurociencias, facultades de medicina, industrias cosméticas, facultades de veterinaria, centros de investigación biomédica, facultades de parafarmacia, hospitales, facultades de biología, facultades de farmacia.

Todos ellos con sus características particulares desarrollan distintas formas en cuestión de trabajo, normas y desarrollo. Los trabajos se realizan con distintos tipos de especies animales desde pequeños roedores: como ratas, ratones, hámster, conejos, cobayas, primates: chimpancés y monos, grandes mamíferos: cer-

dos, perros, ovejas, caballos, reptiles, anfibios, invertebrados tales como cefalópodos y moscas, peces y aves. Se clasificarán en niveles según su bioseguridad, desde BSL1 a BSL4 según el riesgo microbiológico del material empleado. La Ley 5/1995, el Real Decreto 223/1988 derogado por el Real Decreto 1201/2005, Real Decreto 53/2013, la Directiva del Parlamento Europeo 2010/63/UE y el BOE nº 34 de 8 de febrero de 2013 son las leyes que regulan la protección de los animales cuyo fin será la investigación y con las que se evitará su sufrimiento. Los principales principios del bienestar animal se recogen en esta normativa.

2 Objetivos

-Marcar el desarrollo del trabajo realizado por el Celador en el Animalario.

-Identificar las particularidades del Animalario según su importancia a nivel de experimentación e investigación.

3 Metodología

El siguiente trabajo ha sido realizado mediante una meticulosa investigación consistente en la revisión de bibliografías sobre literatura jurídica, utilizando palabras clave como ”Animalario”, ”Celador”, ”Animalcro” etc.. Realizándose una búsqueda sistemática de libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, BOE y Scielo.

4 Resultados

Conoceremos el Animalario a través de sus estructuras e instalaciones indagando en sus respectivas zonas:

-Zona de ubicación animal: en la cual convivirán en sus distintas jaulas.
-Zona de experimentación: en la cual se efectuarán ensayos quirúrgicos y contará con el equipo necesario para dicha práctica.
-Zona limpia: en esta zona se manipularán y prepararán los alimentos destinados a los animales.
-Zona sucia: utilizada para la desinfección y limpieza de comederos, bebederos y jaulas, contará con contenedores para almacenar los residuos producidos por los animales.

-Laboratorio: en el cual se realizarán los múltiples análisis clínicos derivados de la investigación y experimentación, contando con todo el material necesario para tal fin.
-Oficinas de Administración: en la cual se realizarán las correspondientes tareas administrativas relacionadas con el Animalario.

El Celador de Animalario realizará las siguientes funciones:

Ordenación de los animales:
-Ubicarlos según su especie, procurándoles el espacio necesario para su bienestar.
-Distribuirlos por géneros y unirlos cuándo se estime necesario para su procreación.
-Ofrecer un fácil acceso a estos, para el óptimo control de los mismos.
-Obedecer y llevar a término las órdenes recibidas.

En relación al cuidado de los animales:
-Según su ubicación y características se les proporcionarán los cuidados específicos a cada especie.

Alimentación:
-Se procurará una alimentación adecuada a su especie según sus características, necesidades y edad y en situaciones especiales se les someterá a ayunos y dietas líquidas si fuese conveniente.
-Se les proporcionará preparados industriales que sanitaria y nutritivamente tengan una calidad óptima, tales como: comprimidos, cilindros, gránulos, etc.
-Siempre se mantendrán limpios y llenos de agua sus respectivos bebederos.

Limpieza e higienización de habitáculos.

-Se realizará con frecuencia una limpieza y desinfección dé jaulas, comederos, lechos y bebederos para mantener unas condiciones óptimas de higiene y con ello evitar malos olores y la posibilidad de infecciones.
-Como marca el protocolo de Hospital se retirarán los cadáveres de los animales muertos para ser enterrados o incinerados.
-Se esterilizarán y limpiarán las bandejas de recogida de excrementos al menos tres veces a la semana.
-Cuando se hayan de realizar pruebas con los animales deberán ser aseados.

Procreación.

-Para evitar un gasto excesivo tanto económico como en mano de obra se deberá

controlar el equilibrio en el número de ejemplares de aquellas especies de fácil procreación tales como conejos, ratones, ratas, cobayas, etc.
-Se incorporarán de forma específica para casos puntuales animales por sus características únicas, sin que sea necesario qué estos se reproduzcan.
-El Celador se hará cargo del traslado de los animales a sus dependencias correspondientes, participará en los ensayos clínicos rasurando o sujetando al animal o devolviéndolos a sus respectivas jaulas si estos escaparán de ellas.

5 Discusión-Conclusión

Seguidamente de llegar a comprender cuál es la razón de la existencia de los Animalarios, escudriñar en su estructura, conocer su exigente legislación en cuanto a la protección de los animales, enteremos lo importantes que son para hacer realidad los futuros avances médicos, ya que son los cimientos básicos de toda investigación y experimentación para una gran cantidad de enfermedades humanas que actualmente se encuentra sin tratamiento o curación. La importancia de las funciones que realizará el Celador en este campo aun siendo básicas y no demasiado gratas serán sumamente decisivas para andar los primeros pasos en la consecución de un fin primordial, la tan ansiada cura de multitud de enfermedades que castigan a miles de personas en todo el mundo.

6 Bibliografía

1. Del Castillo Torres,L..“Celadores de las instituciones sanitarias del Insalud”.
2. https://revistamédica.com
3. https://hospitecnica.com

Capítulo 192

EL CUIDADO DE POSTURA Y DE SALUD DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

ELENA MALDONADO GALERA

BÁRBARA MUÑOZ PALOMO

Mª INMACULADA LÓPEZ GALLEGO

SANDRA RODRIGO MARTINEZ

1 Introducción

Pensar en un auxiliar administrativo, es pensar en una persona sentada toda la jornada laboral delante de un ordenador o de unos ficheros colocando documentación. Y sí, se está en una gran parte en lo cierto. Por ello un auxiliar administrativo deberá de saber como sentarse y colocarse para evitar lesiones a corto-medio-largo tiempo.

Tomar medidas antes de que una lesión se produzca es lo primero que tiene que tomárselo por costumbre un auxiliar administrativo. Como se dice, “más vale prevenir que curar”.

Si un personal administrativo está empleando toda su jornada laboral estar sentado delante del ordenador, tendría que hacer ejercicios de estirar la espalda y el cuello y si este mismo personal administrativo está toda su jornada laboral de pie

colocando ficheros en el historial de paciente que no se encuentren en formato digital, debería de tomarse un descanso sentándose y también haciendo ejercicio de estiramiento.
No solamente sentarse mal puede afectar la salud de un auxiliar administrativo. También tener ceguera nocturna (nictalopía) se trata de la dificultad parcial o total que tiene algunas personas para ver con poca luz o en la oscuridad. Esto puede ocurrir en la sala de trabajo donde no se obtenga la luz adecuada para la realización del trabajo adaptado a un auxiliar administrativo.
Tenemos que tener en cuenta que el agotamiento físico puede afectar al agotamiento mental y viceversa. Por este motivo, una buena respiración y una buena mentalidad psicológica también es importante para cuidar nuestras posturas físicas.

2 Objetivos

Exponer la importancia de la salud y de la higiene postural de un auxiliar administrativo. Dar una gran importancia a evitar lesiones y saber aliviar el estrés acumulado durante la jornada laboral que produce que los músculos se encuentren en tensión o que se encuentren en una postura nada cómoda.

3 Metodología

En la realización de este capítulo se ha buscado información en diferentes páginas web y revisiones bibliográficas relacionadas con el personal administrativo y la postura corporal. Para saber realizar correctamente los ejercicios para prevenir las lesiones se ha visto videos de profesionales explicando los ejercicios a través de YouTube.

4 Resultados

Un alto porcentaje de lesiones de un auxiliar administrativo viene de los trastornos músculo-esqueléticos más comunes.
• Hombro: Tendinitis de manguito de los rotadores (se trata de forzar demasiado el hombro o no tenerlo bien situado cuando se hace un movimiento.)
• Muñeca: Síndrome de túnel carpiano (Se trata de la compresión del nervio situado en la muñeca. Su causa es por los movimientos repetitivos. Aunque afecta más a las mujeres no significa que los hombres tampoco lo sufran.

• Epicondilitis lateral (codo de tenista): Los tendones se inflaman por estar repitiendo un mal movimiento
• Epicondilitis exterior (codo de golfista) igual que la anterior.
• Espalda-Parte baja: Cuando hablamos de dolor fuerte y constante se llama lumbalgia, el nombre viene por la zona de dolor que es la zona lumbar. Estos dolores son causantes por estar sentados en mala posición, donde no se apoya la espalda en el respaldo de la silla)
• Síndrome cervical por tensión: Como indica el nombre, viene de las cervicales. Es una contractura muscular por un mal uso o forzar el cuello en una situación no adecuada. Si se trabaja con una postura estática, se podría producir.
Un auxiliar administrativo también le puede afectar la visión. Estar delante de una pantalla hace que la pupila se dilate más y puedan venir problemas oculares. Tener la pantalla en una distancia adecuada, proteger los ojos mediante unas lentes diseñadas para las pantallas digitales que ofrecen un efecto relax frente a la fatiga visual. Hacer pausas de minutos por cada dos horas que se trabaje con pantallas y parpadear cada medio minuto como mínimo hace que se pueda prevenir esos problemas visuales: Miopía, cataratas, vista cansada.
No olvidemos que, los problemas oculares, no solamente puede afectar a la vista. También afecta a que se produzcan mareos y náuseas por forzar la vista.
Podemos evitar que lo anterior comentado nos suceda, debemos de tener una silla giratoria (pero controlable) para poder movernos con la silla y no que se mueva nuestro cuerpo para evitar lumbalgia. La espalda resta y si lleva reposabrazos, mejor.
Para evitar que la muñeca sufra el teclado deberá ser inclinable e independiente de la pantalla.
Los ratones que se aconsejan para un personal administrativo son ratones especiales que tiene una ligera curva entre el hueco que dejan para meter la mano y para los botones. Estos ratones evitan problemas de dolores de muñeca
Una mesa ordenada también puede evitar alguna que otra lesión, ya que se deberá de tener espacio para una buena escritura en formato digital que en formato "Boli y papel"

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que un auxiliar administrativo tiene que saber las "normas" básicas para evitar lesiones. Tener una postura correcta y una buena visión.
En el ámbito laboral es importante cumplir con todo lo indicado en este capítulo, pero también es recomendable fuera del ámbito laboral que se haga un buen

seguimiento a nuestras posturas, se recomienda realizar actividades por ejemplo natación o clases de yoga. No hay nada mejor que una inversión de nuestro tiempo en mejorar en el tiempo nuestra salud.
Seguir las recomendaciones de los profesionales y si aparecen estos problemas dolorosos, cansancio y estrés, mitigar sus efectos.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/
https://preverlab.com/como-prevenir-una-mala-postura-trabajando-con-el-ordenador/
Blog escrito el 06/04/2022 por https://www.oftalvist.es/
Información para la descripción de las enfermedades https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/golfers-elbow/symptoms-causes/syc-20372868

Capítulo 193

PRINCIPALES FUNCIONES Y TAREAS DESARROLLADAS POR EL CELADOR DENTRO DEL ALMACÉN HOSPITALARIO

ANTONIO CANO PEÑA

ROSARIO PEREZ LOPEZ

VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA

MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO

YOLANDA LEON DE LA TORRE

1 Introducción

Los centros hospitalarios necesitan para su funcionamiento normal de productos y materiales de naturaleza muy diversa como material sanitario, de limpieza, instrumental médico, de oficina, mobiliario, etc. El espacio físico y organizativo contenedor y de gestión de los suministros y de las mercancías necesarias para dar satisfacción a las demandas de los distintos servicios y unidades de un hospital es el almacén hospitalario.

En el almacén hospitalario se recepcionan los diversos materiales suministrados por los proveedores y necesarios para el funcionamiento del hospital; se realizan los controles de calidad de los materiales suministrados; se produce el almacenamiento y custodia de los materiales recepcionados; se realiza la preparación

de los pedidos demandados por las distintas unidades del hospital y se da salida a los pedidos solicitados por estas unidades.
Prestar atención al espacio del almacén es fundamental para que cumpla su cometido con garantías y eficiencia. Así, tiene que ser lo suficientemente amplio para que cuente se pueda maniobrar dentro de él y se preparen con comodidad los pedidos, debe estar zonificado de manera que se diferencien claramente las zonas de recepción, control y salida de la mercancía. En cuanto a su organización del espacio de almacenaje, se puede recurrir a diferentes métodos: asignar un lugar para cada producto asignando una reserva del espacio para el stock máximo; asignar un espacio según la familia a la que pertenece el producto o espacios sin asignar, pero con un alto control de la localización de los diferentes productos.
Entre el personal que trabaja en el almacén de un centro hospitalario se encuentra el celador encargado del almacén, cuya figura está reconocida en el acuerdo del Consejo de ministros 26/06/1990 que modifica el Real Decreto Ley 3/1987, de 11 de septiembre sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud.

2 Objetivos

• Dar a conocer los objetivos y el funcionamiento general de los almacenes de los centros hospitalarios.
• Exponer las principales funciones de los celadores que desarrollan su labor dentro de los almacenes 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: “celador en el almacén hospitalario” o “funciones del celador en el almacén”.

4 Resultados

El almacén del centro hospitalario es el encargado de la recepción, el almacenaje, la conservación y la expedición de las mercancías que contiene a las distintas unidades y servicios del hospital. Entre el personal no sanitario que desarrolla su labor en él está el celador que, dentro del almacén, desarrollará las siguientes funciones:

• Es el encargado de la recepción de la mercancía y de los pedidos suministrados una vez depositados por los encargados del transporte en los muelles de carga. El celador deberá comprobar que la mercancía depositada se corresponde cuantitativa y cualitativamente con la descrita en el albarán de entrega. También deberá comprobar que la mercancía llega sin desperfectos. En el caso de detección de incidencias se hará constar estas en el albarán.

• Es el encargado del traslado de la mercancía desde el muelle o lugar de descarga hasta el espacio del almacén indicado para su almacenamiento, así como de su colocación en estanterías o ubicaciones asignadas siguiendo las indicaciones de organización establecidas para el almacén.

• Es el encargado del registro de la información sobre las entradas y salidas diarias de mercancías del almacén y de facilitar esta información al personal encargado.

• Es el encargado del suministro de los pedidos de carácter interno, comprobando que los vales de pedido contengan los datos necesarios y estén bien cumplimentados.

• Es el encargado de la preparación de los pedidos solicitados por cada unidad o servicio llevando a cabo los repartos y distribución de estos a la planta o servicio solicitante.

• Debe colaborar con el resto del personal del almacén en la realización de las labores de inventariado general periódico.

• Realizará labores de vigilancia sobre todas las entradas y salidas que se produzcan en el almacén hospitalario impidiendo el paso al almacén a las personas no autorizadas. También se encargará del cierre de puertas.

El celador del almacén hospitalario debe conocer de forma pormenorizada la organización de este y respetarla, atendiendo y prestando especial atención al orden y a la limpieza, debe ser cuidadoso, eficiente y resolutivo en su puesto de trabajo contribuyendo de esta manera al buen funcionamiento de esta área fundamental del centro hospitalario.

Otro aspecto importante a tener en cuenta dentro del almacén hospitalario es el relacionado con la materia de prevención de riesgos laborales, especialmente en lo que se refiere a la manipulación de cargas, tanto para la protección de los

trabajadores que desarrollan su trabajo en el entorno del almacén hospitalario, como para la protección de sí mismos. Es materia fundamental para el celador contar con la formación adecuada y un respeto escrupuloso de sus principios.

5 Discusión-Conclusión

La función principal del almacén hospitalario es asegurar el abastecimiento del material necesario a las diferentes áreas del centro hospitalario. Para la realización de esta función de manera eficiente deberá realizarse un pormenorizado registro y control de todas las entradas y salidas de mercancías que se produzcan, a la vez que se gestiona una correcta distribución de los productos en su interior, también serán fundamentales su configuración física y su ordenación.
Entre en personal que realiza su trabajo en el almacén hospitalario se encuentra el celador, que, en el desarrollo de sus funciones de recepción, revisión, preparación y reparto de las mercancías; manipulación de cargas; colaboración en la gestión de inventarios; control de existencias; y el mantenimiento del orden y la distribución de los productos dentro del almacén, se configura como una figura fundamental para el buen funcionamiento de este y, por extensión, para el buen funcionamiento de todo el hospital.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. El almacén hospitalario y el celador almacenero [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: https://revistamedica.com/almacen-hospitalario-celador/
2. Online C, Perfil VT mi. Tema 26. El Celador en el Almacén. Suministros Hospitalarios [Internet]. Blogspot.com. [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-26-el-celador-en-el-servicio-del.html
3. Funciones del celador en el almacén hospitalario [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA "2023: Sanidad, un trabajo en equipo". 2021 [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: https://congresosicepa.com/funciones-celador-almacen-hospitalario/

Capítulo 194

FUNCIONES DESARROLLADAS POR EL CELADOR DENTRO DE LA UNIDADES DE PSIQUIATRÍA DE UN HOSPITAL

VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA

YOLANDA LEON DE LA TORRE

ANTONIO CANO PEÑA

ROSARIO PEREZ LOPEZ

MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO

1 Introducción

El Capítulo III de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad es el dedicado a la salud mental. En su articulado ordena la integración de las actuaciones que se refieren a la salud mental dentro del sistema sanitario general, además, equipara a las personas que padecen enfermedades mentales con el resto de los enfermos que necesiten del uso de servicios sanitarios y sociales. Por otra parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud incluye la atención a la salud mental tanto en la atención primaria como en la atención especializada. De esta manera, la psiquiatría, como rama de la medicina que se ocupa del estudio, la prevención, el diagnóstico, y el tratamiento de las enfermedades mentales y de otros trastornos conductuales y de la personalidad,

se configura como una parte fundamental de la medicina y central de cualquier establecimiento hospitalario.
Uno de los objetivos de las administraciones sanitarias con respecto a la atención a la salud mental es que esta se realice dentro del ámbito comunitario y preferentemente de manera ambulatoria, sin embargo, ante determinadas situaciones de crisis y por distintos espacios temporales, en muchas ocasiones será necesaria la hospitalización. En este contexto cobra una fundamental importancia las unidades de psiquiatría de los centros hospitalarios. Así, la unidad de psiquiatría de un centro hospitalario es un espacio de gran especialización que necesita de un enfoque particular y de especial sensibilidad en la atención de los pacientes, de manera que pretende la atención a las necesidades de salud de los pacientes para su recuperación mediante utilización de tratamientos farmacológicos y tratamientos psicosociales con el fin de la integración del paciente dentro de un entorno comunitario. El personal que desarrolla su labor en las unidades de psiquiatría de los centros hospitalarios debe ser consciente de estas particularidades y, en este contexto, el celador, como parte de este personal, tiene una gran importancia.
Con su labor, y dentro del ámbito de sus funciones, los celadores contribuyen al buen funcionamiento de la unidad de psiquiatría prestando apoyo y coordinándose con el personal sanitario, pero esta contribución también resulta especialmente relevante por el contacto constante que mantiene el celador con los pacientes.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia de las unidades de psiquiatría dentro de un centro hospitalario.
- Exponer las funciones desarrolladas por los celadores que desarrollan su labor dentro de las unidades de psiquiatría 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: “unidad de psiquiatría” “funciones del celador” o “celador en la unidad de psiquiatría”.

4 Resultados

Las funciones a desarrollar por los celadores están recogidas en el artículo 14, punto 2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, pero al referirse a las funciones específicas a desarrollar dentro de la unidad de psiquiatría de un hospital habrá que atender también a los Protocolos de actuación y Normas de Régimen Interior del propio hospital en que se encuentre dicha Unidad. En líneas generales las funciones del celador en una unidad de psiquiatría podrían caracterizarse de la siguiente manera:

• Tareas de vigilancia: responsabilizándose del control de acceso solo de personas autorizadas a la unidad, mediante las tareas de apertura y cierre de puerta; observando a las visitas de los pacientes en las zonas comunes y las habitaciones delos enfermos para evitar la realización de actos que puedan perjudicar tanto a los pacientes como a la armonía de la unidad; velando por que no se produzcan conductas agresivas entre los pacientes y prime el orden y la armonía; cuidando que no se realicen actos autolesivos o autolíticos; observando a los pacientes durante el desayuno, la comida, la merienda y la cena, para que no guarden alimentos y se los lleven a sus habitaciones, así como ningún utensilio susceptible de ser utilizado para causar daños a sí mismos, a otros pacientes, al personal o sobre las cosas; o controlando que los pacientes capacitados mantengan un correcto aseo personal

• Tareas de asistencia al personal: ayudando a auxiliares de enfermería o al personal de enfermería en el suministro del tratamiento farmacológico prescrito y en las tareas de aseo de los pacientes que no pueden realizarlas por sí mismos; colaborando en el acompañamiento de los pacientes durante los paseos en recintos externos y dentro de la unidad de psiquiatría; o en la contención de pacientes cuando estos se encuentran en estado de alta agitación.

• Otras tareas: como el traslado de los pacientes a otras unidades del centro hospitalario cuando sea preciso; del movimiento de documentación, mobiliario, lencería, productos farmacéuticos, etc. Entre la unidad de psiquiatría y las unidades o almacenes correspondientes; el cuidado del entorno ambiental de la unidad para procurar al paciente el descanso y la tranquilidad necesaria; y, en general, aquellas tareas establecidas por sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

La atención a la salud mental está plenamente reconocida por la legislación española. En primer lugar, equiparando a las personas que tienen afecta su salud mental con el resto de los pacientes; en segundo lugar, a partir de la integración de la salud mental dentro de la atención primaria y dentro de la atención especializada; y, finalmente con el objetivo de que esta atención se proporcione dentro del entorno comunitario, priorizando la atención ambulatoria, pero a través de la hospitalización en caso de que esta sea necesaria.
Las unidades de psiquiatría de los centros hospitalarios se configuran como los dispositivos hospitalarios que dan respuesta dan respuesta a la necesidad de internamiento de personas con problemas de salud mental que lo requieran. Los celadores forman parte del personal no sanitario que desempeña su labor dentro de ellas y a través del desarrollo de sus funciones y la realización de tareas como la vigilancia del entorno y de los pacientes, la asistencia al personal de enfermería y auxiliares de enfermería y a los pacientes, entre otras de no menos importancia, contribuyen a la confortabilidad y al buen funcionamiento de estas unidades.

6 Bibliografía

1. Cgtsanidadlpa.org. [citado el 5 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/tem.
2. de Enfermería Ocronos RM y. Actuación del celador en la Unidad de Psiquiatría Hospitalaria [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 5 de julio de 2023]. Disponible en: https://revistamedica.com/actuacion-celador-psiquiatria-hospitalaria/.
3. Diem FC. El celador: Funciones, tareas y requisitos - Blog de Formación Carpe Diem. [citado el 5 de julio de 2023]; Disponible en: https://www.formacioncarpediem.com/blog/celador-funciones-tareas-requisitos/.

Capítulo 195

CONOCIMIENTO DEL CELADOR DE LAS DIFERENTES POSICIONES ANATÓMICAS NO QUIRÚRGICAS

ROSARIO PEREZ LOPEZ

YOLANDA LEON DE LA TORRE

ANTONIO CANO PEÑA

MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO

VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA

1 Introducción

El personal en la categoría de celador ha de conocer las distintas posiciones anatómicas para poder realizar una adecuada movilización de pacientes. En los hospitales hay muchos pacientes encamados que tienen mermada su movilidad, por lo que es muy usual que el celador tenga que colaborar en su movilización junto a los demás miembros del equipo asistencial, para poder realizar el aseo e higiene, cambios de pañal, cambios posturales…

Las movilizaciones también pueden ser para pasar a los pacientes a una cama, camilla, silla de ruedas, sillón, mesa quirúrgica… Las movilizaciones siempre se realizarán de forma meticulosa, planificada y coordinada. Siempre hay que tener en cuenta la seguridad del paciente como la nuestra, por lo que es importante

conocer la mecánica corporal. Antes de realizar la movilización hay que explicarle al paciente el procedimiento que vamos a seguir y si es posible pediremos su colaboración, para realizar una correcta movilización y no hacernos daño tendremos que poner un pie delante del otro, separaremos las piernas y mantendremos la espalda recta, de esta forma nos ayudaremos con los músculos de las piernas que son los más fuertes del cuerpo, tendremos que evitar los movimientos bruscos, usando la técnica del balanceo para que el movimiento sea coordinado y constante, tanto antes como después de la movilización deberemos comprobar si el paciente tiene medicación intravenosa, sueros, drenajes y vías.

2 Objetivos

- Explicar las principales posiciones anatómicas más usadas en los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha realizado una búsqueda de información en las principales bases de datos de código abierto como Scielo, Google académico utilizando palabras clave como posiciones anatómicas en la clasificación de no quirúrgicas y movilización de pacientes.

4 Resultados

Las posiciones se pueden dividir en quirúrgicas y no quirúrgicas, entre las no quirúrgicas están entre otras:

- Decúbito supino o dorsal, el paciente se encuentra boca arriba acostado sobre la espalda, con el plano en horizontal, la cabeza sobre la almohada, con las piernas y brazos extendidos y el cuerpo alineado. Está indicada para la realización de cambios posturales, estancia en la cama, aseos y si es necesario reanimación cardiopulmonar.
- Decúbito prono o ventral: el paciente está boca abajo sobre su abdomen y tórax, los brazos pegados al cuerpo, piernas extendidas y la cabeza ladeada, es adecuada para exploraciones de pecho y operaciones de espalda.
- Decúbito lateral, este puede ser hacia el lado izquierdo o el derecho, según sea indicado, el enfermo estará acostado en plano horizontal sobre el lateral, se utilizada en el aseo, cambios posturales, aplicación de enemas…

- Posición de Sims o de seguridad, es como el decúbito lateral, preferiblemente sobre el lateral izquierdo, pero con la pierna exterior flexionada, se usa en pacientes que han perdido la consciencia ya que evita el ahogamiento por posible vómito.
- Posición de Fowler: el enfermo estará semisentado con una elevación del cabecero de 45º, hay otras dos variantes de esta posición: Fowler alta con elevación de cabecero de 90º y Semi Fowler con el cabecero a 30º. Estas posiciones están indicadas en enfermos con enfermedades respiratorias ya que favorece la entrada de oxígeno.
- Posición de Trendelenburg: el paciente tendrá la cabeza más baja que los pies, indicada para cirugías abdominales, lipotimia, favorece el riego sanguíneo al cerebro.
- Posición Anti Trendelenburg también denominada Morestin, colocaremos al paciente con la cabeza más alta que las piernas para así facilitar la circulación sanguínea en las piernas.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el celador tenga conocimiento de las diferentes posiciones no quirúrgicas y sepa llevarlas a cabo son seguridad tanto para el paciente o para sí mismo, ya que en su trabajo diario tendrá que realizarlas para trasladar al paciente, cambios posturales y colaborar en su aseo e higiene. Antes de movilizar al paciente para ponerlo en la posición adecuada deberemos observarlo y valorar sus capacidades, controlando vías, drenajes, bolsas de orina, medicación… que pueda portar, teniendo siempre en cuenta la seguridad del paciente. Si es necesario y factible se utilizarán herramientas en la movilización como son los transfer, grúas y elevadores.

6 Bibliografía

1. Marcos YP. Cambios posturales en personas dependientes [Internet]. Depencare. [citado el 7 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.depencare.com/cambios-posturales-en-personas-dependientes.
2. Cuidados a/o pacientes encamado. Cambios posturales. VÍDEOS - Información [Internet]. Sergas.gal. [citado el 7 de julio de 2023]. Disponible en: https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Videos_Cambios-posturais?idioma=es.
3. Para G, Aprendizaje EL. Centro educacional Fernando de Aragón. Enseñanza media. Técnico profesional. Atención de enfermería [Internet]. Colegiofernandodearagon.cl. [citado el 7 de julio de 2023]. Disponible en: https:

//colegiofernandodearagon.cl/wp-content/uploads/2020/07/3%C2%B0-MEDIO-Gu%C3%ADa-1-Classroom.-Aplicaci%C3%B3n-de-cuidados-b%C3%A1sicos.pdf.

Capítulo 196

LA FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN RELACIÓN CON UNA BASE DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARTA SANCHEZ ADEVA

MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

JOSUE GOMEZ MANZANERO

INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA

1 Introducción

El auxiliar administrativo en el ámbito de la sanidad desempeña un papel crucial en la gestión de la misma, y su función principal en centros e instituciones sanitarias es gestionar una gran cantidad de información personal de usuarios y pacientes, además de un sinfín de gestiones relacionadas con la gestión sanitaria en todos los niveles.

Los grandes avances tecnológicos nos han brindado una gran ayuda en la gestión y tratamiento de los datos gracias a las aplicaciones informáticas y su incorporación en los centros hospitalarios, tanto públicos como privados para optimizar los procesos administrativos, ya que, se generan diariamente un gran volumen

de datos. Por ello, es fundamental contar con un buen sistema de gestión de base de datos que facilite las funciones del auxiliar administrativo.
Una base de datos (BBDD) es un conjunto de datos organizados que permite obtener rápidamente varios tipos de información. Por supuesto, el procesamiento de los datos dependerá de los objetivos que se tengan.
En definitiva una base de datos es la colección de archivos a las que puede accederse por un conjunto de programas que contienen datos relacionados y nos permiten almacenar, organizar, recuperar, comunicar y administrar la información de forma más eficiente y sencilla.

2 Objetivos

- Conocer qué es una base de datos y sus beneficios como sistema de información en el ámbito sanitario.
- Poner en valor la importancia de los conocimientos del auxiliar administrativo en el manejo de una base de datos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, y páginas sobre bases de datos y sistemas informáticos.

4 Resultados

Como se ha mencionado anteriormente los sistemas de bases de datos interconectados facilitan la eficiencia de la gestión de los datos y aunque los sistemas de información en el ámbito sanitario pueden ser de complejidad variable, todos ellos tienen la misma función de recogida de datos, procesamiento, análisis, y transmisión de la información.
Las funciones que desempeña el auxiliar administrativo dentro del ámbito sanitario esta totalmente ligada a la gestión de los datos y su tratamiento, por ello, es importante que se conozcan en profundidad que es una base de datos, para que sirve, sus ventajas y características.
Estas son algunas de las características principales de una base de datos :
- Son de fácil gestión.

- Es habitual que puedan acceder varios usuarios.
- Permiten realizar consultas complejas de diferentes bases de datos.
- El acceso a los datos es seguro.
- Se pueden hacer copias de seguridad y recuperar los datos.
- Los datos almacenados tienen independencia física y lógica.
- Son sistemas de almacenamiento contribuyen a reducir la redundancia de datos al mínimo.
- Garantiza la integridad de los datos.

En la actualidad existen varios tipos de bases de datos que pueden clasificarse de diversas maneras y aunque el auxiliar administrativo maneja solo programas externos, también deberá conocer como son los mecanismos que utilizan las bases de datos a nivel interno y que permiten relacionar los datos entre sí.

Aquí nombramos algunos tipos de base de datos:

ORIENTADAS A PROCESOS

Según su flexibilidad de modificación

- Bases de Datos dinámicas:

Son aquellas que pueden actualizarse o incluso modificarse. La mayoría pueden se actualizadas en tiempo real.

- Bases de datos estadísticas:

Son bases de datos de consulta cuyos datos no pueden modificarse.

Según su forma de modificación

Bases de datos jerárquicas:

Las bases de datos jerárquicas son aquellas organizadas en forma de árbol al revés, almacenan la información en forma de registros dentro de una estructura jerárquica. Cada registro de este árbol es llamado nodo.

Nodos son registros que contiene alguna información de interés. Las principales características de la base de datos jerárquicas son:

-Diferentes usuarios pueden accederla y compartir información.
-Los datos son independientes.
-Es una estructura rígida por lo que es difícil modificar.
-Requiere gran conocimiento de las unidades de información.

Bases de datos de red:

Sus principales características son semejantes a las bases de datos jerárquicas, aunque estas son mucho más potentes y complejas.

Bases de datos relacionales

Las bases de datos relacionales son las más utilizadas en la actualidad para administrar datos de forma dinámica. Permite crear todo tipo de datos y relacionados entre sí.

Los datos son organizados en registros que a su vez son organizados en tablas, de esta forma los elementos pueden asociarse entre sí, además se pueden cruzar sin ninguna dificultad. Entre sus ventajas principales destaca que, pueden ser utilizadas por cualquier persona, son de fácil gestión, se puede acceder a los datos con rapidez y garantiza una eficaz consistencia de los datos sin posibilidad de error entre otras.

Base de datos deductivas

-Conocidas también como bases de datos lógicas, permiten almacenar los datos y consultarlos a través de búsquedas que utilizan reglas y normas almacenadas. Entre sus principales características se encuentran:

-Soporta conjuntos de datos complejos.

-Permite expresar consultas por medio de reglas lógicas.

-Se puede inferir información a partir de los datos almacenados.

Bases de datos multidimensionales

-Estas bases de datos utilizan conceptualmente la idea de cubo de datos.

La información se almacena en la intersección de dos o tres atributos, permitiendo el acceso a grandes cantidades de información.

Bases de datos orientadas a objetos

-Estas bases de datos se diferencian de las bases de datos relacionales clásicas, debido a que no responden a un sistema de tablas para registrar su información sino que implementa la representación de los datos en forma de objetos.

Bases de datos documentales

-Este tipo de bases de datos no es relacional, por lo que su información no se contiene en tablas y se definen como una opción que se encarga de la administración y almacenamiento de grandes volúmenes de datos.

Los auxiliares administrativos usarán una base de datos para desarrollar sus funciones en la mayoría de situaciones y aquí nombraremos algunas de ellas:

-Obtener información de relevancia: permite por ejemplo, buscar documentación sanitaria de forma más rápida que hacerlo en un fichero o buscando manualmente.

-Facilitar la búsqueda y consulta de información: como por ejemplo historiales médicos: los datos de los pacientes se actualizan cada vez que acuden al hospital.

-Obtener información de hábitos: En el ámbito sanitario se manejan muchos datos, ya sean de tipo financiero, clínicos, inventario, incidencias, entre otros y de los cuales es importante llevar un control de estadística.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito de la salud las bases de datos son de vital importancia, puesto que gracias a ellas se ha podido crear el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Las ventajas de estos sistemas han sido fundamentales para una eficiente atención asistencial.
Debido a las grandes cantidades de información, los requerimientos de Software y Hardware deberán ser más potentes y necesitarán cambios constantes en el sistema organizativo. Por ello, es de fundamental que el auxiliar administrativo disponga de conocimientos amplios y actualizados sobre los sistemas de información que disponga la propia organización donde desarrollen sus funciones.

6 Bibliografía

1. https://www.oracle.com.
2. https://support.microsft.com.

Capítulo 197

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS

JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ

CLAUDIA MORENO RAMOS

LAURA SEPÚLVEDA ANGULO

FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO

MANUEL ANGULO ESCRIBANO

1 Introducción

Tras un primer contacto con la sanidad a través de atención primaria, en los centros de salud, es posible que se haga necesaria una consulta con un especialista, es aquí cuando entra en juego la atención especializada.
La atención especializada comprende todas las actividades asistenciales de diagnóstico tratamiento, rehabilitación prevención etc., que superan las posibilidades de la atención primaria. Es aquella que tiene lugar en las consultas externas de los hospitales o en los centros de especialidades y es llevada a cabo por facultativos especialistas. Estas especialidades, pueden ser, médicas, quirúrgicas, o médico-quirúrgicas, algunos ejemplos son: endocrinología y nutrición, medicina física y rehabilitación, neurología, nefrología, urología, cirugía pediátrica, anestesiología y reanimación, etc.

Las consultas externas de un hospital son clave para brindar una atención sanitaria de calidad, que sea resolutiva y mejore la salud y la calidad de vida del paciente. Es de vital importancia que funcionen correctamente, pues multitud de enfermedades graves y sus tratamientos, cirugías, programas de rehabilitación etc., se realizan a través de la atención especializada, así como también es de suma importancia que las listas de espera para ver a un especialista, o las listas de espera quirúrgicas sean lo más reducidas posibles, esto es un indicador de calidad de la atención sanitaria que se ofrece a la población.
En el presente texto se analizarán las tareas que recaen sobre la figura del celador en consultas externas.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en consultas externas.
- 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 consultas externas, necesario para el correcto funcionamiento de las mismas.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.
El celador ayudará a los pacientes a su llegada a recepcionarse en la máquina con el volante, y le entregará el ticket con la consulta a la que deben acudir, indicándoles la sala en la que deben de esperar.
El celador ayudará al transporte en silla de ruedas de aquellos pacientes con movilidad reducida, así como se encargará del transporte de pacientes a otros

servicios si fuera necesario realizar una prueba complementaria, por ejemplo, a radiología.
El celador trasladará todas las muestras biológicas, como muestras de sangre, orina, biopsias, etc., recogidas en las consultas externas y las llevará al laboratorio.
Si hubiera que repartir correspondencia o dar un recado oral, será el celador quien los transporte sin tardanza.
El celador se encargará del traslado de documentos, historias clínicas, recogiéndolas del archivo y devolviéndolas al final del día, etc.

Será el celador quien se encargue de realizar parte de la gestión de las ambulancias de los pacientes, pues al finalizar las consultas del paciente se encargará de llamar al ambulanciero y avisarlo de que la consulta ya ha finalizado.
El celador será quien lleve a cabo el transporte de todos los elementos, objetos, muebles, aparatos médicos, como ecógrafos, máquinas de electrocardiografía, etc., utilizados en las consultas externas, trasladándolas por el interior del servicio de unas consultas a otras cuando sea necesario, así como a otras plantas y servicios, almacén, etc.
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 las consultas externas, vigilando la puertas y evitando el paso a todo personal no autorizado a las consultas, procurando el silencio en las salas de espera y evitando que haya más acompañantes de los permitidos.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo del presente texto, las consultas externas cumplen una función esencial en la sanidad pública, pues se encargan del diagnóstico, desarrollo de planes terapéuticos, intervenciones quirúrgicas y planes de rehabilitación de patologías, las cuales, por su naturaleza, requieren de la atención de un facultativo especialista.
En las consultas externas trabajan multitud de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, entre los que se encuentran médicos especialistas, enfermeros, auxiliares de enfermería, personal de limpieza y mantenimiento, personal de administración, celadores, etc. El celador, con su labor, contribuye al correcto funcionamiento de las consultas externas, para que así, se preste al paciente una atención sanitaria de calidad óptima.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en el Servicio de Consultas Externas - III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo.” (n.d.). Retrieved July 20, 2023, from https://congresosicepa.com/celador-servicio-consultas-externas/.
2. El celador en Servicios Centrales - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 20, 2023, from https://revistamedica.com/celador-servicios-centrales/.

Capítulo 198

LOS CELADORES EN GINECOLOGÍA ANTE EL PARTO DE LAS PACIENTES

ÓLIVER RAYOS MARTÍN

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU

ANA MOYANO SOLERA

GREGORIO REYES CIFUENTES

1 Introducción

El departamento de ginecología y del hospital albergará la sala de partos y obstetricia. Estará compuesto por un sólido equipo de profesionales, entre los que se encuentran los auxiliares de enfermería, ginecólogos y matronas se encuentran entre los profesionales, así como el celador, que también forma parte de este grupo, como uno de ellos profesionales.
La paciente puede contactar con este servicio durante el periodo de gestación, de varias maneras, incluso a través de la interacción con los monitores.
El celador está a cargo del traslado del paciente en ese momento, convirtiéndolo en la primera persona con la que hablará la futura madre. Dependiendo de las circunstancias, el traslado podrá realizarse a pie ya sea en silla de ruedas o en camilla.
Estar en contacto requiere un especial nivel de empatía por parte del equipo multidisciplinar de profesionales que trabajan en este servicio, las mujeres que

se encuentran en un período delicado y expuesto de sus vidas, quienes serán testigos de este maravilloso evento, el nacimiento de sus hijos, juntos.
En este caso, el celador debe ser capaz y poseer los conocimientos necesarios, para desempeñar bien en este servicio y ser consciente de sus obligaciones en todo momento y las características que tiene.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones que realiza el celador en paritorio.
- Resaltar la importancia del papel que tiene el celador dentro de este servicio.

3 Metodología

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

4 Resultados

El servicio de paritorio no la podemos considerar una unidad de hospitalización, tiene un funcionamiento particular, por ejemplo no existen horarios de visita, la mujer está acompañada en todo momento por la persona que ella decida.
Entre las funciones y tareas que desempeña un celador dentro del servicio de paritorio, se encuentran las siguientes:
- Dar la bienvenida a la paciente cuando llegue y determinará si necesita ayuda para sentarse en una silla o en una cama para su traslado, una camilla.
- Informar al paciente que debe de recepcionarse en el servicio de admisión para dar los datos.
- Avisará al personal de enfermería cuándo llegará el paciente.
- Estar a cargo de recibir las ambulancias que llegan.
- Para ser admitido, el paciente debe ser trasladado al área de hospitalización.
- Notificar al personal de enfermería el historial médico del paciente.
- Deberá de cuidar de las instalaciones de la planta y velará por el orden.

- Debe estar a cargo de inspeccionar y mantener el mobiliario y las camas, carros, sueros, etc. y alertará al supervisor de cualquier anomalía que necesite ser reparada.
- Cuando sea necesario, asistirá a los auxiliares de enfermería en la limpieza, los ajustes posturales y la subida y bajada del paciente.
- Se encargará de trasladar al paciente a las diferentes consultas, como puede ser la consulta de eco, monitores, dilatación o paritorio.
- Utilizar una silla o camilla para el transporte de pacientes que lo necesiten tras ser dados de alta del hospital.
- Transportar la anatomía patológica muestreada.
- Movilización de niños con su historia clínica a la unidad neonatal o a la consulta.
- Acompañar a las madres a la sala de lactancia, o a la realización de alguna prueba que se tenga que realizar dentro de esta área.

5 Discusión-Conclusión

Podemos inferir que el estado fisiológico de la mujer durante el embarazo comienza con la concepción del feto y continúa a través de su desarrollo hasta el tiempo del nacimiento. La importancia de este servicio de comida para llevar ha quedado demostrado el embarazo de la paciente, que terminará con el parto, llegará a buen término del recién nacido.
Hemos visto la importancia que tiene este servicio para llevar a buen término el periodo gestante del paciente que concluirá con el nacimiento del bebé.
El celador debe velar por el correcto funcionamiento de la unidad, junto con el resto de miembros del personal que conforman un equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 199

EL CELADOR ADSCRITO AL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU

ANA MOYANO SOLERA

GREGORIO REYES CIFUENTES

ÓLIVER RAYOS MARTÍN

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

1 Introducción

El manual del celador "Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana, 2021" define el concepto de protección radiológica como la rama de la medicina que se encarga de proteger a los seres humanos de los riesgos ocasionados por la exposición a la radiación ionizante. En el ámbito sanitario es común la utilización de los siguientes términos para hacer referencia a la protección radiológica: salud radiológica, radioprotección o seguridad e higiene radiológica.

Esta disciplina nace ante la necesidad de proteger a los profesionales de la salud encargados de la realización de radiaciones ionizantes, debido al aumento de radiactividad existente en los profesionales de los servicios de radiodiagnóstico de las instituciones sanitarias.

Es por ello por lo que todos los profesionales que desarrollen su actividad profesional en estos servicios deberán seguir unas pautas establecidas por la comisión internacional de protección radiológica.
• Justificación. Esto hace referencia a la necesidad de realizar una radiación a un paciente.
• Optimización. Esto hace referencia a que la exposición a la radiación ionizante deber encontrarse en un nivel bajo.
• Limitación individual de dosis, estableciendo los límites de las dosis individuales de los profesionales expuestos.
Estas pautas no es necesario que sean realizadas por los celadores ya que ellos no ejecutarán las radiaciones, pero si es necesario que posea estos conocimientos.

2 Objetivos

- Enumerar las áreas que conforman el servicio de radiodiagnóstico.
- Clasificar las funciones realizadas por el cuerpo de celadores en las distintas áreas del servicio de radiodiagnóstico.

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

Áreas que conforman el sistema de radiodiagnóstico.
• TAC (Tomografía Axial Computerizada).
• Ecografía.
• Radiología general.
• Resonancia magnética.
• Mamografía.
• Ortopantomografía.
• Radiología vascular intervencionista.
• Neuroradiología intervencionista.

• CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica).

Funciones de los celadores en las distintas áreas del servicio de radiodiagnóstico.

• TAC (Tomografía Axial Computerizada).

- Auxiliar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la colocación del paciente en la posición determinado por el técnico especialista en radiodiagnóstico.
- Trasladar a los pacientes desde el lugar de origen (planta de hospitalización o servicio de urgencias) hasta la sala donde se realiza esta prueba.

• Ecografía.

- Auxiliar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la colocación del paciente en la posición determinado por el técnico especialista en radiodiagnóstico.
- Trasladar a los pacientes desde el lugar de origen (planta de hospitalización o servicio de urgencias) hasta la sala donde se realiza esta prueba

• Radiología general.

- Auxiliar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la colocación del paciente en la posición determinado por el técnico especialista en radiodiagnóstico.
- Trasladar a los pacientes desde el lugar de origen (planta de hospitalización o servicio de urgencias) hasta la sala donde se realiza esta prueba.

• Resonancia magnética.

- Auxiliar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la colocación del paciente en la posición determinado por el técnico especialista en radiodiagnóstico.
- Trasladar a los pacientes desde el lugar de origen (planta de hospitalización o servicio de urgencias) hasta la sala donde se realiza esta prueba.
- Coger al paciente pediátrico que se encuentra sedado en brazos para colocarlo en su cama una vez finalizada la prueba.

• Mamografía.

- Trasladar a los pacientes desde el área de mamografía hasta los quirófanos de ginecología una vez colocado el arpón.

• Radiología vascular intervencionista.

- Auxiliar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la colocación del paciente en la posición determinado por el técnico especialista en radiodiagnóstico.
- Trasladar a los pacientes desde el lugar de origen (planta de hospitalización o servicio de urgencias) hasta la sala donde se realiza esta prueba.
- Trasladar al servicio de anatomía los muestras biológicas extraídas al paciente.

• CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica).

- Permanecer en la antesala de esta área por si fuera necesario el traslado urgente del paciente a la unidad de cuidados intensivos o al bloque quirúrgico.
- Auxiliar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la colocación del paciente en la posición determinado por el técnico especialista en radiodiagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "El celador adscrito al servicio de radiodiagnóstico. Funciones del celador en las distintas áreas que conforman el servicio de radiodiagnóstico" nos muestran en primer lugar las diferentes unidades que conforman el servicio de radiodiagnóstico y en las cuales es necesaria la presencia del celador para el funcionamiento de la actividad médico- asistencial. Y en segundo lugar, las funciones específicas ejecutadas por el cuerpo de celadores dependiendo de la unidad donde desarrolle su actividad profesional.
Es necesario destacar la importancia del celador de mantener la seguridad en las salas de radiodiagnóstico para evitar la exposición a la radiación.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021.
3. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
4. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021.

Capítulo 200

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ

LAURA SEPÚLVEDA ANGULO

CLAUDIA MORENO RAMOS

MANUEL ANGULO ESCRIBANO

FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO

1 Introducción

El nacimiento de la farmacología como ciencia se produjo en el año 1846, de la mano del médico alemán y profesor Rudolf Buchheim, lo cual no significa que previo a este año no se practicara la farmacología, solo que aún no se había consolidado como ciencia, pues actualmente tenemos sólida evidencia de que nuestros ancestros ya en los tiempos más antiguos, cuando aún vivíamos en tribus, guardaban información sobre que plantas comer, cuales son venenosas, y cuáles pueden ser útiles para aliviar ciertas dolencias, aunque no fue hasta el siglo XIX cuando se dispuso de los medios para aislar y estudiar de forma independiente en un laboratorio principios activos.

Desde entonces, especialmente en el siglo actual, los avances que se han producido en farmacología han sido extraordinarios, encontrándose curas a enfer-

medades que se pensaban incurables, y creándose tratamientos que han permitido la cronificación de enfermedades que tenían una evolución fatal inevitable, y hoy, gracias a los tratamientos de los que se disponen, la esperanza de vida de estos pacientes casi llega a la media de la población sana de su misma edad. Algunos ejemplos de estos fármacos son los antirretrovirales, la insulina, los quimioterápicos etc.
Además, el desarrollo de la farmacología ha permitido la evolución de otras ramas de la medicina, como por ejemplo la cirugía, pues gracias a la llegada de los denominados fármacos anestésicos se han conseguido desarrollar grandes logros y técnicas quirúrgicas.
En el presente texto se analizarán las funciones que el celador lleva a cabo en el servicio de farmacología de un hospital.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones del celador en el servicio de farmacia.
- 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 la farmacia hospitalaria, necesario para el correcto funcionamiento de la misma.

3 Metodología

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

4 Resultados

Gracias al desarrollo de la farmacología se han encontrado múltiples tratamientos, han proliferado multitud de especialidades médicas, como anestesiología y reanimación, y se ha hecho posible el desarrollo de muchas otras, como todas las especialidades quirúrgicas, pero la farmacia no solo ha aportado a la medicina tratamientos puramente curativos, pues los fármacos tienen un papel de suma importancia en la medicina paliativa.

Cuidados paliativos es la especialidad médica que se centra en aportar la máxima calidad de vida, comodidad y ausencia de dolor al paciente independientemente de si su enfermedad se puede curar o no, una de las máximas de esta especialidad es centrarse en "aportar más vida a los días, en lugar de días a la vida". La importantísima labor que se desarrolla en esta especialidad no habría sido posible sin la evolución de la farmacología, pues en la planta de paliativos los analgésicos, opioides, antiinflamatorios, anestésicos, etc., se usan de forma rutinaria.
Un hospital hoy en día no puede funcionar si no lo hace su servicio de farmacia, que cada día prepara la medicación de los pacientes ingresados, anestésicos para las intervenciones quirúrgicas, tratamientos que se infiltran en las consultas externas, etc.
A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en el servicio de farmacología.
El celador será el encargado de recibir los pedidos, movilizará el material pesado y lo transportará dentro de la farmacia.
También preparará y repartirá por las plantas las cajas de farmacia pesada, esto es, las cajas que contienen el suero fisiológico, alcohol, agua oxigenada, etc.
Se encargará también de transportar los carros de medicación a los diferentes servicios.
El celador colaborará en el inventario cuando así le sea solicitado.
El celador se encargará de vigilar y custodiar la entrada a la farmacia, evitando el paso a la misma a todo personal no autorizado.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo del presente texto, el servicio de farmacia sirve a la totalidad de las especialidades de los hospitales, es necesario para los procedimientos quirúrgicos, imprescindible para el control del dolor, etc. En resumen, el buen funcionamiento de un hospital depende, entre otros elementos, de que su servicio de farmacia también funcione correctamente.
En el servicio de farmacia trabajan multitud de profesionales entre los que encontramos farmacéuticos, personal de limpieza y mantenimiento, enfermeras, auxiliares de clínica, celadores, etc. La labor del celador es necesaria en este servicio, y contribuye junto con el resto de profesionales, a que la unidad de farmacia preste un servicio óptimo.

6 Bibliografía

1. Farmacia hospitalaria. Funciones del celador - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 20, 2023, from https://revistamedica.com/farmacia-hospitalaria-funciones-celador/.
2. Funciones que realiza el celador/a en la farmacia hospitalaria. (n.d.). Retrieved July 20, 2023, from https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-que-realiza-el-celador-a-en-la-farmacia-hospitalaria/.

Capítulo 201

EL CELADOR Y EL PROCESO CON LOS EXITUS QUE NECESITAN DIAGNÓSTICO POR PARTE DEL EQUIPO FORENSE

MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU

ANA MOYANO SOLERA

GREGORIO REYES CIFUENTES

ÓLIVER RAYOS MARTÍN

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

1 Introducción

En los centros hospitalarios de referencia es muy habitual encontrarse con un servicio de autopsias dentro de las instituciones ante la necesidad de realizar cierto tipos de autopsias a los pacientes fallecidos en el mismo. Sin embargo, al ser un centro de referencia, en muchas ocasiones son trasladados cadáveres a las instalaciones hospitalarias desde otros puntos de la localidad para la realización de estas autopsias.
Se pueden realizar dos tipos de autopsias:
• Autopsia médico legal-judicial.

Esta autopsia es conocida también como autopsia médico forense y es definida como "la autopsia realizada por médicos especialistas en autopsias y por orden de un magistrado".
La realización de este tipo de autopsia a un cadáver determinará la causa y el mecanismo de la muerte de una persona adulta, un niño o un feto. Esta autopsia también es realizada a restos humanos.
• Autopsia clínica.
Este tipo de autopsia es definida como "el procedimiento post mortem realizado sobre un cadáver para estudiar las alteraciones morfológicas de los órganos y tejidos debido a una enfermedad".
Es por ello, que este tipo de autopsia puede decretar la naturaleza de la enfermedad, así como su extensión, los tratamientos médicos fallidos, y los componentes genéticos hereditarios, transmisibles o contagiosos.

2 Objetivos

- Diferenciar y definir los tipos de autopsias realizadas en las salas de autopsias de las instituciones hospitalarias.
- Conocer las zonas de la unidad mortuoria del centro hospitalario.
- Enumerar las funciones desarrolladas por los celadores en el servicio de autopsias.

3 Metodología

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

4 Resultados

La figura del celador de autopsias nace en el año 1981 por resolución del 22 de mayo, ante la necesidad de la presencia de un celador en el servicio de autopsias para ayudar al médico forense y patólogo durante las autopsias, por lo que requería la formación de esta categoría como auxiliar de los profesionales sanitarios.

Funciones del celador auxiliar de autopsias en las salas.
• Trasladar el cadáver desde la zona de las cámaras frigoríficas hasta la sala de autopsias.
• Posicionar al cadáver en la mesa de autopsias.
• Retirar del cuerpo del paciente cualquier elemento que pueda portar y que no haya sido retirado anteriormente en la institución sanitaria o en el domicilio.
• Retirar las comprensas, vendejas y algodones comprensivos del cuerpo del fallecido.
• Ayudar al médico forense con la movilización del cadáver durante la realización de la autopsia. Será el médico el que indique al celador hacia donde quiere movilizar el cadáver o que extremidad quiere sujetar.
• Ayudar al médico forense durante la realización de la autopsia en aquellas actuaciones que no requiera hacer uso del instrumental sobre el cadáver.
• Ayudar al médico forense durante la realización de la autopsia en aquellas actuaciones que no sean específicas de una categoría profesional superior y para la cual se ha tenido una formación académica específica.
• Aquellas actuaciones relacionadas con anatomía patológica como es el pesaje de órganos, tejidos, huesos, etc.
• Realizar anotaciones sobre el pesaje de órganos, tejidos, huesos, etc.
• Almacenar en tarros preparados órganos.
• Realizar la limpieza del cadáver una vez finalizada la autopsia.
• Amortajar al cadáver y prepararlo para su entrega a los servicios funerarios.
• La limpieza del instrumental utilizado, así como de la mesa de autopsias y sala de autopsias, es función exclusiva del celador auxiliar de autopsias.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "La actuación del celador en la sala de autopsias del mortuorio de la institución sanitaria" nos demuestran la necesidad de crear en 1981 la figura de un celador auxiliar de autopsias para ayudar al médico forense y al médico patólogo a la realización de autopsias.
En la actualidad, existe una formación académica específica de formación profesional para la realización de estas funciones que lleva realizando el celador durante años, sin embargo, en la mayoría de los centros hospitalarios sigue existiendo la figura del celador auxiliar de autopsias en lugar de los técnicos de anatomía patológica.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021.
3. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
4. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021.

Capítulo 202

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO: UCSI

JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ

MANUEL ANGULO ESCRIBANO

LAURA SEPÚLVEDA ANGULO

CLAUDIA MORENO RAMOS

FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO

1 Introducción

En los últimos años el desarrollo de la farmacología, y, en especial, de los fármacos anestésicos ha permitido que las especialidades quirúrgicas proliferen y maduren en el campo de la medicina, consiguiendo logros verdaderamente asombrosos en el último siglo.
Recientemente, se han perfeccionado técnicas quirúrgicas nuevas y abordajes menos invasivos, que han permitido que se lleven a cabo intervenciones que parecían imposibles apenas unos cuantos años atrás.
Pero no solo se han desarrollado grandes intervenciones que duran horas y que requieren de grandes equipos quirúrgicos con varios cirujanos, sino que la medicina moderna también ha desarrollado multitud de intervenciones menores que no requieren un gran equipamiento y solventan de forma rápida multitud de

problemas médicos, sin necesidad de ingresar al paciente y con un tiempo de recuperación reducido en comparación con otras cirugías de mayor calibre.
Todo ello ha desembocado en la creación de cirugía sin ingreso, pequeños quirófanos que cuentan con menor equipación quirúrgica, donde no se utiliza anestesia general y por lo tanto no es necesaria la presencia de un anestesista, y en la que se realizan intervenciones menores, que no requieren de un ingreso posterior y el paciente puede irse de alta el mismo día de la intervención.
En el presente texto se analizan las funciones del celador en la unidad de cirugía sin ingreso (UCSI).

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en la unidad de cirugía sin ingreso.
- 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 la unidad de cirugía sin ingreso, necesario para el correcto funcionamiento de la misma.

3 Metodología

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

4 Resultados

La unidad de cirugía sin ingreso realiza todo tipo de cirugías menores, siendo muchas de estas intervenciones de una rapidez relativa, por lo que esta unidad del hospital está en un constante flujo de pacientes que entran y salen de la misma.
A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.
El celador se encargará del transporte de los pacientes en silla de ruedas, si es necesario, los acompañarán hasta los vestuarios y le indicarán el pijama de usar y tirar que han de ponerse para la realización de la cirugía menor.

Una vez finalizada la intervención, el celador ayudará a salir a los pacientes de la unidad y los acompañará hasta la puerta, transportándolos en silla de ruedas si es necesario.
El celador también realizará el transporte de toda la documentación necesaria para la identificación del paciente, como historias clínicas, documentos de consentimiento informado, etc.
En ocasiones, los facultativos especialistas pueden requerir la ayuda del celador en ciertas tareas, como en la colocación correcta o sujeción del paciente, etc.
El celador llevará a esta unidad las cajas de farmacia pesada que contienen suero, yodo, etc. a la unidad de cirugía sin ingreso.
El celador será quien lleve a cabo el transporte de todos los elementos, objetos, inmobiliario, camillas, aparataje médico, como ecógrafos, aparatos de rayos x, aparatos de electrocardiografía, etc. El celador los transportará de un quirófano a otro, cuando sea necesario, así como fuera del servicio a otras especialidades que lo requieran.
Otra competencia del celador consiste en recoger las jaulas llenas de ropa de cama sucia, pijamas de quirófano, etc., al final del día y trasladarlas a lavandería.
El celador velará por el orden en la unidad de cirugía sin ingreso, vigilando las puertas y evitando el paso a todo personal no autorizado, así como controlando que no se supere el número de acompañantes máximo permitido en las salas de espera.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo del presente texto, la unidad de cirugía sin ingreso es muy dinámica, multitud de especialidades médicas cuentan con una unidad de cirugía menor en la que se realizan pequeñas intervenciones, lo que agiliza mucho las listas de espera y en esencia, aumenta la calidad de la atención sanitaria prestada. En estas unidades se coordina el trabajo de multitud de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, entre los que se encuentran facultativo especialistas, enfermeros, auxiliares de enfermería, personal de limpieza, y los celadores, los cuales, contribuyen con su labor a que la unidad de cirugía sin ingreso funcione de forma correcta y preste un servicio adecuado.

6 Bibliografía

1. Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) – Hospital de Manacor. (n.d.). Retrieved July 20, 2023, from https://extranet.hmanacor.org/mapa-de-servicios/unidad-de-

cirugia-sin-ingreso-ucsi/.
2. 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 203

DESARROLLO DE LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO CALEFACTOR Y FONTANERO PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS EQUIPO DE MANTENIMIENTO DENTRO DEL LABORATORIO CLÍNICO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

JAVIER BUITRAGO MEDINA

HONORATO LOZANO MOYA

VICENTE PICAZO SANCHEZ

1 Introducción

El laboratorio hospitalario es uno de los espacios clave dentro del conjunto de áreas de las que se compone un hospital. En él se llevan a cabo las tareas de

análisis y pruebas necesarias, prescritas por el personal médico, proporcionando información fundamental para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes tanto hospitalizados como de carácter externo. Además, con su labor investigadora contribuyen al estudio, la prevención, el mantenimiento, el control y la vigilancia de la salud colectiva.

Dentro del espacio de un laboratorio hospitalario desarrollan su labor profesional personal sanitario y personal no sanitario y dada la naturaleza delicada de las materias primas, el instrumental o los productos con los que se trabaja, todos ellos deben ser conocedores, en su especialidad y en conjunto, de las condiciones y de las formas correctas de manipulación de estos materiales. Esto debe ser así, en primer lugar, para evitar los riesgos a los que se ven expuestos (quemaduras, exposición a emisiones tóxicas, explosiones, etc.) y, en segundo lugar, para minimizar y evitar la posible influencia que prácticas incorrectas puedan ejercer sobre el resultado de análisis y pruebas.

El profesional calefactor forma parte del personal no sanitario del laboratorio hospitalario. Su aportación dentro de este espacio está vinculada a las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa que deben darse para que sean idóneos. Por lo tanto, debe conocer los rangos en los que estos parámetros deben mantenerse, monitorear y registrar los datos, y encargarse del funcionamiento correcto de los instrumentos de medición que permiten controlar estos datos. Debe ser un buen conocedor de la mecánica de los equipos de calefacción que permiten mantener la temperatura y la humedad relativa en las condiciones más adecuadas, así como estar capacitado para realizar las tareas de conservación, mantenimiento y reparación de estos equipos.

2 Objetivos

Describir las funciones realizadas por el laboratorio clínico dentro del ámbito hospitalario.

Exponer el desarrollo de funciones y las tareas que realiza el técnico calefactor y fontanero dentro del laboratorio hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación que consiste 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: “laboratorio hospitalario”, “calefactor en el laboratorio hospitalario” o “temperatura y humedad en el laboratorio hospitalario”.

4 Resultados

Dentro de un hospital, el laboratorio es el espacio en el que se realizan las tareas de toma de muestras y análisis de muestras biológicas como la sangre, tejidos, orina, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, etc. para el estudio, diagnosis, tratamiento o seguimiento de distintas patologías humanas. De los resultados obtenidos dependerá en buena medida que se tomen las decisiones correctas en el tratamiento del paciente interno o externo y de su salud.

Las muestras obtenidas a los pacientes en las diferentes áreas del hospital deben llegar al laboratorio cumpliendo determinados requisitos de temperatura y humedad y también deben mantenerse en este espacio en las condiciones de temperatura y humedad correctas tanto a lo que respecta a las condiciones de conservación como a las de manipulación. La temperatura y la humedad relativa ambiental podrían influir, aunque sea mínimamente, en los resultados de los análisis y cualquier error de los resultados afectar a las decisiones de los médicos sobre diagnósticos o sobre tratamientos por ello el personal técnico calefactor deben estar presentes en los laboratorios.

Principalmente, el calefactor, debe ocuparse de que la temperatura y la humedad relativa sea la adecuada y no sufra variabilidades importantes para que los equipos, las muestras o los resultados no se vean afectados. La temperatura de un laboratorio hospitalario debe situarse entre los 18 y 20 grados Celsius, con una variabilidad máxima de cinco grados; en cuanto a la humedad ambiental, esta debe ser de entre un 35% a un 70%, aunque la ideal se sitúa entre el 35% y el 55% y el profesional calefactor debe controlar que se mantenga dentro de estos márgenes.

Para conseguir este objetivo, el técnico calefactor debe asegurarse de que los equipos de calefacción funcionen correctamente ocupándose de las tareas de limpieza de sus diferentes partes, la conservación y mantenimiento de este equipamiento, la reparación de daños o la sustitución de piezas o componentes.

Otra cuestión que debe tener en cuenta el técnico calefactor dentro del laboratorio hospitalarios es la que tiene que ver con el almacenaje y la manipulación de sustancias peligrosas tanto porque debe conocer y procurar que se mantengan las condiciones ambientales de temperatura y humedad dentro de los parámet-

ros recomendados y porque debe conocer y aplicar los protocolos de seguridad y prevención de riesgos laborales prescritos y recomendados.

5 Discusión-Conclusión

En el laboratorio hospitalario se realiza el análisis de las muestras biológicas para el estudio, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las distintas patologías presentadas por los pacientes. Que los resultados que se obtengan en el laboratorio sean correctos es de gran importancia ya que de ellos depende en gran media las decisiones médicas sobre el diagnóstico, el tratamiento o el cuidado que recibirá el enfermo.

Es esencial que las muestras se manipulen y conserven en las condiciones adecuadas de temperatura y humedad ambiental correctas para que estas no afecten a los resultados de los análisis, por lo que las funciones desarrolladas por los profesionales calefactores pueden ser muy importantes.

El calefactor se encarga principalmente de mantener una temperatura y humedad relativa adecuadas y dentro de los márgenes de variabilidad recomendados para ello controlar, supervisar y prestar atención a estos parámetros.

Además, el técnico de calefacción debe asegurarse de que los equipos de calefacción funcionen correctamente a través de la realización de tareas de limpieza, conservación y mantenimiento y reparación de estos equipos cuando sea necesario.

Por otra parte, en el laboratorio hospitalario se produce el almacenamiento y manipulación de sustancias peligrosas, por ello, el técnico de calefacción debe prestar atención a la seguridad garantizando que las condiciones ambientales de temperatura y humedad sean adecuadas.

6 Bibliografía

1.Formación E. ¿Qué funciones se realizan en un Laboratorio Clínico? [Internet]. European School Health Education. [citado el 24 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.esheformacion.com/blog/12/que-funciones-se-realizan-en-un-laboratorio-clinico

2. De Acreditación S, G E, R G. Gob.ec. [citado el 24 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.acreditacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/02/G02-R00-Guia-para-la-aplicacion-de-condiciones-ambientales-en-labs-clinicos.pdf

3. Condiciones óptimas en el laboratorio: Ventilación, Humedad y Temperatura [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA "2023: Sanidad, un trabajo en equipo". 2021 [citado el 24 de junio de 2023]. Disponible en: https://congresosicepa.com/condiciones-optimas-laboratorio/
4. Europa Press. La temperatura ambiente influye en los resultados de pruebas de laboratorio. 2021 [citado el 24 de junio de 2023]; Disponible en: https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-temperatura-ambiente-influye-resultados-pruebas-laboratorio-20211213072648.html

Capítulo 204

PERSONAL GESTIÓN Y SERVICIOS EN EL EQUIPO DE MANTENIMIENTO COMO CALEFACTOR Y FONTANERO; FUNCIONES EN CUIDADOS INTENSIVOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO

JAVIER BUITRAGO MEDINA

VICENTE PICAZO SANCHEZ

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

HONORATO LOZANO MOYA

1 Introducción

La unidad o servicio de cuidados intensivos (UCI) de un centro hospitalario, es una zona especializada que proporciona atención sanitaria a pacientes con patologías y/o enfermedades graves que requieren una supervisión vigilada y cuidados constantes, ya que son pacientes con mucho riesgo de contraer complicaciones que pueden poner en riesgo su vida.

Dentro del grupo de personal de gestión y servicios (personal no sanitario), está el equipo de personal de mantenimiento, equipo al que pertenecen los calefactores y fontaneros, además de otras categorías como electricistas, mecánicos, pintores, albañiles, etc. en este capítulo vamos a describir algunas de las funciones básicas del calefactor y fontanero en la unidad de cuidados intensivos (UCI). El calefactor y el fontanero han de estar coordinados en esta unidad, ya que son los responsables de los sistemas de calefacción, aire acondicionado y ventilación de las mismas, deberán monitorear y ajustar la temperatura y humedad relativa según los criterios protocolizados de este servicio, para asegurar el confort y seguridad ambiental de los pacientes y personal laboral. Lo más importante dentro de sus funciones es el mantenimiento y limpieza de los equipos de calefacción, ventilación y aire acondicionado, retirando los filtros, cambiándolos cuando sea necesario y la limpieza de rejillas y motores, para evitar polvo, parásitos, hongos no patógenos y patógenos y así contribuir a la necesaria asepsia de esta unidad.

2 Objetivos

1. Exponer las actividades que debe realizar el equipo de mantenimiento, en concreto calefactores y fontaneros en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva de libros, así como una revisión de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, mediante la selección de artículos científicos de publicaciones científicas arbitradas.

4 Resultados

En el servicio hospitalario de UCI (unidad de cuidados intensivos) trabaja un equipo multidisciplinar de profesionales, médicos, anestesistas, DUES, técnicos auxiliares en cuidados de enfermería, fisioterapeutas, rehabilitadores celadores, personal de limpieza y personal de mantenimiento, cuya finalidad es la atención, supervisión y recuperación de pacientes críticos.

El personal de mantenimiento calefactor y fontanero, son los encargados de los equipos HVAC (calefacción, aire acondicionado y ventilación), tienen la responsabilidad de mantener una humedad relativa y temperatura ambiental acorde con las necesidades de los pacientes sitos en esta unidad, lo que implica que tienen la responsabilidad de mantener una equilibrada temperatura y humedad, deberán medir los parámetros y leer los datos de termómetros y barómetros, la lectura de estos controladores ambientales la deberán anotar en los partes de registro, comprobando que sean las adecuadas, si se registran anomalías deberán proceder a subsanarlas aumentanto o disminuyendo la temperatura y humedad relativa según los protocolos sanitarios de obligado cumplimiento en el servicio, los calefactores deberán informar a su supervisor encargado de los datos registrados, posibles desperfectos y averías, así como errores en parámetros para que este coordine con los fontaneros y demás personal de mantenimiento el arreglo de las anomalías encontradas, si fuera necesario el cambio de piezas, filtros, válvulas, etc. Los calefactores y fontaneros deberán registrarlo en sus partes de trabajo para que su encargado informe a su superior inmediato y se realice el pedido de piezas y recambios con la máxima inmediatez posible.
Asiduamente se limpiarán las rejillas y filtros de ventilación para una correcta fluidez del aire, libre de partículas de polvo y microorganismos perjudiciales para la salud. El mantenimiento de los sistemas de aireación, ventilación, refrigeración y calefacción juega un papel muy importante en la recuperación y bienestar de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos, ya que la mayoría tienen problemas respiratorios, con intubaciones y traqueotomías realizadas por lo que la calidad del aire es primordial para evitar infecciones y enfermedades nosocomiales.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la unidad de cuidados intensivos de un centro hospitalario es un servicio especializado en cuidados especiales para pacientes con patologías graves. El personal calefactor y fontanero, pese a no ser personal sanitario, deberá vigilar y controlar la temperatura y humedad relativa ambiental de forma constante, así como revisar y si es necesario los aparatos, maquinaria y elementos de ventilación, calefacción y aire acondicionado, para que estén en perfecto estado de funcionamiento, ajustando los parámetros ambientales según sea necesario y dicten las normas ambientales de esta unidad. Llevarán un registro de sus actuaciones y controles que reflejarán en sus partes de trabajo informando a su superior inmediato de los controles realizados.

6 Bibliografía

1. Ventilación general en hospitales [Internet]. Hospitecnia. 2022 [citado el 4 de julio de 2023]. Disponible en: https://hospitecnia.com/instalaciones/climatizacion/ventilacion-general-hospitales/
2. Intersam. La importancia de la instalación de climatización en hospitales [Internet]. Intersam. Intersam, S.L.; 2022 [citado el 4 de julio de 2023]. Disponible en: https://intersam.es/la-importancia-de-la-instalacion-de-climatizacion-en-hospitales/
3. Atkinson J, Chartier Y, Lúcia C, Jensen P, Li Y, Seto W-H. Ventilación natural para el control [Internet]. Paho.org. [citado el 4 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ventilacion_natual_spa_25mar11.pdf
4. Hernández A, Licenciada C, Biológicas C. NTP 501: Ambiente térmico: inconfort térmico local [Internet]. Insst.es. [citado el 5 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/327064/ntp_501.pdf/24b8f22e-7ce7-43c7-b992-f79d969a9d77

Capítulo 205

PERSONAL GESTIÓN Y SERVICIOS EN EL EQUIPO DE MANTENIMIENTO COMO CALEFACTOR Y FONTANERO: CLORACIÓN DEL AGUA SANITARIA

VICENTE PICAZO SANCHEZ

JAVIER BUITRAGO MEDINA

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

HONORATO LOZANO MOYA

1 Introducción

El agua es un recurso natural indispensable para la vida, pero también puede causar enfermedades a seres humanos y animales, ya que puede ser un vehículo de transmisión de microorganismos patógenos y no patógenos, estos patógenos pueden estar en las aguas residuales, proceder de los excrementos de personas o animales y pueden ser contaminantes del agua que consumimos.
Algunos de los patógenos y bacterias que podemos encontrar en el agua residual son:
- Salmonela typhi y no thyphi.
- Shigella spp bacilo.

- Vibrio cholerae (puede provocar cólera).
- Escherichia coli enterotoxigénica (principal causa de grave diarrea infantil).
- Yersinia enterocolítica (infección entérica).
- Espirilo Campylobacter jejuni.
- Hepatitis A (virus hepático)
- Rotavirus (provoca gastroenteritis).
- Amebas (parásito Entamoeba histolytica).

En los centros sanitarios no son habituales las enfermedades causadas por beber agua contaminada (contaminación hídrica), ya que la red que suministra agua de consumo está debidamente diferenciada de las aguas residuales. El agua de consumo recibe un tratamiento de cloración para poder garantizar su consumo y potabilidad.

Los centros sanitarios y hospitalarios tienen unas instalaciones que filtran el agua con programas específicos que desinfectan la misma.

Dentro del personal de gestión y servicios está el equipo de mantenimiento al que pertenecen los calefactores y fontaneros, estos son los que se encargan del control y mantenimiento de las instalaciones filtrantes de agua y realizan desinfecciones a través de protocolos específicos, siendo una de sus funciones la cloración del agua.

2 Objetivos

- Exponer los peligros y posibles enfermedades del consumo de agua no tratada.
- Explicar las funciones del personal calefactor y fontanero en la desinfección del agua potable en 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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Las palabras clave buscadas han sido: cloración, potabilidad del agua de consumo.

4 Resultados

Aunque la distribución del agua de un centro sanitario es responsabilidad de las instituciones municipales, los centros sanitarios tienen programas especializados y protocolorizados destinados para garantizar la potabilidad y desinfección del agua, ya que hay microorganismos capaces de reproducirse y crecer en los elementos de distribución del agua, pudiendo transmitir enfermedades como la legionela sobre todo en los caudales de agua caliente. La posibilidad de contraer la legionelosis va a depender del grado de intensidad expositiva a la misma y del estado de salud de la persona. Debido a lo expuesto es verdaderamente importante el tratamiento de las aguas en los centros sanitarios, ya que la mayoría de los pacientes tienen el sistema inmunológico bajo de defensas y por ello tienen propensión a contraer enfermedades infecciosas por contaminación hídrica. Los centros sanitarios han de contar con unas adecuadas instalaciones, revisadas, controladas y vigiladas por el personal de mantenimiento calefactor y fontanero.
Las funciones del personal calefactor y fontanero para la efectiva adecuidad del agua, serán:

- Desinfección y limpieza periódica de los acumuladores de calor y depósitos para garantizar que no queden residuos, esta función será desempeñada con la periodicidad que indique el protocolo del centro sanitario, y deberán registrarla en fecha y firmarla para su archivo de control.
- Desinfección de toda la red que distribuye el agua caliente, incluyendo las conducciones y elementos.
- Realizar la cloración del agua; los calefactores y fontaneros realizarán esta función cuando así lo establezca el protocolo y con las concentraciones de cloro dictadas por norma regulada por Resolución, el cloro ha de actuar como mínimo 20 minutos y debe tener una permanencia en los depósitos de mínimo 14 horas.
- Los fontaneros y calefactores harán diariamente una lectura de cloro, con pruebas y análisis del mismo como la del pH.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos expuesto, la función del personal calefactor y fontanero en centros sanitarios es muy importante respecto a la desinfección del agua potable de consumo humano, Deberán realizar pruebas diarias de la potabilidad, registrando los datos debidamente firmados y legibles para ser archivados y poder llevar un control que garantice la seguridad de los usuarios. Realizarán funciones de limpieza y desinfección de acumuladores y depósitos, midiendo temperaturas, residuos y

pH.
Controlarán la temperatura ajustándola a un nivel no dañino para los usuarios.
La labor de calefactores y fontaneros es primordial en la prevención de enfermedades y transmisiones, son una pieza fundamental del sistema sanitario en prevención y propagación de enfermedades.

6 Bibliografía

1. Cloración en Salud Pública [Internet]. Slideshare.net. [citado el 5 de julio de 2023]. Disponible en: https://es.slideshare.net/lucasburchard/cloracin-en-salud-pblica
2. Researchgate.net. [citado el 5 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262778913_Cloracion_y_contaminacion_bacteriana_Aguas_turbulentas_en_los_hospitales
3. de Sanidad y Consumo «BOE» núm. M, De de 18 de J. Real Decreto 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis [Internet]. Boe.es. [citado el 5 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-14408-consolidado.pdf

Capítulo 206

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO VÍCTIMA DE LA VIOLENCIA POR PARTE DEL PACIENTE DEL AMBITO SANITARIO

ELENA MALDONADO GALERA

BÁRBARA MUÑOZ PALOMO

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

Mª INMACULADA LÓPEZ GALLEGO

SANDRA RODRIGO MARTINEZ

1 Introducción

Se han llevado a cabo diferentes estudios que testifican que 8 de cada 10 trabajadores en la rama de la administración sanitaria, han padecido alguna agresión por parte de los pacientes que acuden a los centros. En su mayoría suelen ser mujeres las más afectadas, quizás por su constitución física.
Se han llevado a cabo diferentes estudios que testifican que 8 de cada 10 trabajadores en la rama de la administración sanitaria, han padecido alguna agresión por parte de los pacientes que acuden a los centros. En su mayoría suelen ser mujeres las más afectadas, quizás por su constitución física.

La primera cara que ve el paciente y/o sus familiares cuando acuden a un centro de salud o a un hospital suele ser la del auxiliar administrativo encargado de gestionar su admisión. En los últimos tiempos el aumento de violencia tanto física como verbal hacia el personal sanitario ha ido en progresión. Sufrir este tipo de violencia, hace que el trabajador no quiera acudir a su centro de trabajo, es una de las principales causas de absentismo laboral. Estas situaciones pueden llevar a que el auxiliar administrativo sufra ansiedad, estrés e incluso miedo hacia los hipotéticos pacientes agresivos y exaltados

2 Objetivos

Detallar las diferentes habilidades y los distintos conocimientos que pueden ser aprendidos para ayudar al manejo del conflicto de una forma adecuada por parte del auxiliar administrativo que trabaja en los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda de datos consistente en una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la literatura científica existente. Se han realizado búsquedas en libros, páginas de internet y en artículos relacionados en publicaciones académicas revisadas y reconocidas. Se han utilizado palabras como: agresión-auxiliar administrativo-maltrato-estrés-violencia.

4 Resultados

Cada vez con más frecuencia, el auxiliar administrativo que trabaja en el ámbito sanitario, sobre todo en Atención Primaria, se ve obligado a tratar con pacientes hostiles, violentos. Este comportamiento les conduce a situaciones de frustración, enojo y agobio.
La actitud hacia este tipo de personas, será diferente dependiendo de la situación y del estado de ánimo del trabajador.
Podemos seguir unos patrones, más o menos establecidos que pueden ser:
-Compartir la situación desagradable vivida con un compañero, puede resultar de cierto alivio.
-Mostrar empatía hacia el enfermo, ponernos en su lugar, intentar descifrar el motivo por el cual tiene ese comportamiento. A veces simplemente están asustados,

se sienten desprotegidos y vulnerables.
-Evitar cambiar a la otra persona, ellos se comportan así y no se van a comportar como a nosotros nos gustaría.
-Desarrollar una especie de sexto sentido, para reconocer a personas problemáticas y prepararnos para lidiar con ellos. Son personas un tanto retorcidas que van a intentar sacar al profesional de sus casillas y llevarlo a su terreno. Este tipo de personas no quieren acuerdos, sino salirse con la suya. Tampoco se debe tomar la situación como algo personal, porque esto nos va a llevar a situaciones de alto estrés.

En el supuesto de sufrir una agresión, se deberían llevar a cabo una serie de actuaciones:
-En primer lugar, hacer saber a su superior el hecho acontecido.
-En caso de necesitar, atención médica, se pedirá el correspondiente informe donde se reflejarán los motivos de la asistencia, y por supuesto, las lesiones producidas
-Proceder a poner la correspondiente denuncia en el organismo competente
Es muy lamentable, que la sociedad actual, se den este tipo de situaciones ante profesionales que velan por la salud y el bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Diversos estudios llevan a la conclusión de que las agresiones al personal sanitario y no sanitario han aumentado de forma considerable.
La formación dirigida al personal, se convierte en prioridad ante las agresiones, que en la mayoría de los casos no se pueden predecir. Formar para llegar a distinguir y encajar las agresiones de la mejor manera posible. Intentar solucionar los conflictos que se puedan producir.
La incorrecta organización de los centros sanitarios, potenciarán largas listas de espera que llevarán a los pacientes a grados de insatisfacción. Por ende esta insatisfacción será descargada hacia los primeros profesionales que le atienden como pueden ser los auxiliares administrativos de admisión.
Por supuesto, se debe mejorar el trato hacia los pacientes. Evitar las malas formas y ser los más educados y asertivos posible.

6 Bibliografía

-https://revistamedica.com/violencia-centros-sanitarios-causas/

-https://www.docsity.com/pt/violencia-de-genero-c2-auxiliar-administrativo/5793614/

Capítulo 207

LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN DIFERENTES PAÍSES

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

TERESA LORENTE PEREZ

JORGE ROBLES CLAVEL

MARIA DEL PILAR LILLO IRALA

JESUS CLEMENTE GARCIA

1 Introducción

Los celadores, también conocidos como asistentes de atención médica, son una figura esencial en los sistemas de salud de diferentes países alrededor del mundo. Su papel va más allá de ser simplemente asistentes, ya que desempeñan una función crucial en el cuidado y bienestar de los pacientes, facilitando el funcionamiento efectivo de hospitales, clínicas y centros de atención médica. Aunque sus responsabilidades pueden variar según el país y el sistema de salud en el que trabajen, su labor siempre se centra en garantizar la comodidad y la seguridad de los pacientes y apoyar al personal médico en diversas tareas.
El trabajo del celador es esencial para garantizar el funcionamiento eficiente y seguro de los centros de atención médica en todo el mundo. Los celadores desempeñan una variedad de tareas importantes que abarcan desde el transporte de pacientes hasta el mantenimiento de la higiene y la seguridad en los hospitales.

El papel del celador en el ámbito de la atención médica es fundamental para el funcionamiento efectivo y seguro de los establecimientos de salud en diferentes países. Este trabajo científico examina la importancia del trabajo del celador en diversas naciones, destacando sus funciones clave y las contribuciones que brindan a la asistencia sanitaria. Se hace hincapié en cómo el celador juega un papel crucial en la coordinación entre pacientes, personal médico y administrativo, y en la promoción de un entorno hospitalario seguro y cómodo para todos los involucrados.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conocer las funciones que tiene el celador en las diferentes instituciones y en los diferentes países.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes bibliográficas y en bases de datos académicos, como Pubmed o Google académico entre otras. Además se ha realizado la búsqueda de términos como ”el trabajo del celador en todo el mundo”, ” las funciones del celador en otros países e instituciones”.

4 Resultados

Las funciones del celador pueden variar dependiendo de la institución y la ubicación geográfica; pero algunas funciones van a tener en común, que son:
1. Transporte de Pacientes: Los celadores se encargan de trasladar a los pacientes de un área a otra dentro del hospital, ya sea a través de camillas, sillas de ruedas o caminando, asegurando su comodidad y seguridad durante el proceso.
2. Mantenimiento del Orden y la Seguridad: Los celadores contribuyen a mantener el orden y la seguridad en el hospital, asegurándose de que las áreas estén limpias y libres de obstáculos, y proporcionando asistencia en situaciones de emergencia.
3. Apoyo a las Actividades del Personal Médico: Asisten al personal médico en diversas tareas, como el transporte de equipo, la preparación de salas para procedimientos médicos y la asistencia en el manejo de pacientes durante intervenciones.

4. Atención al Paciente: Los celadores también brindan atención directa a los pacientes, como ofrecer información sobre ubicaciones de servicios dentro del hospital o ser un apoyo emocional para aquellos que lo necesiten.

La labor del celador es de vital importancia en la atención médica por las siguientes razones:
- Coordinación y Eficiencia: El trabajo del celador facilita la coordinación entre diferentes departamentos y servicios dentro del hospital, permitiendo una atención más rápida y eficiente para los pacientes.
- Mejora de la Experiencia del Paciente: Los celadores proporcionan una interacción directa con los pacientes y pueden influir positivamente en su experiencia hospitalaria al brindar apoyo y cuidado personalizado.
- Seguridad y Prevención de Riesgos: El celador juega un papel esencial en la prevención de riesgos, manteniendo un entorno limpio y seguro para pacientes, visitantes y personal médico.
- Contribución al Bienestar del Personal Médico: Al asistir en tareas no médicas, los celadores permiten que el personal médico se centre en su trabajo clínico, reduciendo su carga y mejorando su bienestar.
Es importante destacar que las funciones generales del celador son similares en diferentes países, pero puede haber variaciones en términos de entrenamiento, responsabilidades y regulaciones laborales.
1. Formación y Capacitación: Algunos países pueden requerir una formación más especializada para los celadores, mientras que en otros, esta función puede ser desempeñada por personal con capacitación básica en atención médica.
2. Ámbito de Responsabilidad: En algunos países, los celadores pueden tener una responsabilidad más amplia, incluyendo la gestión de equipos de transporte y logística, mientras que en otros, se centran principalmente en tareas de apoyo directo al paciente.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del celador es fundamental en la prestación de servicios de atención médica de calidad en diferentes países. Su presencia y funciones contribuyen a una atención eficiente, segura y humanizada para los pacientes y al bienestar del personal médico. Es esencial reconocer y valorar la importancia de su labor en la estructura hospitalaria y promover su adecuado entrenamiento y condiciones laborales para garantizar una atención médica óptima.
En muchos países, los celadores son vistos como pilares fundamentales del

equipo de atención médica, brindando un valioso apoyo tanto a pacientes como a personal médico. La formación y capacitación de estos profesionales se destacan como elementos esenciales para garantizar un desempeño óptimo y una atención de calidad.

Sin embargo, también hemos identificado disparidades en términos de reconocimiento profesional y condiciones laborales. Es imperativo que los gobiernos y los responsables de la política de salud presten la debida atención a estos aspectos, ya que un trato justo y una remuneración adecuada son vitales para mantener la motivación y el compromiso de los celadores en su labor diaria.

6 Bibliografía

https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/diferentes-sistemas-sanitarios-DDIMPORT-056551/

https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/37028/ReiDoCrea-Vol.4-Art.21.pdf;jsessionid=27DB828D0719146D29B0F4327CD49084?sequence=1

https://www.aragon.es/documents/20127/674325/170329_Cuadernillo_Examen_CeladorA.pdf/cf3703ef-f2fa-641b-15d1-3e3751a5b3bc

https://escuelaclinica.com/funciones-celador-perfil-formacion/#::text=Un%20celador%20organiza%2C%20se%C3%B1ala%2C%20gestiona,acelerado%20deterioro%20de%20las%20mismas.

Capítulo 208

LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECRETARÍA DE PLANTA DE UN HOSPITAL

MARTA SANCHEZ ADEVA

JOSUE GOMEZ MANZANERO

MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ

INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

1 Introducción

El sistema nacional de salud es un servicio que responde a los principios de equidad e igualdad y asegura el acceso a el de todos los ciudadanos. Su financiación con recursos públicos exige que el gasto que se genera este sometido a unos criterios de eficiencia, y por ello el SNS se organiza en dos niveles asistenciales, primer nivel, atención primaria y segundo nivel atención secundaria.

El segundo nivel -atención secundaria dispone de medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y por ende más coste dentro del sistema nacional de salud. Esta asistencia se desarrolla en entornos ambulatorios u hospitalarios. Si se

agotan los recursos de la atención primaria el paciente será derivado al especialista donde evaluará si el proceso patológico requiere un seguimiento continuo y por ello necesite hospitalización.

En el marco de la necesidad de cuidados especializados existen diferentes formas de hospitalización y además diferentes ubicaciones de ingreso dentro de un hospital, siendo esta gestionada por su correspondiente secretaría de cada especialidad, es aquí donde el auxiliar administrativo desarrollará las funciones administrativas encomendadas por el personal facultativo y las de seguimiento y control del paciente, atendiendo a las peculiaridades de cada planta y especialidad donde el auxiliar administrativo desarrolle sus competencias.

2 Objetivos

-Nombrar y conocer la organización de los dos niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
-Conocer las funciones del auxiliar administrativo en la secretaria de planta de un hospital.
-Poner en valor la importancia del auxiliar administrativo en la gestión administrativa en la planta de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda sistemática de libros y también se han consultados artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medine y Scielo. Además, también se ha realizado una búsqueda en revistas médicas y en manuales de las funciones del auxiliar administrativo en hospitales.

4 Resultados

Las funciones del auxiliar administrativo ubicado en la secretaría de planta de un hospital podrán variar dependiendo de la especialidad, pero la mayoría de gestiones administrativas que desarrollan son similares en cada una de ellas, y para poder cumplir sus funciones en el ámbito sanitario y en este caso en la secretaria de planta de un hospital, deberán desarrollar sus competencias en colaboración con el equipo sanitario.

Funciones y responsabilidades:
-Proporcionar a los pacientes los horarios de alta según las indicaciones del equipo médico.
-Organización de expedientes y su tramitación.
-Preparación de datos informáticos.
-Elaboran informes médicos que son solicitados por el personal facultativo.
-Proporcionar a petición del paciente justificante de ingreso.
-Guardar los informes de pacientes fallecidos.
-Elaborar listas y estadísticas de actividad.
-Tramitarán las solicitudes de trasporte sanitario.
-Apoyo administrativo general.
-Archivar documentos u otros.
-Agilizar las cargas del jefe inmediato.
-Organizan y tramitan expedientes.
-Atienden al público tanto de manera personal como telefónica.
-Registro de las variaciones de ubicación del paciente dentro del servicio de posibles pruebas en otros lugares dentro o fuera del hospital.
-Seguimiento de partidas presupuestarias, apertura de conceptos.
-Determinar gastos normales o recurrentes y hacer el seguimiento para que impacte en el sistema de acuerdo a lo devengado.
-Hacer seguimiento de compras no frecuentes, impacto en el mes de acuerdo a lo devengado entre otras.

Los auxiliares administrativos tienen el deber de guardar secreto de toda la información que por su trabajo puedan conocer y utilizarla solo bajo el marco de lo establecido. Instituir los métodos adecuados para el archivo y recuperación de los datos atendiendo a criterios de máxima confidencialidad, ya que, los pacientes aportan datos personales sobre su salud y no deben ser divulgados.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que desempeña un auxiliar administrativo en la secretaria de planta de un hospital son más que necesarias, el orden y la eficacia en la gestión de la burocracia que le son encomendados llevan consigo una enorme responsabilidad para evitar problemas futuros.

Además estos profesionales deben tener una gran capacidad de escucha y cualidades para desenvolverse correctamente en ambientes humanos complejos adap-

tando las necesidades y circunstancias de los pacientes y familiares, mostrando la máxima empatía en el desarrollo de sus funciones.

En definitiva los auxiliares administrativos deben velar por el buen funcionamiento de la unidad y el bienestar de los usuarios.

6 Bibliografía

1.Ley 55/2003, del 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud
2.Orden de 28 de mayo de 1984

Capítulo 209

EL TRASLADO Y MOVIMIENTO DEL CELADOR A LOS PACIENTES OPERADOS DE CADERA

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ

FABIÁN CANTÓN SERRANO

1 Introducción

La traumatología es la especialidad médica que se encarga de este tipo de pacientes y cualquier otro con lesiones traumáticas de los huesos, músculos, articulaciones o el aparato locomotor en general.
Nos centraremos en este capítulo en los pacientes que van a ser intervenidos para colocar una prótesis de cadera.
Este tipo de paciente es muy heterogéneo que ya una fractura de cadera o una prótesis de cadera pueden producirse por muchas causas y aunque generalmente es mayor el porcentaje de avanzada edad también puede ocurrir en pacientes jóvenes.
Hay varios factores que pueden influir en la necesidad de una prótesis de cadera como si hay fractura, si es por desgaste y otros factores como la edad o la calidad ósea del paciente.

La prótesis de cadera puede variar en función de cómo se va a realizar la intervención:
- Prótesis total de cadera: cuando se cambia prácticamente toda la cadera, tanto el vástago que entra dentro del fémur, el acetábulo y el cuello del fémur. Suelen usarse en casos de artrosis o desgaste articular.
- Prótesis parcial: en esta se sigue fijando con un vástago al fémur pero el acetábulo no se cambia por considerarse que no hace falta sustituirlo debido a su estado. Estos suelen usarse también por artrosis o desgaste articular.
- Prótesis de revisión: que puede ser total o parcial. Se realizan cuando ya están operados de prótesis de cadera, se debe cambiar por otra ya que tienen una durabilidad limitada.
- Prótesis de resuperficialización: son como un capuchón metálico que se sitúan sobre la cabeza femoral y articula también sobre un cotilo metálico. Se suele usar en pacientes jóvenes por su buena calidad ósea.

En este capítulo nos centraremos en la labor del celador con un paciente que se va a operar de prótesis de cadera desde su ingreso en el hospital hasta el alta hospitalaria.

2 Objetivos

- Dar a conocer la labor del celador en este escenario.
- Explicar de forma detallada la labor del celador desde el ingreso hasta su alta hospitalaria.

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

Empezaremos el proceso con el ingreso del paciente. Este, como casi todos los ingresos para intervenciones quirúrgicas suele ser programado aunque en alguna

ocasión debido a caídas en personas mayores generalmente suelen entrar desde urgencias y realizar el ingreso en planta a la espera de la intervención quirúrgica. Si es el caso de ingreso por urgencias el paciente que generalmente será ingresado por fractura de cadera deberá ser trasladado por parte del celador del área de urgencias a la zona de radiología para que comprueben la gravedad de la fractura y más tarde si lo considera el personal facultativo se ingresará en planta. Todos estos traslados los deberá realizar el celador en camilla o cama debido a la lesión y teniendo muchísimo cuidado con las movilización de la cama a la mesa de rayos y viceversa para no empeorar la lesión.

Una vez ingresado el paciente y hasta la intervención puede ser que necesite un cambio de pañal o algún tipo de movilización. El celador junto con la auxiliar de planta serán los encargados del cambio de pañal, en el cual el celador deberá girar al paciente hasta dejarlo en decúbito supino lateral siempre con la cadera sana abajo apoyada en la cama y la lesionada arriba sujetando la pierna para mantenerla lo más alineada posible.

A la hora de la intervención el celador deberá recoger a la paciente en la planta correspondiente y deberá llevarla en cama o camilla junto con su historial médico y preguntando siempre al personal sanitario de la planta si está preparado para subir a quirófano.

Una vez en quirófano el celador procederá a entregar al personal de enfermería el historial médico del paciente y cuando le digan que el quirófano está preparado introducirá al paciente en él. Para pasarlo a la mesa pondrá la camilla en paralelo a la mesa de quirófano y la frenará para con ayuda de otros compañeros cambiarán al paciente de la camilla a la mesa con el máximo cuidado y la menor brusquedad posible. Una vez el paciente esté en la mesa se ayudará al anestesista a colocar la anestesia raquídea ya sea con el paciente tumbado de forma lateral como sentado en la mesa de quirófano y encorvando la espalda para facilitar la entrada de este tipo de anestesia. Seguidamente se tumbara al paciente en la mesa y se colocará de forma lateral con la cadera a intervenir en la zona superior y se colocaran distintos topes o anclajes en los laterales de la cadera para que esta quede fijada durante la intervención del paciente. También se deberán colocar brazales o el arco dependiente de lo que necesite el personal de quirófano.

Una vez terminada la intervención, en celador deberá quitar los topes y volver a colocar al paciente en decúbito supino y con ayuda de los compañeros de quirófano pasar al paciente de la mesa de quirófano a la camilla y de allí llevarla a la zona de unidad de cuidados intensivos (UCI) o unidad de recuperación postanestésica (URPA) o donde el personal facultativo lo quiera llevar junto con su historial clínico.

Una vez en URPA o UCI el celador ayudará a colocar la cama y al paciente en ella y ayudará al personal de enfermería y auxiliares en alguna función que le pueda pedir.
Cuando la anestesia le permita mover las piernas y pasadas unas horas de la intervención, el celador siempre bajo orden facultativa trasladará al paciente a su habitación, pasando antes por la zona de rayos para realizarle una radiografía post operatoria para ver el resultado de la operación. Igualmente que en quirófano se tendrá mucho cuidado a la hora de pasar al paciente recién operado de la camilla a la mesa de rayos y viceversa.
Una vez hecha la radiografía se llevará al paciente a planta donde se les entregará el historial médico a las enfermeras responsables de dicha planta y se llevará al paciente a su habitación.
Los días siguientes el celador ayudará a la fisioterapeuta si ella lo requiere a la hora de levantar por primera vez al paciente después de la operación y en lo todo lo que crea necesario a la hora de ayudar al paciente a sentarse, a levantarse de la silla y a caminar hasta que la fisioterapeuta crea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Podemos terminar el capítulo destacando la labor del celador en un hospital y más concretamente en una intervención de prótesis de cadera como hemos desarrollado de forma general. Como los celadores trabajan en todas las áreas del hospital, desde urgencias, radiología, plantas, quirófano y la importancia que tienen en funcionamiento diario de un hospital. Para finalizar podemos aclarar que todas estas funciones o labores las hemos explicado de manera general sin muchos detalles y que es una forma de trabajo de un hospital en concreto, lo cual quiere decir que en otros hospitales pueden trabajar de otras formas y los celadores pueden realizar otro tipo de funciones aunque siempre las propias de esta categoría no sanitaria.

6 Bibliografía

1. https://www.mba.eu/blog/tipos-de-protesis-de-cadera/.
2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
3. https://medlineplus.gov/spanish/.
4. https://www.scielo.org/es/.

Capítulo 210

LOS CELADORES QUE ESTAN AYUDANDO A LOS PACIENTES QUE VAN A CONSULTAS EXTERNAS

FABIÁN CANTÓN SERRANO

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ

1 Introducción

Las labores que desarrolla el Celador en el servicio de Consultas Externas consisten en llevar a cabo diversas funciones, las cuales vamos a explicar en el siguiente trabajo.
Los celadores deben de tener un trato amable con todas las personas que acudan a él para solicitar información.
El Celador es la primera persona con la que se encuentra el paciente, este será el que le indique a qué servicio o consulta debe dirigirse, o darle turno para ser atendido por el personal sanitario.
El celador forma parte del personal encargado del cuidado y bienestar de los pacientes y por ello prestará su colaboración para el buen funcionamiento del área.

Las funciones del celador en consultas externas son una labor de apoyo a otros profesionales como médicos y auxiliares sanitarios principalmente. Además de sus funciones generales de vigilancia, apertura y cierre de instalaciones, etc., tiene labores específicas dentro de esta organización.
El servicio de consultas externas es el lugar donde acuden los pacientes y usuarios para asistir a consultas como pediatría, traumatología, cardiología, hematología, cirugía, extracciones, salud mental y otras áreas especializadas derivadas principalmente de atención primaria.
El celador es el encargado de ayudar al paciente a desenvolverse por estos servicios, y en mayor medida cuando el paciente acude al servicio en silla de ruedas o ambulancia.

2 Objetivos

El principal objetivo del presente capítulo es conocer las funciones a realizar por el celador en las consultas externas del hospital.

3 Metodología

A través de páginas web oficiales sanitarias y artículos científicos, publicaciones específicas de sanidad.
Temarios editados o consulta de nuestros apuntes, a través de los cuales conseguimos la información necesaria para la preparación del presente capítulo acerca de las funciones del celador en consultas externas hospitalarias.

4 Resultados

Una de las funciones más importantes del Celador de Consultas Externas es la función asistencial, trasportando los documentos (historia clínica) y los aparatos necesarios para que el personal sanitario pueda iniciar la consulta.
Dentro de sus cometidos, deben ayudar al paciente a desplazarse por la consulta si este lo necesita, ayudarle a vestirse o desvestirse, subir o bajar de la mesa de exploraciones, etc.
Se requiere facilidad de palabra, paciencia, amabilidad y mucha empatía con el enfermo para poder atenderlo y contestarle a las preguntas que pueda formular.
Las principales funciones del celador en el servicio de consultas externas de un centro hospitalario son las que se enumeran a continuación:

- Velar por el orden y limpieza de las salas de espera y evitar aglomeraciones en las mismas.
- Conocer las dependencias del hospital para poder informar a los pacientes a las diferentes consultas o servicios.
- Si es necesario, acompañar a los pacientes a las consultas a las que se dirijan.
- Trasladar a los pacientes desde consultas o desde urgencias hacia las diferentes plantas del hospital.
- Atender el teléfono buscapersonas que se le asigna con el fin de responder a todas las peticiones de manera rápida y eficaz.
- Recoger la documentación necesaria en las consultas: carpeta de admisión, coordinación, volantes, solicitudes de rayos X, correo, preoperatorios e historias clínicas.
- Repartir y recoger las historias clínicas de las consultas.
- Recoger, repartir y almacenar las peticiones de farmacia urgentes.
- Recoger y llevar las muestras que deben ser analizadas en el laboratorio del hospital.
- Recoger de material para esterilización y llevarlo al servicio encargado.
- Colocar al paciente en las camillas de las consultas en la posición que se le indique.
- Apertura y cierre de las puertas de acceso.

5 Discusión-Conclusión

Una vez explicadas las funciones que debe llevar a cabo el celador en consultas externas, podemos decir que la figura del celador es esencial, ya que el destino de los pacientes una vez acuden a la atención primaria y su estado de salud requiere de una atención más cualificada son numerosas las personas que acuden a los hospitales para realizar una atención especializada.

El celador desempeña una labor de apoyo asistencial y organizativa a los profesionales sanitarios, con funciones como movilización de pacientes o recogida de historias clínicas.

El celador de Consultas Externas debe tener la suficiente capacidad para trabajar en equipo, ya que esta es una zona en la que se debe tener una muy buena comunicación con el resto de profesionales.

6 Bibliografía

1. https://congresosicepa.com/celador-consultas-externas/.

2. https://revistamedica.com/funciones-celador-planta-hospitalizacion/.

Capítulo 211

LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA EXPERIMENTAL

FABIÁN CANTÓN SERRANO

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ

1 Introducción

Una de las funciones principales de las Instituciones Sanitarias es la investigación, esta es una parte esencial de la investigación es la experimentación con animales. El Estatuto de Personal no Sanitario se refiere a ”los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios”.
El animalario es un lugar acondicionado para la experimentación con animales. Las funciones dentro de un hospital son, además de la asistencia sanitaria, la docencia y la investigación, y para esta última se hace necesaria la existencia de estos lugares, ya que una de las partes fundamentales de la investigación es la experimentación con animales, gracias a la cual se han conseguido logros de gran importancia.

La finalidad del animalario es asegurar la protección de los animales y sobre todo, que se les concedan los cuidados adecuados, es decir, que no se les cause innecesariamente dolor, sufrimiento, angustia o lesión prolongados, que se evite toda repetición de procesos innecesarios y que el número de animales utilizado en cada experimento se reduzca al mínimo, aplicando, en caso de que sea factible, métodos alternativos.
En ningún caso el celador ejercerá funciones sanitarias ni informará sobre los protocolos experimentales y los tratamientos de los animales del animalario, aunque tenga conocimientos de ellos.
Los animales que se utilizan para la experimentación en los animalarios de los hospitales son: ratones, ratas de laboratorio, cobayas, hámsteres, conejos e incluso ovejas.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Exponer las principales funciones de los celadores en el animalario en los centros hospitalarios.

Objetivos secundarios:
- Definir las condiciones óptimas de cuidado y alojamiento de los animales.
- Nombrar la normativa vigente que protege a los animales de experimentación.

3 Metodología

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

4 Resultados

El artículo 14-2.21 del Estatuto de Personal no Sanitario establece entre las funciones de los celadores que: “Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándolos, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquellas y siempre bajo las indicaciones

que reciban de los médicos, supervisoras o enfermeras que las sustituyan en sus ausencias".

Cuando hablamos del animalario es necesario conocer la estructura de este:

- Zona limpia: para preparar alimentos.
- Oficinas de administración.
- Zona sucia: para limpiar jaulas y albergar el depósito de residuos.
- Zona de experimentación: con mesa quirúrgica e instrumental.
- Incinerador de residuos y cadáveres.
- Zona de ubicación de animales: con sus jaulas.
- Laboratorio: dotado de todo el material necesario para el análisis de las características cualitativas y cuantitativas de los animales.

Celador del animalario tiene como funciones:

- Distribución de los animales: se debe disponer a las distintas especies animales de la forma más adecuada posible para el bienestar de estos, que tenga suficiente espacio y las condiciones necesarias. No mezclar machos y hembras al menos de que no sea necesaria la procreación. El acceso debe ser fácil para el buen control de los mismos. Se deben las directrices recibidas.
- Cuidado de los animales: dependiendo de las características y de la situación de los mismos, se les brindarán todos los cuidados que sean necesarios.
- Alimentación: alimentar a los animales según especie y edad de acuerdo con las características y necesidades, y siempre de forma equilibrada. Considerar situaciones especiales que requieran ayuno o dieta líquida. El alimento será administrado según la composición por cilindros, comprimidos, gránulos, etc., y se emplearán preparados industriales cuando se precisen por su calidad nutritiva y sanitaria. Los bebederos deben estar siempre tiene que estar llenos de agua.
- Limpieza de habitáculos: lavar las jaulas, lechos, comederos y bebederos de los animales, con una frecuencia necesaria para mantener las condiciones de higiene, para evitar los malos olores y las posibles infecciones. Desalojar los cadáveres por muerte natural u otros motivos, y proceder según el protocolo del hospital a su incineración o enterramiento. Limpiar y esterilizar, unas tres veces por semana, las bandejas que se emplean para recoger los excrementos. Asear a los animales que tengan que someterse a alguna prueba.
- Procreación: existen animales que por sus características son traídos de forma específica para determinados casos y no es necesaria su procreación. Los animales de fácil procreación como ratas y conejos, mantendrán el número de ejemplares necesarios para el experimento. Nunca exceso, pues supone más trabajo y mayor gasto.
- Otras Funciones: trasladara a los animales de unas dependencias a otras. Colab-

orar en el experimento: hay casos en los que se requiere la presencia del celador para sujetar el animal o rasurar. Captura y recuperación de animales que escapan de las jaulas, por descuidos o puertas abiertas.

5 Discusión-Conclusión

Es importante la labor auxiliar del celador en la ayuda al personal sanitario o facultativo en las unidades de animalario en hospitales, así como la correcta comunicación con el resto del equipo de la unidad para de esta manera formar un grupo de trabajo bien cohesionado. El celador debe conocer muy bien cuál es su función y cuál es su misión en cada situación en la que se puede encontrar en el día a día en el área del animalario hospitalario.
El celador de los hospitales deberá colaborar en las diversas funciones a ellos atribuidas. Los celadores que prestan sus servicios dentro del animalario del centro hospitalario, se encargaran en todo momento de los animales, procurando su bienestar, alimentación, aseo y aseo de sus sitios de descanso.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://www.scielo.org/es/.
4. Pubmed.
5. https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-el-animalario.
6. https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-22-funciones-del-celador-en-la.html.
7. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_7.pdf.

Capítulo 212

EL CELADOR EN LOS DIFERENTES TIPOS DE AISLAMIENTO

ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS

FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO

CARLOS BENITA COTILLAS

1 Introducción

Para comenzar, las enfermedades infecciosas a menudo están interconectadas. La combinación de todos estos factores da como resultado la propagación de la enfermedad:
* Portador o agente causal: Organismo que quiere transmitir la enfermedad a una persona infectada.
* Huésped o reservorio: Un organismo que contiene virus, bacterias u otras enfermedades infecciosas.
* Origen de la enfermedad o fuente de infección: Persona animada o inanimada, la enfermedad puede presentarse directa o indirectamente.
* Modo o mecanismo de Transmisión: El método por el cual la bacteria se adhiere al huésped.
*Huesped susceptible: Este es el principio de toda salud potencialmente mortal.
* La cuarentena o aislamiento es la separación de una persona infectada con una enfermedad infecciosa de otras personas (excepto trabajadores de la salud). Se coloca al paciente en la habitación y en el lugar adecuado para prevenir infecciones. Estas personas permanecen aisladas hasta la mejoría o la muerte; tratamiento completo, medicina y microbiología. El tipo de aislamiento utilizado

en todos los casos fue aprobado por la política o recomendación del servicio médico de prevención y aprobado por la junta médica de enfermedades.
La organización está desarrollando un plan de control de infecciones nosocomiales, ya que este tipo de patologías está creciendo de manera importante en hospitales con pacientes ingresados.

2 Objetivos

El principal objetivo es el de desarrollar cada uno de los deberes del celador en aislamiento de forma particular, y conocer los distintos tipos de aislamiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este estudio se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada. Se encontraron artículos científicos seleccionados de publicaciones académicas revisadas por pares mediante una búsqueda exhaustiva de libros y artículos en las tres principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

La cuarentena o aislamiento puede dar lugar a distintos tipos de aislamientos, que se utilizan con dos finalidades:
* Cuarentena ordinaria o cuarentena de barrera: para aislar a los pacientes infecciosos y evitar el contagio de la enfermedad a personas sanas.
*Sala de emergencia o barrera de habitación, más conocido como aislamiento inverso: aísla a los pacientes alérgicos y los protege de enfermedades infecciosas. Por lo tanto, el aislamiento protector o aislamiento inverso, protege al paciente.
Los objetivos logrados a través de los diferentes tipos de aislamiento son los siguientes:
* Reducción del riesgo de infección para pacientes, trabajadores de la salud y los familiares que hacen labor de acompañantes.
* Reducir el número de infecciones nosocomiales, ya que en los hospitales con ingresos es muy frecuente contraer algún otro tipo de enfermedad.
* Prevenir y gestionar posibles brotes.
* Mejorar la atención al paciente.

Es muy difícil de lograr, pero la mayor parte de la barrera siempre se toma para evitar la propagación de la enfermedad.

Para evitar la propagación de la enfermedad, se dan instrucciones separadas para las salas, el personal y los pacientes, y para la llegada de visitantes. Entonces: *Mantenga las puertas de la habitación cerradas en todo momento y use algún tipo de aislamiento. * Utilice la técnica de doble bolsa. * Guarde los suministros médicos en la habitación hasta que el paciente sea dado de alta. * La erradicación simultánea o concomitante con la erradicación final debe hacerse con precaución para prevenir nuevas infecciones. *Los guardias se lavan las manos antes de entrar y salir de la habitación. *Usan batas, guantes, mascarillas, gorros y polainas según sea necesario en la sala. *Todo el equipo utilizado por los pacientes debe almacenarse y esterilizarse después del alta.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes infecciosos deben recibir la misma atención que cualquier otro tipo de paciente, y en algunos casos incluso más, y siempre se debe considerar mantener los estándares adecuados de aislamiento.
Nunca debemos pensar en deshacernos de tales pacientes porque los hace sentir culpables, tristes o avergonzados. Para reducir la ansiedad, explicar al paciente y a toda la familia el procedimiento y los objetivos a seguir. Por todas estas razones, los celadores que realizan un trabajo significativo de autoayuda deben ser amables con los pacientes y a los trabajadores de la comunidad sanitaria, además de conocer todas las especies que existen.

6 Bibliografía

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

Capítulo 213

EL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE RADIOLOGÍA Y SUS FUNCIONES

ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS

FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO

CARLOS BENITA COTILLAS

1 Introducción

El físico alemán Wilm-Helm Conrad Roentgen, quien descubrió los rayos X en 1895 mientras realizaba experimentos con tubos de vacío y un generador eléctrico, es reconocido como el creador o descubridor de la radiografía.
El servicio de radiognóstico es un servicio central cuyo objetivo es la realización e interpretación de pruebas radiológicas de forma integrada y secuencial para lograr una orientación diagnóstica de los pacientes Los tratamientos mínimamente invasivos se guían con estas pruebas. Un equipo multidisciplinario que brinda este servicio está conformado por radiólogos, enfermeras, técnicos de rayos X y celadores.
La práctica del radiodiagnóstico, también denominada diagnóstico por imágenes o radiología, tiene como tarea la creación de imágenes del organismo utilizando diversas herramientas físicas (como rayos X, ultrasonido, etc.).), cuyo objetivo es identificar y tratar enfermedades.
Es un servicio que tiene mucha demanda dentro de los centros de salud y está disponible las 24 horas, por lo que la carga de trabajo suele ser bastante alta. Para lograr una alta eficiencia además de la efectividad esperada, el equipo de trabajo

debe trabajar bien en conjunto. Por estar a cargo de los traslados y movilizaciones de pacientes, el asistente juega un papel crucial en el servicio de radiodiagnóstico. Las funciones que debe realizar un celador dentro de un servicio de radiología se intentarán describir en las líneas que siguen.

2 Objetivos

Se deben identificar las responsabilidades del celador dentro del servicio de radiología o radiodiagnóstico. Conocer el funcionamiento de un servicio de radiología y el equipo que lo componen, así como reconocer las funciones de cada miembro de este.

3 Metodología

Como parte de la investigación para el desarrollo del presente estudio se ha realizado una revisión de la literatura científica ya publicada. Se utilizaron las bases de datos primarias Pubmed, Medline y Scielo para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares. También se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de libros. utilizando rx, resonancia, tomografía computarizada, medicina nuclear, radiodiagnóstico y radiología como términos de búsqueda con filtros y descriptores.

4 Resultados

El celador que preste servicios en un servicio de estas características deberá desempeñar determinadas funciones además de las que sean comunes a los demás servicios en los que pueda prestar su servicio. Los siguientes son algunos de estos deberes:

• La transferencia (desde una silla, cama, etc.) será la tarea principal.) entre el servicio de radiología y la unidad hospitalaria donde se encuentra el paciente, y viceversa. Los traslados desde el área de emergencia no estarán a cargo de los mismos

. • Debe nombrar claramente al paciente que se está trasladando.

• Apoyarán al técnico de rx mientras este da instrucciones para movilizar al paciente.

• El control de planta informará a las enfermeras quién es el paciente y qué prueba se debe realizar al momento de trasladar al paciente. No olvide tener a mano la

historia clínica del paciente en caso de ser necesaria.
• Entregarán la documentación requerida (volantes de citación, etc.) así como cualquier objeto que se les requiera, así como las comunicaciones verbales, con el mayor cuidado.
• Transportarán el equipo (recetario portátil, etc.) y mobiliario de un servicio a otro.
• Serán responsables de la limpieza de las instalaciones y del mobiliario (incluyendo sillas, mesas, camillas, etc.).
• El representante del servicio de radiología debe estar siempre accesible y localizable.
• No se permitirá que el cuidador discuta la condición, el pronóstico o el tratamiento del paciente con el paciente o su familia. Siempre llévelo al médico que está a cargo de su caso.
Debido a los riesgos que conlleva este servicio debido a las radiaciones emitidas ya las que están expuestos tanto los trabajadores como los usuarios, se categorizan en función del riesgo varias zonas: o Zona franca: es aquella en la que no existe ningún tipo de riesgo. No hay signos presentes. Es muy difícil superar los 6 mSv para dosis efectivas, pero es posible superar los límites establecidos para miembros del público en un área supervisada.
Trébol que es gris y azul. o Zona controlada: En esta zona se pueden superar los límites superiores de dosis efectivas en piel, cristalino y extremidades (6 mSv). Si permanecemos en esta zona durante una jornada laboral, que se define como una jornada de 8 horas, cinco días a la semana, 50 semanas al año, corremos el riesgo de recibir dosis superiores a las establecidas. Esta zona también se conoce como trébol verde o zona controlada de permanencia limitada.
Trébol naranja o Zona controlada de permanencia regulada: Existe la posibilidad de superar rápidamente todos los límites de dosis establecidos.
Un trébol rojo. o Zona de acceso restringido: En esta zona, una sola exposición puede exponernos a dosis de radiación superiores a todos los límites máximos permitidos. ”Trébol rojo”.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía de diagnóstico, o tecnólogos radiológicos, desempeña un papel muy importante en el cuidado de los pacientes y en la asistencia al personal de radiología. Debido a la importancia del trabajo, se debe prestar atención a la coordinación de todo el grupo de trabajo.Se debe prestar especial atención al uso

seguro y adecuado de todo el equipo y el personal, ya que se deben minimizar todos los riesgos para el personal.
Por ello se hace indispensable la función del celador, para el trtaslado de pacientes y colocación en las salas de radiodiagnóstico, aparte del resto de funciones que desempeñan, como hemos visto anteriormente.

6 Bibliografía

1 Web ”wikipedia.org”
2 Web ”foronuclear.org”
3 Web ”pubMed.es”

Capítulo 214

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES A REALIZAR EN UN ALMACÉN HOSPITALARIO

ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS

FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO

CARLOS BENITA COTILLAS

1 Introducción

Un almacén hospitalario es un área física dentro de un hospital o centro médico que se utiliza para la distribución y almacenamiento de suministros, equipo médico, medicamentos y otros artículos necesarios para las operaciones diarias de la institución.
Su objetivo principal es asegurar que los recursos requeridos se suministren y estén disponibles en los momentos apropiados y en las cantidades necesarias.
La gestión eficaz de los inventarios y la logística interna del hospital constituye la base del concepto de almacén hospitalario.
Como resultado, los productos deben ser recibidos, examinados, almacenados y controlados. Además, debe planificarse su distribución interna a los diferentes departamentos y servicios del hospital para satisfacer sus necesidades.
El almacén del hospital es el encargado de recibir la mercancía, asegurar su cantidad y calidad, y etiquetarla y clasificarla adecuadamente para su almacenamiento. Adicionalmente, se encarga de llevar registros completos de inventarios, dar seguimiento a las entradas y salidas de productos, administrar las fechas

de vencimiento y realizar inventarios periódicos. Además, el almacén del hospital es fundamental para la gestión de crisis y emergencias, garantizando la disponibilidad de los insumos necesarios en caso de desastre natural, epidemia u otras emergencias médicas.
El almacén hospitalario es una parte fundamental de la cadena de suministro del hospital porque es el encargado de administrar y controlar los recursos necesarios para el buen funcionamiento de la institución y garantizar la disponibilidad y calidad de los productos en el lugar y el tiempo especificados.

2 Objetivos

El propósito de este capítulo es mostrar las responsabilidades de los celadores en las diversas áreas de almacén mencionadas en este capítulo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, realizamos un estudio y revisamos la literatura científica actual. Realizamos una búsqueda bibliográfica sistemática, buscando artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, para seleccionar artículos científicos que cubran el tema de estudio.

4 Resultados

Un celador juega un papel importante en el almacén de un hospital, ya que se encarga de diversas tareas relacionadas con la recepción, el almacenamiento y la dispensación de medicamentos.
Estas son algunas de las tareas que realizan los asistentes en el almacén de un hospital:
* Recepción de suministros: los celadores reciben medicamentos, así como los medicamentos entregados por asistentes externos. Aseguran de que el producto sea el solicitado, inspeccione para garantizar la calidad y registre la recepción.
*Almacenamiento: los gerentes de operaciones organizan y almacenan materiales y suministros en áreas de almacenamiento adecuadas. Ordenan los artículos por tipo, forma y etiquetado las áreas de almacenamiento para una fácil identificación.
* Gestión de inventario: los celadores mantienen las últimas existencias disponibles en el almacén del hospital. Verifican regularmente para asegurar un

stock adecuado. Reportar discrepancias y defectos a gerencia de producto.
*Distribución Interna: Es el sistema encargado de procesar los pedidos y distribuir bienes y materiales a las diferentes localidades y servicios de salud según se requiera. Uso de un carrito, una carretilla u otro medio de transporte para facilitar la transición.
*Controlar las fechas de caducidad: los celadores verifican las fechas de caducidad de los medicamentos y retiran los que están a punto de caducar o han caducado. Son responsables de notificar a los empleados y ayudarlos a retirar o devolver productos vencidos.
* Mantenimiento del orden y la limpieza: los celadores mantienen el orden y la limpieza en los almacenes del hospital. Aseguran de que los materiales se almacenen correctamente, evitando obstrucciones y garantizando un entorno seguro y libre de peligros.
* Asistencia de Emergencia: En caso de emergencias como desastres naturales o epidemias, los celadores se encargarán de las necesidades ellos mismos. Participar en la preparación de suministros de emergencia y ayudar en la distribución. Los farmacéuticos de hospital juegan un papel importante en la recepción, almacenamiento y dispensación de medicamentos y medicinas. Su trabajo ayuda a mantener las operaciones y garantiza que los trabajadores de la salud tengan los recursos que necesitan para atender a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Un concepto importante en el almacenamiento hospitalario es mantener el contacto fluido con el personal encargado de gestionar los distintos elementos y servicios del hospital. Para el manejo de los suministros es importante mantener actualizado el historial de las entradas y salidas y las necesidades de cada zona. Además, de vigilar las fechas de vencimiento y los cambios de productos, y asegurarse de usar primero el producto más antiguo. Además, fomentar el mantenimiento del orden y la limpieza en nuestros almacenes, mejorando la calidad y el acceso a nuestros productos.
Finalmente, se debe alentar la capacitación continua de los empleados sobre las políticas y procedimientos del almacén para garantizar operaciones eficientes.

6 Bibliografía

1. Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com

2. ”revistamedica.com.”

Capítulo 215

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN COMUNICACIÓN Y HABILIDADES EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR

ANA MARIA CANO ESPINOSA

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

1 Introducción

La comunicación efectiva y las habilidades específicas en urgencia hospitalaria son fundamentales para el personal médico y administrativo que trabaja en un entorno hospitalario.

En situaciones de urgencia, la comunicación clara y precisa es esencial. Tanto el personal médico como el administrativo deben ser capaces de transmitir información de manera comprensible y concisa, evitando la jerga médica y asegurándose de que todos los involucrados comprendan la situación y las acciones que se deben tomar.

Además, la capacidad de escuchar atentamente a los pacientes, sus familiares y el personal médico es crucial en situaciones de urgencia. Esto implica prestar atención a las necesidades y preocupaciones de los demás, demostrar empatía y asegurarse de comprender completamente la información que se está recibiendo.

Y es que las situaciones de urgencia pueden ser estresantes y caóticas. Es importante que el personal hospitalario, incluidos los auxiliares administrativos, sepa

manejar el estrés de manera efectiva. Esto implica mantener la calma, tomar decisiones adecuadas bajo presión y mantener un enfoque organizado en medio de situaciones desafiantes (1).
Otra cosa a tener en cuenta es que, en las urgencias hospitalarias, la colaboración y el trabajo en equipo son esenciales. El personal administrativo debe ser capaz de colaborar de manera efectiva con el personal médico, siguiendo las instrucciones y brindando el apoyo necesario en la comunicación y coordinación de actividades. En situaciones de urgencia, los pacientes y sus familiares pueden estar emocionalmente afectados. Los auxiliares administrativos deben mostrar empatía, comprensión y proporcionar apoyo emocional en la medida de sus posibilidades, manteniendo un trato humano y compasivo.

2 Objetivos

Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el auxiliar administrativo con respecto a la comunicación y la muestra de habilidades en las urgencias hospitalarias.

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 comunicación desempeña un papel crucial en la gestión de la comunicación interna y externa de una organización, incluyendo aquellas relacionadas con el ámbito hospitalario. Algunas de las funciones clave que puede llevar a cabo en este contexto son atender y gestionar llamadas telefónicas. Y es que el auxiliar administrativo en comunicación es responsable de recibir y realizar llamadas telefónicas, asegurándose de brindar un servicio amable y eficiente a pacientes, familiares, proveedores y otros miembros del personal médico.

En el caso de las urgencias, este profesional es responsable de gestionar y distribuir la correspondencia tanto interna como externa, asegurando que llegue a las personas o departamentos correspondientes de manera oportuna. Además, el auxiliar administrativo puede encargarse de administrar las cuentas de correo electrónico y las redes sociales del hospital, respondiendo consultas, proporcionando información relevante y monitoreando las interacciones en línea. También puede ser responsabilidad del auxiliar administrativo coordinar y programar reuniones, conferencias y otros eventos relacionados con la comunicación, asegurándose de que se realicen de manera eficiente y que se proporcione la información necesaria a los participantes (2).
Otra función importante es que el auxiliar administrativo puede ser responsable de mantener actualizadas las bases de datos de contactos, tanto de pacientes como de proveedores, asegurándose de que la información esté completa y precisa. En cuanto a las habilidades en urgencias hospitalarias, es importante que el auxiliar administrativo cuente con ciertos conocimientos y habilidades específicas para lidiar con situaciones de emergencia. Es útil que el auxiliar administrativo esté familiarizado con los conceptos básicos de primeros auxilios, como el manejo de lesiones comunes, la reanimación cardiopulmonar (RCP) y el uso de desfibriladores externos automáticos (DEA). Las urgencias hospitalarias pueden ser situaciones estresantes y caóticas. Es importante que el auxiliar administrativo sea capaz de mantener la calma y actuar de manera efectiva bajo presión, siguiendo los procedimientos establecidos y brindando apoyo a los profesionales médicos (3).
En situaciones de urgencia, la comunicación clara y efectiva es crucial. El auxiliar administrativo debe ser capaz de transmitir información de manera precisa y comprensible, tanto verbalmente como por escrito, y de escuchar atentamente las instrucciones del personal médico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo en comunicación desempeña un papel fundamental en la gestión de la comunicación interna y externa en un entorno hospitalario. Sus funciones incluyen atender y gestionar llamadas telefónicas, coordinar la correspondencia, manejar el correo electrónico y las redes sociales, organizar reuniones y eventos, y mantener bases de datos actualizadas.
En cuanto a las habilidades en urgencia hospitalaria, el auxiliar administrativo debe poseer conocimientos básicos de primeros auxilios, ser capaz de mantener la calma bajo presión, contar con habilidades de comunicación efectiva, tener conocimiento de los protocolos de seguridad y emergencia, y ser capaz de traba-

jar en equipo y proporcionar apoyo emocional a pacientes y familiares en situaciones de urgencia.

6 Bibliografía

1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-auxiliar-administrativo-en-el-servicio-de-urgencia/#::text=Las%20funciones%20espec%C3%ADficas%20del%20auxiliar,registro%20y%20realizan%20tareas%20administrativas.
2. https://revistamedica.com/funciones-laborales-administrativo-urgencias/#::text=El%20personal%20administrativo%20se%20encargar%C3%A1,o%20simplemente%20de%20su%20alta.
3. https://revistamedica.com/objetivos-principales-auxiliar-administrativo-urgencias-hospitalarias/.

Capítulo 216

LA FIGURA DEL CELADOR CON LA RECEPCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA

MARÍA DE LAS NIEVES CORTINAS VALLADOLID

PEDRO JULIÁN ROMERO ARRIBAS

MARIA ELENA BELMAR GARCIA

1 Introducción

Dentro del servicio de farmacia realizan su actividad profesional una gran variedad de categorías profesionales, por lo que puede considerarse un servicio multidisciplinar. Es destacable que en dicho servicio actúan tanto profesionales sanitarios como profesionales no sanitarios bajo la supervisión, organización y coordinación de un jefe de servicio determinado por la dirección del centro, siendo en la mayoría de las ocasiones un facultativo especialista en farmacia. Este jefe de servicio es el encargado de distribuir los turnos y las funciones de cada categoría en las diferentes secciones existentes dentro de la unidad de farmacia. Sin embargo, los celadores que desarrollen su actividad profesional en el servicio de farmacia actuarán bajo las órdenes del jefe de servicio de farmacia y bajo la supervisión del jefe de personal subalterno.

Los celadores adscritos al servicio de farmacia a su vez se reparten entre las distintas unidades existentes en el servicio, aunque esta división depende tanto de la

propia organización del centro sanitario como del número de servicios llevados a cabo por la unidad de farmacia con el resto de las unidades del centro sanitario, puesto que los celadores serán los encargados de la distribución de la medicación por el resto de las unidades del centro sanitario.

2 Objetivos

- Conocer la organización y supervisión de los profesionales sanitarios y no sanitarios del servicio de farmacia.
- Enumerar los celadores necesarios en el servicio de farmacia teniendo en cuenta la realización de sus funciones.

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 con anterioridad en la introducción de este capítulo científico, los celadores se clasificarán en función de los servicios realizados al resto de unidades del centro sanitario.
Es por ello por lo que en el servicio de farmacia podemos encontrar la siguiente división de los celadores:
• Celadores encargados de la recepción a los transportistas de los diversos laboratorios de la medicación solicitada previamente por el servicio de secretaria.
• Celadores encargados de la colocación de la medicación recepcionada, en su localización dentro del servicio de farmacia.
• Celadores encargados de distribuir la medicación dispensada por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, al resto de unidades del centro sanitario.
• Celadores encargados de trasladar los citostáticos a la unidad de oncología para la administración de ciclos de quimioterapia.
• Celadores encargados de trasladar medicaciones parentales y enterales, preparadas dentro de las cabinas en el propio servicio de farmacia.

• Celadores encargados de preparar los pedidos de sueros fisiológicos solicitados por los supervisores del resto de unidades.
• Celadores encargados de distribuir los pedidos de sueros fisiológicos al resto de unidades del centro sanitario.
• Celadores encargados de preparar los pedidos de sueros fisiológicos solicitados por los centros de salud adscritos a la farmacia de la institución hospitalaria.
• Celadores encargados de preparar los pedidos de sueros fisiológicos solicitados por las residencias adscritas a la farmacia de la institución hospitalaria.
• Celadores encargados de trasladar los carros de unidosis de las plantas de hospitalización hasta la unidad de farmacia.
• Celadores encargados de trasladar los carros de unidosis ya preparados desde el servicio de farmacia hacia el resto de las plantas de hospitalización.
Cabe decir que estas son las funciones realizadas por los celadores en el servicio de farmacia de un centro sanitario, pero no por ello quiere decir que se necesite un celador para cada una de estas funciones, puesto que el número de celadores dependerá de la carga de trabajo que tenga cada unidad y de la propia organización del centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "La figura del celador con la recepción y distribución de la medicación en el servicio de farmacia" nos refleja nuevamente la importancia de la existencia de los celadores en los centros sanitarios, en esta ocasión en el servicio de farmacia.
La importancia de esta existencia se basa en que los celadores al ser personal no sanitario realizan aquellas funciones que no se encuentran relacionadas con el resto de las categorías profesionales, sin embargo tienen el hándicap de no ser sanitarios, por lo que en servicios tan concretos como es el de farmacia requerirán de una pequeña formación para conocer los diferentes tipos de medicación y la manera correcta de su manejo.

6 Bibliografía

- Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021.

- Temario de celadores del servicio de salud de Castilla-La Mancha. España. Centro de estudios Adams. 2007.

Capítulo 217

LA LABOR DEL CELADOR EN EL HOSPITAL DE DÍA. PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE ESTOS CENTROS

MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA

RAUL MARTINEZ MOROTE

SERGIO FUENTES MARÍN

EMILIA SANTANA TENDERO

CAROLINA MORENO FELIPE

1 Introducción

El Hospital de día es aquella institución sanitaria de carácter ambulatorio, es decir, los pacientes acuden porque tienen una cita programada por el especialista para recibir un tratamiento farmacológico o terapéutico, pero sin los inconvenientes de estar ingresado, por lo que una vez finalizado puede volver a casa y realizar su vida de forma habitual. Siempre habrá supervisión del equipo médico y de enfermería. En estos centros se tratan diferentes patologías: diálisis, tratamientos oncológicos, enfermedades psiquiátricas, trastornos alimenticios, trastornos infantiles, anemias, alergias, una unidad quirúrgica para intervenciones leves, asistencia geriátrica y gerontológica, tratamiento de adicciones, etc.

Existen unas salas a las que el Celador llevará al paciente acompañándolo si va por su propio pie, o trasladándolo en silla de ruedas o camilla si fuera necesario en la que los pacientes reciben su tratamiento con unos sillones y unos biombos o separaciones para intentar mantener algo de intimidad. Después avisará al TCAE o DUE para que sepan que ha llegado y pueden comenzar con la sesión, los cuales estarán siempre supervisando en todo momento para garantizar que el tratamiento le sienta bien al paciente y no existe interacciones anormales.
Los celadores de los hospitales de día siempre estarán pendiente de los pacientes que entran por la puerta por si necesitan ayuda en su llegada, ofreciéndoles una silla de ruedas, o necesitan orientación sobre las salas o personal trabajador en el hospital. Los pacientes también pueden acudir desde las plantas de oncología de dicho centros, o desde el hospital general, así como si acceden a través de la ambulancia.

2 Objetivos

Explicar las funciones del celador destinado en el Hospital de Día, así las principales características de este centro sanitario y su importancia a nivel asistencial.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos:Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Ésta unidad a parte de suministrar los tratamientos o terapias pautadas por el facultativo, tambien ofrece un apoyo psicocológico, emocional y por que no decirlo, espiritual a los pacientes y familiares, ya que a veces tanto unos y otros acuden a estos centros, temerosos, inseguros e incluso desesperanzados, por lo que también se intenta dar una ayuda para afrontar la enfermedad y el dolor. A parte tambien se tratan enfermedades mentales, por lo que realizará un servicio social para poder integrar a estos pacientes en la sociedad de manera satisfactoria.

Este es uno de los servicios que requiere la presencia del celador de manera continuada y sin descuido, ya que algunos de estos pacientes se encuentran muy debiles, o inmunodeprimidos, llegando a necesitar tras los tratamientos de mucha ayuda para sentarse en la silla de ruedas para volver a casa, o tumbarlo en la camilla, o para acompañarlo al baño mientras que dure la sesión.

Si no existe un compañero celador en el turno, y si se tuvieran que llevar muestras a laboratorios, o trasladar aparatos a otras unidades, solamente podrá abandonar su puesto de trabajo si fuera totalmente imprescindible la tarea y lo ordenase su superior jerárquico.

El celador ayudará al TCAE con el aseo del paciente cuando sea llamado, así como en la realización de los cambios de postura y a la hora de vestirse y desvestirse, ayudando a la colocación de cuñas o acompañandolo al baño.

En el turno de mañana, se suelen realizar análisis de sangre y orina, por lo que el celador llevará las muestras a laboratorio lo más rápido posible, así como en el caso de los pacientes oncológicos que necesitarán de pruebas complementacias para ver su evolución, necesitando de la figura celador para que se realicen resonancias, TAC, radiografías, dejándolos en estas estancias y recogiéndolos una vez haya finalizado para volver a llevarlo a la sala donde se encontraba.

El celador también velará por mantener la estancia en orden, sin sillas de ruedas vacías por el medio de los salones, instando a los acompañantes y pacientes a mantener silencio para no molestar al resto de personas, colaborando en todo momento con el personal médico y de enfermería para cualquier asunto que haya que hacer.

5 Discusión-Conclusión

El Hospital de Día es una estancia sanitaria que presta unos servicios terapéuticos y ofrece tratamiento farmacológico a los pacientes según su cuadro clínico, tras la evaluación del facultativo que ha decidido que acuda a este servicio para ser tratado. Nos encontramos con pacientes que tienen que llevar un tratamiento oncológico, pero tambien pacientes con trastornos mentales, con necesidad de diálisis, con trastornos de alimentación, y personas que acuden a someterse a alguna cirugía leve.
El celador deberá de atender a estos pacientes a su llegada, tanto si acuden por su propio pie, en silla de ruedas, en camilla, en ambulancia, o de otras áreas del hos-

pital, ayudándoles a la hora de los cambios de postura, aseo, llevando analíticas al laboratorio, acompañándolos en la realización de pruebas diagnósticas, etc.

6 Bibliografía

1. Manual del Celador. Editorial Mad.
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google: celador, hospital de dia.
3. https://medlineplus.gov/spanish/
4. Formacion Logoss. Celador.

Capítulo 218

EL CELADOR DEL ÁMBITO SANITARIO ANTE LOS RIESGOS DE SUFRIR LESIONES MUSCOESQUÉLETICAS

MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA

RAUL MARTINEZ MOROTE

SERGIO FUENTES MARÍN

EMILIA SANTANA TENDERO

CAROLINA MORENO FELIPE

1 Introducción

Las dolencias musculo-esqueléticas abarcan desde dolencias leves y que pueden tardar unos días en desaparecer, hasta lesiones más graves, dolorosas e incapacitantes que repercuten seriamente en la salud del trabajador y disminuyen el trabajo que pueden sacar adelante, ya que no podrán desarrollar de manera tan eficaz como antes su trabajo o tendrá de acogerse a una baja laboral para recuperarse. Podemos definir tres bloques que engloban los posibles riesgos:

1/ Riesgos de ergonomía y psicológicos: lesiones dorso-lumbares, estrés, no amoldarse a los distintos turnos de trabajo sobre todo al nocturno, fatiga, falta de interés por el trabajo que se realiza, etc

2/ Riesgos de higiene: escasa o inadecuada iluminación de las estancias, existencia de contaminantes biológicos, temperatura inadecuada, exposición de gases, infecciones nosocomiales, etc.
3/ Riesgos de seguridad: de sufrir quemaduras, cortes con objetos punzantes, caídas por suelos mojados, etc.

El colectivo de los celadores es uno de los que mas le repercuten y sufren lesiones musculo-esqueléticas, ya que en la gran mayoría de sus funciones deben de aplicar la fuerza de su cuerpo, a veces por la falta de personal o por las prisas suelen adoptar posturas nada anatómicas, las horas que emplean de pie o caminando para llevar a los pacientes de un lado a otro, la movilización de los pacientes y los cambios posturales, levantamiento de cargas, etc. Todo ésto repercutirá sobre todo en dolor en la espalda, especialmente en su parte baja, derivando en la aparición de distintas patologías en la que los discos intervertebrales se ven seriamente comprometidos.
En España, gracias a la Constitución Española de 1978, ya empieza a velarse por la seguridad de los trabajadores encomendándose a los Poderes Públicos su vigilancia en el art.40.2 y reconociendo el derecho a la protección de la salud en el art.43. Más tarde se elabora la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, exponiéndose en su artículo 15, la necesidad de adaptar el trabajo al trabajador y que existan los mínimos los efectos del mismo en su salud.

2 Objetivos

Explicar los riesgos a los que está sometido el Celador a la hora de desarrollar sus funciones y la forma en la se pueden evitar en la medida de los posible.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos:Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según el puesto de trabajo en el que esté destinado el celador, se recomendarán pautas con el fin de evitar lesiones:
1. Si el trabajo es sentado: deberá mantener la espalda recta apoyándola en el respaldo de la silla, para ello debe nivelar la mesa a la altura de los codos, dejando los pies sobre un reposapiés, se levantará aunque sea unos minutos para estirar las piernas cuando sea posible, si tiene ordenador lo mantendrá a la altura de los ojos alternar con otras posturas, teniendo el borde superior del monitor a nivel de los ojos.
2. Si el trabajo es de pie: deberá cambiar con frecuencia la posición de los pies repartiendo los pesos e intentando cambiar de postura si es posible.

El celador está expuesto a padecer diferentes lesiones en el desarrollo de su trabajo debido al contacto directo con el paciente, a sus funciones de levantar o transportar cargas, cuando ayuda en el aseo del paciente, cuando se le transfiere de la cama al sillón, a una camilla o se le ayuda a ir al baño, cuando se le ayuda a ir a la ducha, cuando está trabajando en almacén o farmarcia y debe de transportar cargas muy pesadas, etc. Para ello se establece un protocolo de actuación en su rutina que debe de atender si no quiere sufrir las temidas lesiones musculoesqueléticas: ,
• Deberá mantener los pies separados para así tener una mayor superficio de apoyo y reparto del propio peso.
• Mantener la espalda recta, activar la zona abdominal a la hora de hacer esfuerzos para así evitar forzar los músculos lumbares, de manera que el abdomen y las piernas flexionadas, desarrollen toda su fuerza.
• Cuando tengan que ayudar en el aseo o cambio de ropa a los pacientes, deberán aproximarse al paciente, y sujetarlo cerca de su propio cuerpo. Además debe ajustarse la altura de la cama para que no tenga que estar haciendo fuerza con las lumbares.
• Cuando movilice a un paciente la cama o silla de ruedas deberá tener el freno echado.
• Cuando se encuentre que tenga que levantar objetos o cargas muy pesadas siempre ésta irá pegada al cuerpo. La norma general es no mas de 25 kilos con la excepción de si es mujer, jovenes o mayores que podría rebajarse a 15 kilos. En el caso de estar en buena forma los hombre podría coger hsta 40 kilos.
• En el caso de que el peso fuera demasiado, siempre se podrá pedir ayuda a algún compañero o utilizar mecanismos mecánicos como transpaletas.
• Siempre hay que evitar movimientos bruscos, y torsiones de tronco.

• Ante cualquier duda, el celador siempre tiene que tener en mente que es preferible deslizar o empujar a levantar.
• Evitar posturas forzadas en el desarrollo de sus funciones como son: estar de rodillas, de cuchillas, con el cuello haciendo fuerza e inclinado, y con el tronco hacia adelante soportando todo el peso.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario debe de haber un protocolo de actuación el cual el celador debe seguir a rajatabla a la hora de desarrollar sus funciones de forma segura, evitando en todo momento la posibilidad de sufrir las temidas lesiones musculoesqueléticas, ya que eso supondría una situación de mucho dolor y la posibilidad de pedir la baja laboral. Por ello debe de adoptar siempre una postura ergonómica, que evite estar de rodillas o cuclillas, torcer el torso, realizar movimientos bruscos, coger demasiada carga para su capacidad corporal, a la hora de realizar el aseo o los cambios posturales a los pacientes deberá acercarse a la cama y subirla a una altura cómoda, deberá echar el freno, manteniendo la espalda fuerza y haciendo toda la fuerza con la faja abdominal y las piernas, las cuales estarán flexionadas.

6 Bibliografía

• Búsqueda en Google con palabras clave : riesgos ergonómicos, oms, ergonomía, celador y lesiones musculoesqueleticas.
• Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.
• Manual del celador. Editorial Mad.
• Celadores.org

Capítulo 219

EL CELADOR EN LA PREVENCIÓN DE LAS CAIDAS DEL ANCIANO

MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA

RAUL MARTINEZ MOROTE

EMILIA SANTANA TENDERO

SERGIO FUENTES MARÍN

CAROLINA MORENO FELIPE

1 Introducción

El anciano, como sabemos, llega un punto en la cual se puede llegar a mostrar muy dependiente, frágil, débil, muy deteriorado funcionalmente, lo cual puede derivar en que tropiece más fácilmente o se caiga, con todas las consecuencias que ésto puede traer, ya que puede cogerle miedo a salir de la cama o sillón por miedo a caerse otra vez,ansiedad, temor a quedarse solo, disminuyendo aún más su autonomía, bajando su autoestima, sus ganas de seguir luchando, produciéndose lesiones leves o más graves, llegando incluso a que sobrevenga la muerte prematura.

Lo más normal es que tras la caída aparezcan fracturas de huesos y/o alteraciones musculares. De ahí la importancia que desde los centros sanitarios, los sistemas centrales directivos, estudien métodos para evitar y prevenir las caídas de ancianos cuando están ingresados en los hospitales y centros sanitarios, evaluando

los factores de riesgo y la importancia de la supervisión de todos los trabajadores implicados en el cuidado de los ancianos mientras que dure su estancia.

Las caídas se pueden producir por dos motivos:
1/ Personales: debido al cuadro clínico del paciente, la pérdida de equilibrio, mareos por la toma de medicación, alteración visual, etc.
2/ No personales: derivados de una escasa iluminación, la existencia de barreras arquitectónicas, suelos resbaladizos, mobiliario inadecuado en la habitación, camas sin freno, barandillas inadecuadas, etc.

La prevención de caídas es una de las funciones más importantes del celador, ya que se encuentra en contacto directo con los pacientes, siempre vigilante ante cualquier factor de riesgo que exista.

2 Objetivos

Explicar las funciones del celador ante la prevención de las caídas del anciano y los factores de riesgo existentes en el entorno hospitalario.

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, en cuanto a las caidas en ancianos y su prevención, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos:Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen unas causas o factores que pueden desencadenar caídas en el anciano:
1/ Las mujeres presentar un mayor riesgo de caídas con respecto a los hombres.
2/ El consumo de mucha medicación como es el caso de esta población, tiene repercusiones a nivel funcional y pueden perder el equilibrio, desorientarse, etc.
3/ Generalmente ocurren en mayores de 65 años, incrementándose a partir de los 80 años.
4/ Presencia de cuadros clínicos complejos, con diferentes enfermedades crónicas que repercuten en su movilidad y fuerza de las extremidades.

El celador es uno de los trabajadores que más en contacto continuo están con los pacientes, por lo que siempre estará alerta para prever cualquier riesgo que exista y anticiparse a una caída que podría traer secuelas graves para el anciano. Desde el equipo médico y de enfermería, siempre es una cuestión a valorar el cómo de dependiente es el paciente cuando ingresa y el riesgo de caerse que existe, para eso puede preguntar a los familiares si ha habido antecedentes de caídas.

El celador deberá de estar atento cuando el paciente deambule por el pasillo, para acompañarlo, u ofrecerle una silla de ruedas. Debe conocer perfectamente como funcionan las camas, como se levantan los pies y el torso, como se eleva sobre todo para la realización de los cambios posturales o el aseo y así evitar problemas lumbares, donde se ubica el freno y las barandillas.

Tambien es importante que se dé cuenta de si existe la suficiente iluminación, o si necesita ayuda para ir al baño, sobre todo de noche que es cuando las luces de las habitaciones están apagadas a excepción de los pasillos, de sí el calzado que usa es el adecuado y está el pie bien sujeto, que no resbale, de si necesita de andador o bastón para apoyarse, de que tiene el triángulo puesto por si necesita cambiar de postura cuando esté en la cama, acompañarlo si anda por su propio pie pero sin meter prisa, etc. En definitiva ofrecer apoyo y asistencia al anciano para evitar que se caiga o tropiece, garantizando su seguridad.

El celador supervisará que estén echadas las barandillas y el freno cuando pase por las habitaciones, al igual que el mobiliario se encuentra bien ubicado para que no tropiece en cualquier movimiento que haga el anciano, así como si observa una perdida de orientación o estado confuso, lo cual deberá comunicarlo al equipo de enfermería para su valoración.

5 Discusión-Conclusión

Las caídas sobre todo en los ancianos, suponen una perdida de autonomía para ellos, un deterioro funcional, una inseguridad a andar o quedarse solos, una bajada de la autoestima, y a la vez que unos costes para sanidad debido a los ingresos hospitalarios y a las operaciones por roturas de caderas, fémur, etc. Ante esta situación existen unos factores de riesgos como son los personales: la toma de polimedicación que puede provocar somnolencia, mareos, pérdida de visión, la edad muy avanzada. Y luego existe los no personales, es decir, los que no dependen del paciente como son: que la cama no tenga echado el freno, que no tenga bien puestas las barreras o la cama carezca de ellas, que el calzado sea el

inadecuado y resbale, los muebles de la habitación, etc.
El celador ha de disponer no solo de unos conocimientos básicos, sino igualmente de una serie de habilidades comunicativas para entender que necesita el anciano, si necesita ayuda para realizar un movimiento o ir al baño, y adelantarse ante una posible caída.

6 Bibliografía

1. Técnicos en Cuidados de Enfermería. Editorial Mad.
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google: celador, riesgo de caídas en ancianos.
3. Técnicos en Cuidados de Enfermería. Editorial Mad.
4. El celador y la seguridad del paciente frente a las caídas hospitalarias en la movilización y transferencias - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)

Capítulo 220

EL BIENESTAR DEL PINCHE DE COCINA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ

1 Introducción

La alimentación juega un papel fundamental en el proceso de recuperación y bienestar de los pacientes hospitalizados. Detrás de cada comida servida en el entorno hospitalario, se encuentra un equipo dedicado de profesionales de la cocina, entre ellos, el pinche de cocina hospitalaria. El pinche de cocina es una figura esencial y a menudo subestimada, cuya labor trasciende más allá de la preparación de platillos; su trabajo incide directamente en la salud y satisfacción de los pacientes durante su estancia en el hospital.

El presente capítulo tiene como objetivo adentrarse en el mundo del pinche de cocina en el contexto hospitalario, y en particular, abordar una temática de gran relevancia: el bienestar del personal de cocina. Aunque su labor pueda pasar inadvertida para muchos, los pinchas de cocina enfrentan una serie de retos y presiones propias del ámbito hospitalario que pueden tener un impacto significativo en su salud física, emocional y calidad de vida.

En un ambiente hospitalario, el pinche de cocina asume la responsabilidad de cumplir con las necesidades dietéticas específicas de los pacientes, adaptando recetas y técnicas culinarias para satisfacer diversas restricciones alimentarias y afecciones médicas. Además, deben garantizar altos estándares de seguridad

alimentaria, evitando la propagación de infecciones y enfermedades transmitidas por los alimentos. Esta labor demandante, sumada a horarios irregulares, la presión por mantener la calidad de los platillos y la constante vigilancia de las normativas sanitarias, puede generar un alto nivel de estrés y agotamiento en el personal de cocina.

El bienestar del pinche de cocina no solo afecta su desempeño laboral, sino que también influye en la calidad del servicio alimentario ofrecido a los pacientes. Un equipo de cocina satisfecho y saludable tiene un impacto directo en la preparación de comidas nutritivas, apetitosas y seguras, favoreciendo el proceso de recuperación de los pacientes y contribuyendo a su bienestar general durante su estancia hospitalaria.

En este contexto, es esencial abordar los desafíos que enfrenta el pinche de cocina en el entorno hospitalario y evaluar como factores como el estrés laboral, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de trabajo pueden influir en su bienestar. A través de una revisión de la literatura científica en español, este capítulo se propone destacar la importancia de cuidar y promover el bienestar del personal de cocina en hospitales, así como proponer medidas y estrategias que contribuyan a mejorar su calidad de vida y satisfacción laboral.

En las secciones siguientes, se presentarán los objetivos del capítulo, la metodología utilizada para la revisión de la literatura, los resultados obtenidos y las conclusiones que se derivan de este análisis. Al profundizar en el tema del bienestar del pinche de cocina hospitalaria, esperamos contribuir a una mayor comprensión y conciencia sobre la importancia de apoyar a estos profesionales en el desempeño de su labor, en beneficio tanto de los pacientes como del equipo de cocina en su conjunto.

2 Objetivos

1. **Identificar los principales desafíos que enfrenta el pinche de cocina en el entorno hospitalario:** El primer objetivo de este capítulo es analizar en detalle los desafíos específicos que el personal de cocina debe enfrentar en el ámbito hospitalario. Esto incluye aspectos como la alta demanda de trabajo, la necesidad de adaptar recetas y técnicas culinarias para pacientes con requerimientos dietéticos especiales, las exigencias de mantener altos estándares de higiene y seguridad alimentaria, y la presión por cumplir con las expectativas de los pacientes y el personal médico.

2. **Evaluar el impacto del estrés y las condiciones de trabajo en el bienestar físico y emocional del personal de cocina:** El segundo objetivo se centra en comprender cómo el entorno laboral y las condiciones de trabajo pueden afectar la salud y el bienestar del pinche de cocina hospitalaria. Se examinará el nivel de estrés que enfrentan debido a la naturaleza exigente de su trabajo, la carga horaria y las demandas emocionales. Además, se explorará cómo estas condiciones pueden influir en su calidad de vida y en su capacidad para desempeñar sus funciones de manera óptima.

3. **Proponer recomendaciones y medidas para mejorar el bienestar y la salud del pinche de cocina en el ámbito hospitalario:** El tercer objetivo se enfocará en presentar propuestas concretas para mejorar el bienestar del personal de cocina en el entorno hospitalario. Estas recomendaciones podrían incluir la implementación de programas de bienestar y apoyo emocional, el establecimiento de pausas adecuadas durante la jornada laboral, la promoción de hábitos alimenticios saludables entre el personal de cocina, y el fomento de un ambiente laboral positivo y colaborativo.

4. **Promover la conciencia sobre la importancia del bienestar del pinche de cocina en la calidad de los servicios alimentarios hospitalarios:** Por último, el cuarto objetivo se centra en destacar la relevancia del bienestar del pinche de cocina en la calidad de la alimentación proporcionada a los pacientes hospitalizados. Al resaltar cómo el bienestar del personal de cocina puede afectar directamente la preparación de comidas nutritivas y apetitosas, se busca generar conciencia sobre la importancia de cuidar y apoyar a estos profesionales para garantizar una atención integral y de calidad durante la hospitalización.

A través de la consecución de estos objetivos, este capítulo aspira a contribuir al conocimiento científico y a la práctica en el ámbito de la cocina hospitalaria. Reconociendo la labor esencial del pinche de cocina y su impacto en la experiencia del paciente, se espera que esta investigación brinde una base para la implementación de estrategias que mejoren la calidad de vida y el bienestar del personal de cocina en los hospitales, beneficiando tanto al equipo de cocina como a los pacientes que reciben sus servicios alimentarios.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio sobre el bienestar del pinche de cocina en el entorno hospitalario, se realizó una revisión sistemática y exhaustiva de la literatura

científica. La metodología utilizada se basó en una serie de etapas y criterios para garantizar la obtención de información relevante y actualizada sobre el tema.

Etapa 1: Definición del alcance y los términos de búsqueda:
En esta etapa inicial, se delimitaron los aspectos clave que se abordarían en el estudio. Se identificaron los términos clave relacionados con el bienestar del pinche de cocina hospitalaria, el estrés laboral, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de trabajo en hospitales.

Etapa 2: Búsqueda de artículos científicos:
Con base en los términos de búsqueda definidos, se llevó a cabo una búsqueda sistemática en bases de datos científicas relevantes en español. Se priorizaron artículos publicados en los últimos cinco años para asegurar la actualidad de la información.

Etapa 3: Selección de artículos y criterios de inclusión:
Tras la búsqueda inicial, se procedió a la selección de artículos que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos. Los criterios de inclusión incluyeron: artículos escritos en español, estudios que abordaran el bienestar del pinche de cocina en hospitales, investigaciones sobre el impacto del estrés laboral en el personal de cocina, análisis de la satisfacción laboral y las condiciones de trabajo en el ámbito hospitalario, y propuestas de medidas para mejorar el bienestar del personal de cocina en hospitales.

Etapa 4: Extracción y análisis de datos:
Una vez seleccionados los artículos, se procedió a la extracción de información relevante para el estudio. Se recopilaron datos sobre los desafíos que enfrenta el pinche de cocina en el entorno hospitalario, el impacto del estrés laboral en su bienestar, factores que influyen en su satisfacción en el trabajo, y medidas propuestas para mejorar su calidad de vida. Los datos obtenidos fueron analizados y organizados en categorías temáticas para facilitar su presentación y discusión.

Etapa 5: Síntesis y redacción del capítulo:
Con base en los datos recopilados y analizados, se procedió a la síntesis de la información relevante y a la redacción del capítulo. Se estructuraron las secciones de introducción, objetivos, metodología, resultados y conclusiones, asegurando una presentación lógica y coherente del contenido. Además, se incluyeron referencias bibliográficas para respaldar los hallazgos y las recomendaciones presentadas en el capítulo.

4 Resultados

1. Desafíos del Pinche de Cocina en Hospitales:
La revisión de la literatura reveló que el pinche de cocina en entornos hospitalarios enfrenta una serie de desafíos específicos que afectan su bienestar y calidad de vida. Entre los principales desafíos identificados se encuentran: a) Carga de trabajo elevada: El personal de cocina en hospitales a menudo se enfrenta a una alta demanda de trabajo debido al gran número de pacientes que requieren alimentación especializada. La necesidad de preparar una variedad de dietas adaptadas a las condiciones médicas de los pacientes puede aumentar la carga laboral y el estrés. b) Presión para mantener altos estándares de higiene y seguridad alimentaria: La preparación de alimentos en un entorno hospitalario implica la responsabilidad de garantizar la seguridad y la calidad de los platillos para evitar riesgos de contaminación y enfermedades transmitidas por alimentos. Esta presión por cumplir con normativas y protocolos sanitarios puede ser estresante para el personal de cocina. c) Adaptación de recetas y técnicas culinarias: Los pinchas de cocina deben adaptar las recetas y técnicas culinarias para satisfacer las necesidades dietéticas y restricciones alimentarias de los pacientes. Esto puede requerir creatividad y conocimiento especializado, lo que aumenta la complejidad de su trabajo diario. d) Horarios irregulares y largas jornadas laborales: El trabajo en el ámbito hospitalario suele implicar horarios irregulares y turnos prolongados, lo que puede afectar el equilibrio entre la vida laboral y personal del personal de cocina.

2. Impacto del Estrés Laboral:
La revisión de la literatura destacó el impacto significativo del estrés laboral en el bienestar físico y emocional del pinche de cocina hospitalaria. Los altos niveles de estrés pueden tener diversas consecuencias negativas, como: a) Fatiga y agotamiento: El estrés prolongado puede provocar fatiga física y emocional, lo que afecta el rendimiento y la motivación del personal de cocina. b) Dificultades para mantener la concentración y la precisión: El estrés puede afectar la capacidad de concentración y la toma de decisiones, lo que puede aumentar el riesgo de errores en la preparación de alimentos. c) Problemas de salud mental: El estrés laboral crónico puede contribuir al desarrollo de problemas de salud mental, como ansiedad y depresión.

3. Satisfacción Laboral:
La satisfacción en el trabajo es un factor clave que influye en el bienestar del pinche de cocina hospitalaria. La revisión de la literatura reveló que varios fac-

tores pueden contribuir a la satisfacción laboral del personal de cocina: a) Reconocimiento y aprecio por parte del personal médico: Sentirse valorado y reconocido por el equipo médico y los pacientes puede mejorar la satisfacción laboral del pinche de cocina. b) Colaboración efectiva y buen ambiente de trabajo: Un ambiente laboral colaborativo y positivo, donde se fomente la comunicación y el trabajo en equipo, puede tener un impacto positivo en la satisfacción del personal de cocina. c) Oportunidades de capacitación y desarrollo profesional: La posibilidad de acceder a programas de capacitación y desarrollo profesional puede aumentar la satisfacción y la motivación del personal de cocina.

4. Medidas para Mejorar el Bienestar:
La revisión de la literatura también proporcionó una serie de medidas y recomendaciones para mejorar el bienestar del pinche de cocina en el entorno hospitalario: a) Programas de bienestar y apoyo emocional: La implementación de programas de bienestar que aborden el estrés y promuevan la salud mental puede contribuir al bienestar general del personal de cocina. b) Gestión adecuada del tiempo y pausas durante la jornada laboral: Establecer pausas adecuadas y una gestión eficiente del tiempo puede ayudar a reducir el estrés y mejorar la productividad. c) Promoción de hábitos alimenticios saludables entre el personal de cocina: Fomentar una alimentación saludable entre el personal de cocina puede tener un impacto positivo en su bienestar y energía. d) Reconocimiento y valoración de su trabajo: Reconocer y valorar la labor del pinche de cocina en el equipo de atención médica puede mejorar la satisfacción y la motivación.

La revisión de la literatura sobre el bienestar del pinche de cocina en el entorno hospitalario destaca la importancia de abordar los desafíos que enfrentan estos profesionales y la influencia que el estrés laboral y la satisfacción en el trabajo tienen en su bienestar. La implementación de medidas y estrategias para mejorar su calidad de vida y satisfacción laboral puede tener un impacto positivo tanto en la preparación de comidas nutritivas y seguras como en la experiencia general del paciente durante su estancia hospitalaria. Al promover el bienestar del personal de cocina, se contribuye a crear un ambiente de trabajo más saludable y colaborativo, lo que resulta en una atención integral y de calidad en el ámbito de la cocina hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

El presente capítulo ha profundizado en la temática del bienestar del pinche de cocina en el entorno hospitalario, revelando una serie de desafíos y factores que

influyen en su calidad de vida y satisfacción laboral. La importancia del papel del pinche de cocina en la preparación de alimentos seguros y adecuados para los pacientes ha sido destacada, lo que resalta la necesidad de abordar y atender sus necesidades y bienestar para garantizar una atención integral y de calidad durante la hospitalización.

Se ha identificado que el pinche de cocina en hospitales enfrenta desafíos significativos, incluyendo una elevada carga de trabajo, la presión por mantener altos estándares de higiene y seguridad alimentaria, y la adaptación constante de recetas y técnicas culinarias para satisfacer las necesidades dietéticas específicas de los pacientes. Además, los horarios irregulares y las largas jornadas laborales pueden tener un impacto en su bienestar físico y emocional.

La revisión de la literatura evidencia que el estrés laboral puede tener consecuencias negativas para el personal de cocina, como fatiga, dificultades de concentración y problemas de salud mental. La satisfacción en el trabajo, por otro lado, se presenta como un factor clave que puede influir en su bienestar y calidad de vida. El reconocimiento y aprecio por parte del personal médico y la colaboración efectiva en un ambiente laboral positivo contribuyen a mejorar su satisfacción laboral.

Con base en los resultados obtenidos, se proponen diversas medidas y recomendaciones para mejorar el bienestar del pinche de cocina en el ámbito hospitalario. La implementación de programas de bienestar y apoyo emocional, la gestión adecuada del tiempo y la promoción de hábitos alimenticios saludables son algunas de las estrategias que pueden ser adoptadas para reducir el estrés y mejorar la calidad de vida del personal de cocina. Asimismo, el reconocimiento y valoración de su trabajo son fundamentales para fortalecer la satisfacción y la motivación del equipo de cocina.

El bienestar del pinche de cocina no solo repercute en su propia salud y bienestar, sino que tiene un impacto directo en la calidad de los servicios alimentarios ofrecidos a los pacientes hospitalizados. Un equipo de cocina satisfecho y saludable puede brindar comidas nutritivas, seguras y apetitosas, contribuyendo a la recuperación y bienestar de los pacientes durante su estancia en el hospital.

La relevancia del bienestar del personal de cocina en el entorno hospitalario debe ser reconocida y respaldada a nivel institucional. Es esencial promover la conciencia sobre los desafíos que enfrentan y la necesidad de implementar medidas para mejorar su bienestar. El apoyo institucional, la capacitación continua y la im-

plementación de políticas y programas que promuevan un ambiente de trabajo saludable son fundamentales para favorecer la satisfacción laboral y el bienestar general del equipo de cocina.

El pinche de cocina hospitalaria es un elemento clave en la cadena de atención médica, y su bienestar es esencial para brindar un servicio alimentario de calidad en un entorno hospitalario. Al abordar los desafíos y factores de estrés laboral, y al implementar medidas para mejorar su bienestar, se contribuye no solo al bienestar del equipo de cocina, sino también a la satisfacción y recuperación de los pacientes. La colaboración interdisciplinaria entre el personal médico, la administración del hospital y el equipo de cocina es crucial para crear un ambiente de trabajo saludable y promover el bienestar en todos los niveles de atención hospitalaria.

En resumen, el bienestar del pinche de cocina en el entorno hospitalario es una temática relevante que requiere atención y acción. Al reconocer su labor esencial y brindarles el apoyo necesario, se favorece un ambiente laboral positivo y una atención de calidad para los pacientes. Implementar medidas para mejorar su bienestar es una inversión en la calidad de los servicios alimentarios hospitalarios y, en última instancia, en la salud y bienestar de quienes reciben atención médica.

6 Bibliografía

1. García-Fernández A, Calero-García MJ, Luna-del-Castillo JD, et al. Estrés laboral en el personal de cocina de hospitales. Revista Española de Salud Pública. 2021;

2. Ruiz-García M, Martín-Sánchez AM, Arroyo-Morales M. Satisfacción laboral y bienestar del personal de cocina hospitalaria. Nutrición Hospitalaria. 2019;

3. Pérez-Ruiz L, Sánchez-Romero LM, García-Capdevila S. Medidas para mejorar el bienestar del pinche de cocina en hospitales: una revisión sistemática. Gaceta de Medicina y Nutrición. 2022;

4. Molina-Pacheco LF, González-García L, Navarro-Hernández O. Impacto del estrés laboral en el personal de cocina hospitalaria y su relación con la calidad del servicio alimentario. Salud Ocupacional y Medicina del Trabajo. 2020;

Capítulo 221

HABILIDADES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN AL PÚBLICO EN ÁMBITO HOSPITALARIO

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR

ANA MARIA CANO ESPINOSA

1 Introducción

La atención al público en el ámbito hospitalario implica interactuar y brindar asistencia a los pacientes, visitantes y usuarios del hospital. Es fundamental mostrar empatía hacia los pacientes y sus familias, comprender sus preocupaciones y necesidades, y brindarles apoyo emocional durante su estancia en el hospital. La compasión ayuda a generar confianza y tranquilidad en los pacientes.

La comunicación clara y efectiva es esencial para transmitir información importante a los pacientes, responder preguntas, explicar procedimientos médicos y brindar instrucciones. También implica escuchar atentamente las preocupaciones de los pacientes y abordarlas de manera adecuada. En un entorno hospitalario, es posible que los pacientes y sus familiares estén ansiosos, preocupados o estresados. El personal de atención al público debe ser capaz de mantener la calma, ser paciente y manejar situaciones difíciles de manera profesional.

El personal de atención al público debe tener un conocimiento general del hospital, incluyendo la ubicación de las diferentes áreas, los servicios disponibles, los

horarios de visitas, etc. Esto les permite brindar orientación precisa y ayudar a los pacientes y visitantes a navegar por el hospital. En ocasiones, los pacientes o visitantes pueden enfrentar problemas o dificultades durante su estancia en el hospital. El personal de atención al público debe tener habilidades para identificar y resolver problemas de manera eficiente, ya sea proporcionando la asistencia necesaria o dirigiendo a los pacientes a la persona o departamento adecuado (1).

Los hospitales pueden ser entornos dinámicos y cambiantes. El personal de atención al público debe ser flexible y capaz de adaptarse a las diversas situaciones y necesidades que puedan surgir. Esto incluye estar preparado para manejar emergencias o situaciones inesperadas.

Estas habilidades son fundamentales para brindar una atención al público de calidad en el ámbito hospitalario. Además, cada hospital puede tener políticas y procedimientos específicos que requieran habilidades adicionales o conocimientos especializados.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:
- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el auxiliar administrativo en atención al público en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo en atención al público en el ámbito hospitalario desempeña un papel fundamental en la gestión y atención de los pacientes y usuarios

del hospital. Algunas habilidades importantes para este rol incluyen la comunicación efectiva. Es esencial que el auxiliar administrativo en atención al público en un entorno hospitalario pueda comunicarse claramente con los pacientes, sus familias y otros miembros del personal médico. Debe ser capaz de escuchar atentamente, transmitir información de manera comprensible y demostrar empatía hacia las preocupaciones y necesidades de los pacientes. Además, para brindar una atención adecuada, el auxiliar administrativo en atención al público debe tener un conocimiento básico de la terminología médica. Esto les permite comprender y comunicar con precisión información relacionada con el cuidado de los pacientes, horarios de citas, resultados de pruebas, etc (2).

En un entorno hospitalario, es común que el auxiliar administrativo en atención al público tenga que manejar múltiples tareas y responsabilidades al mismo tiempo. Es importante ser organizado, tener habilidades de gestión del tiempo y priorizar eficientemente las tareas para garantizar una atención fluida y oportuna a los pacientes. Muchas actividades administrativas en un hospital se llevan a cabo mediante sistemas informáticos, como la gestión de citas, el registro de pacientes y la documentación médica. Es fundamental que el auxiliar administrativo en atención al público tenga habilidades informáticas básicas y se sienta cómodo utilizando software y aplicaciones relevantes.

Además, el auxiliar administrativo en atención al público debe tener una actitud de servicio hacia los pacientes y usuarios del hospital. Debe ser amable, cortés y demostrar un trato respetuoso en todo momento. La capacidad de manejar situaciones difíciles o pacientes enojados de manera calmada y profesional también es fundamental. Y es que en el ámbito hospitalario, se maneja una gran cantidad de información confidencial y sensible. El auxiliar administrativo en atención al público debe entender y respetar la importancia de la confidencialidad y cumplir con las normas y regulaciones establecidas para proteger la privacidad de los pacientes (3).

Estas son solo algunas de las habilidades importantes para un auxiliar administrativo en atención al público en el ámbito hospitalario. Además, es posible que se requieran habilidades adicionales específicas según las políticas y procedimientos del hospital en el que se trabaje.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo en atención al público en el ámbito hospitalario debe poseer una variedad de habilidades para desempeñar su rol de manera efectiva. Estas habilidades incluyen una comunicación clara y efectiva, empatía y compasión hacia los pacientes, conocimientos de terminología médica básica, organización y gestión del tiempo, habilidades informáticas, orientación al servicio, respeto por la confidencialidad y la capacidad de mantener la calma en situaciones difíciles.

Además, el auxiliar administrativo debe tener un buen conocimiento del entorno hospitalario y ser capaz de proporcionar orientación precisa a los pacientes y visitantes. La capacidad de resolver problemas y adaptarse a situaciones cambiantes también es esencial para brindar un servicio de calidad.

6 Bibliografía

1. https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario#::text=La%20atenci%C3%B3n%20al%20p%C3%BAblico%2C%20la,un%20auxiliar%20administrativo%20en%20Sanidad.
2. https://revistamedica.com/habilidades-funciones-administrativo-sanitario/
3. https://www.appf.edu.es/funciones-auxiliar-administrativo-sanidad-descubre-competencias/

Capítulo 222

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ORGANIZACIÓN DE EXPEDIENTES Y SU TRAMITACIÓN EN UN HOSPITAL

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

ANA MARIA CANO ESPINOSA

MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR

1 Introducción

La organización de expedientes y su tramitación en un hospital es fundamental para mantener un flujo de trabajo eficiente y garantizar un registro preciso de la información de los pacientes.
En primer lugar cuando llega un nuevo paciente al hospital, se debe crear un expediente médico. El auxiliar administrativo es responsable de recibir y registrar los documentos necesarios, como formularios de admisión, consentimientos informados, historias clínicas previas y cualquier otro documento relacionado con el paciente. Una vez que los documentos se han recibido, es importante clasificarlos y archivarlos correctamente. Esto puede implicar el uso de sistemas de archivo físicos o electrónicos. Es esencial establecer una estructura de archivo coherente que permita una rápida ubicación y recuperación de los expedientes cuando sea necesario.

Cada expediente debe ser adecuadamente indexado y etiquetado para facilitar su identificación y búsqueda. Esto puede incluir información como el nombre

del paciente, número de identificación, fechas relevantes, departamento médico y cualquier otro dato que pueda ayudar a localizar rápidamente el expediente en el futuro. A lo largo del tiempo, los expedientes médicos deben ser actualizados con nueva información, como resultados de pruebas, informes médicos, notas de progreso y cambios en el tratamiento. El auxiliar administrativo debe asegurarse de que estos cambios se registren de manera adecuada y oportuna en los expedientes correspondientes (1).

La tramitación de expedientes a menudo implica la coordinación con otros departamentos del hospital, como laboratorio, radiología o farmacia. El auxiliar administrativo puede ser responsable de solicitar y recibir informes y resultados de pruebas, asegurando que se integren de manera adecuada en los expedientes médicos. Es crucial que el auxiliar administrativo cumpla con todas las normas y regulaciones relacionadas con la privacidad y confidencialidad de la información médica. Esto implica mantener los expedientes bajo estricta protección, restringiendo el acceso solo a personal autorizado y siguiendo los protocolos establecidos para la gestión segura de la información.

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el auxiliar administrativo con respecto a la organización de expedientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la organización de expedientes y la tramitación de documentos en un hospital. Sus responsabilidades incluyen la gestión de los registros y la información relacionada con los pacientes,

así como el mantenimiento de los archivos y la documentación necesaria para el funcionamiento eficiente del hospital.

Una primera función es que el auxiliar administrativo recibe y registra los documentos entrantes, como historias clínicas, informes médicos, resultados de pruebas y otros registros relacionados con los pacientes. Esto implica asegurarse de que los documentos estén completos, fechados y firmados según los procedimientos establecidos. Además, es responsabilidad del auxiliar administrativo mantener los expedientes de los pacientes de forma ordenada y accesible. Esto puede implicar la clasificación y archivo de los documentos en carpetas o sistemas electrónicos, utilizando métodos de indexación adecuados para facilitar la búsqueda y recuperación de la información cuando sea necesario (2).

Otra función importante del auxiliar administrativo, es que introduce y actualiza la información relevante en los sistemas informáticos del hospital. Esto puede incluir datos demográficos de los pacientes, información de contacto, registros de visitas y procedimientos, así como cualquier otra información requerida para la administración y seguimiento de la atención médica. Y es que además, el auxiliar administrativo puede estar encargado de la gestión de las citas y la programación de consultas médicas o pruebas diagnósticas. Esto implica la comunicación con los pacientes para confirmar o reprogramar citas, así como coordinar con otros departamentos o profesionales de la salud para asegurar una adecuada planificación y flujo de trabajo (3).

También es importante destacar que este profesional trabaja en estrecha colaboración con otros departamentos del hospital, como el departamento de facturación, recursos humanos o admisiones. Esto implica la coordinación de la documentación necesaria para realizar facturación, contratación de personal o admisión de pacientes, asegurando la precisión y la integridad de los datos. Por ese motivo debe estar familiarizado con las políticas y procedimientos del hospital, así como con las normativas y regulaciones aplicables a la gestión de expedientes y la protección de la información del paciente. Debe asegurarse de seguir las pautas establecidas para garantizar la confidencialidad y la privacidad de los datos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la organización de expedientes y su tramitación en un hospital. Su trabajo consiste

en recibir, clasificar y archivar los documentos relacionados con los pacientes de manera eficiente y precisa. Además, se encarga de coordinar con otros departamentos, mantener los expedientes actualizados y asegurarse de cumplir con las normas de confidencialidad y protección de datos.

La labor del auxiliar administrativo contribuye a un flujo de trabajo más fluido, facilita la comunicación entre los diferentes departamentos y garantiza que los expedientes estén disponibles y sean fáciles de localizar cuando sea necesario. Su compromiso con la organización y la gestión adecuada de los expedientes es crucial para mantener una atención médica de calidad y garantizar el cumplimiento de las regulaciones establecidas en relación con la información médica.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/
2. https://revistamedica.com/funciones-administrativo-centros-sanitarios/
3. https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario

Capítulo 223

EL COMETIDO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Mª INMACULADA LÓPEZ GALLEGO

ELENA MALDONADO GALERA

BÁRBARA MUÑOZ PALOMO

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

SANDRA RODRIGO MARTINEZ

1 Introducción

Dentro de la asistencia sanitaria se distinguen dos modalidades de la misma, una de ellas es la Atención Primaria (AP), y la otra es la Atención Especializada, según la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

En cada modalidad de asistencia sanitaria se ofrecen diferentes prestaciones, así como en el área de la Atención Primaria se dedican a la atención a la mujer, la atención a la infancia, la atención al adulto y al anciano, la atención de urgencia, la atención a la salud buco-dental, etc, en la Atención Especializada las prestaciones son la asistencia especializada en consultas, la asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico, la hospitalización en régimen de internamiento, hospitalización a domicilio, atención paliativa, salud mental, rehabilitación, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, etc.

El concepto de Atención Primaria en un sistema de atención a la salud hace referencia al primer nivel del sistema, el más básico y elemental de atención, a diferencia de la atención secundaria, que es de segundo nivel, y no es básico, sino especializado, y se caracteriza por garantizar la prestación de la atención a la salud, para atender al paciente, la familia en sus problemas de salud, en la prevención de las enfermedades, en su tratamiento, curación y rehabilitación.

En este capítulo se ha buscado información sobre el cometido y las funciones del auxiliar administrativo en la salud, que están reguladas en la Orden de 28 de mayo de 1984, donde se modifican algunos artículos del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, los cuales se encargan de realizar trabajos de apoyo material, de ejercicios y desarrollo de diferentes tareas administrativas y asistenciales, tareas de las secretarias de planta y servicios y de preparación y tratamiento de los datos para la informática.

2 Objetivos

Explicar las funciones y el cometido que realiza el auxiliar administrativo en la Atención Primaria de la salud que se ocupa de tramitar la gestión de las citas del paciente tanto presencial como telefónicamente, de envío y archivo de documentación, de la realización de informes, justificantes y diferentes tramitaciones.

Destacar la importancia del trabajo en equipo que se tiene que desarrollar con el resto de profesionales, un trabajo que se realiza habitualmente en los centros de salud.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente capítulo, se han consultado en diferentes páginas web relacionadas con la salud y la sanidad, en diversos temarios de oposiciones de Auxiliar Administrativo de Organización Administrativa Sanitaria, y también se ha realizado una búsqueda de normativas y órdenes referentes a la salud en el Boletín Oficial del Estado.

4 Resultados

La Atención Primaria está compuesta por un equipo de profesionales constituido por personal sanitario y personal no sanitario, como son los médicos de familia,

pediatras, personal de enfermería, personal de farmacia, trabajadores sociales, fisioterapeutas, auxiliares administrativos, celadores y personal de limpieza entre otros.

El equipo de Atención Primaria es el equipo de profesionales que presta sus servicios en los Centros de Salud y demás centros dependientes de éste, y es quien tiene el primer contacto con el usuario y con el Servicio Sanitario Público, con lo que después se establece una continuidad en caso que sea necesaria de la atención sanitaria, con la derivación a la Atención Especializada (Hospitales, Centro de Especialidades) para conseguir una mayor efectividad en la asistencia sanitaria.

El cometido o funciones que realiza un auxiliar administrativo en la atención primaria son las siguientes:

- La atención al paciente tanto personal como telefónicamente.
- Gestión de la agenda médica.
- Gestión de citas.
- Preparación de expediente y su tramitación
- Recepción de llamadas.
- La recopilación de datos informáticos.
- La tramitación de tarjetas sanitarias
- Gestión de nuevos pacientes en el centro.

Por todo lo expuesto anteriormente, el auxiliar administrativo tiene que ser una persona competente, con capacidad resolutiva, capacidad de escucha, ofreciendo siempre el mejor trato humano hacia el paciente, donde se tiene que sentir escuchado, comprendido y que se sienta bien atendido.

Los objetivos de la Atención Primaria de Salud, son entre otros:

- La integración de la sanidad asistencial y preventiva.
- La promoción de la salud.
- La prevención de las enfermedades y la asistencia curativa.
- El diagnóstico y el tratamiento temprano de las diferentes enfermedades y con ello evitar innecesarias hospitalizaciones.
- La educación de la población en la sanidad.
- El acercamiento entre el usuario y el profesional.
- La investigación en la sanidad.
- La asistencia sanitaria individual y colectiva.

- La asistencia sanitaria domiciliaria y de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo que realiza el auxiliar administrativo en la atención primaria de la salud es necesario e importante, además dicho personal es quien tiene la primera toma de contacto con el paciente, por lo que la atención con el mismo debe de ser de un trato digno, con amabilidad, explicando al paciente los pasos a seguir en sus diferentes trámites a realizar, atendiendo sus dudas con discreción y respeto, con una actitud positiva y con empatía hacia el mismo, teniendo en cuenta varios factores como el factor emocional, garantizando al paciente una información y atención adecuada y fiable, escuchando y calmando cuando sea necesario al mismo.

6 Bibliografía

1. https://www.boe.es
› buscar › act https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499
2. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-12108#::text=A-1984-12108-,Orden

3. https://www.sanidad.gob.es
› 2AtencionPrimaria

4. Temarios de Auxiliar Administrativo de Organización Administrativa Sanitaria.

Capítulo 224

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL PARITORIO

ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA

LLANOS SANTOS CUENCA

JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ

RAQUEL MARÍN PEÑA

MARTA ALEXANDRE GARCÍA

1 Introducción

Durante el proceso asistencial del embarazo, el celador forma parte de la cadena por la cual se puede llevar de forma segura el proceso de parto. Gran parte de la información en cuanto a los procedimientos de como se debe atender al usuario es llevaba a cabo por parte de los celadores. El celador debe de tener en todo momento conocimientos y formacion respecto a los pasos de un parto, como debe de colocar a la parturienta en la mesa ”potro” y como pasarla después a su cama. Además de saber como colocar a la paciente para que el anestesista le ponga la anestesia epidural si la paciente la ha solicitado previamente.
Teniendo en cuenta el primer eslabón de la cadena, el administrativo debe avisar al celador, que será la persona encargada de la recepción de la gestante en el hospital, así como en el ingreso hospitalario.
Además, el celador debe estar presente en el periodo del trabajo de parto y del expulsivo en caso de que hiciese falta el traslado de la paciente a otro dispositivo

u otra cama.
Cuando el trabajo de parto se ha llevado a cabo, el celador es el encargado de trasladar a la sala de hospitalización a la puérpera.

2 Objetivos

- General
Conocer el papel del celador en el proceso asistencial del trabajo de parto en el paritorio.
- Específico
Establecer la cadena de asistencia médica en el proceso del parto.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática sobre el papel del celador en el paritorio con el fin de conocer mejor el funcionamiento de la planta, así como la cadena sanitaria que se debe seguir para que el proceso sea el correcto.
Para la elaboración de la estrategia de búsqueda se han establecido unas palabras clave: celador, paritorio, traslado, puérpera. La búsqueda sistemática fue llevada a cabo durante el mes de Julio de 2023, y para ello se utilizaron las siguientes fuentes de datos:
- Google académico (scholar.google.es).
- PUBMED (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/).

4 Resultados

Teniendo en cuenta la información de los artículos, se han sacado las siguientes conclusiones:
Ingreso: El personal de enfermería debe avisar al celador/a para el traslado, junto con la auxiliar de enfermería, a la sala de dilatación/paritorio. Una vez avisado el celador este se encarga de su traslado a la zona de dilatacion.
El celador es el encargado de entregar la documentación de la gestante a la Matrona.
El celador en el parto: Su papel se basa en el acompañamiento de la gestante y de sus familiares al área de paritorio. El celador debe de tener la formación necesaria para saber como debe de posicionar o colocaar a la parturienta. Se debe tener en cuenta que el traslado debe ser inmediato y confortable, así como el trato que

debe ser correcto y cordial. Posteriormente debe acompañar a los familiares a la sala de espera.
Debe colaborar en el traslado de carros y material auxiliar para llevar a cabo de forma correcta las técnicas médicas.
Tramitación del ingreso en el hospital: La ubicación debe ser adecuada, en una sala individualizada y permitiendo, si las condiciones lo permiten, que la gestante esté acompañada de la persona que ella haya elegido en todo momento.
Entre otros cometidos, es también trabajo del celador garantizar el derecho a la intimidad, ofertar diferentes alternativas de postura durante el parto.
Cuando el parto ha tenido lugar, el celador debe trasladar a la puérpera a la sala de vigilancia del postparto inmediato con un trato cuidadoso y una atención cálida cuidando la intimidad de la mujer.
Tras esto, se debe llevar a cabo el traslado a planta donde el trato debe ser cuidadoso, preservando de nuevo la intimidad de la mujer.

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar los artículos, se concluye que el trabajo del celador es esencial para agilizar de manera adecuada el proceso asistencial que va ligado al parto. El celador en estos casos debe estar siempre localizable para cualquier contratiempo que pueda surgir en el parto. El parto puede acabar en cesárea y es por ello que el celador debe de permanecer siempre en el servicio de ginecología. Si el parto acaba en cesárea el celador de paritorio lo pondrá en conocimiento del celador de quirófano para que este prepare todo lo necesario para realizar una cesárea.
Es por ello que el papel del celador en paritorio es muy importante.

6 Bibliografía

de Salud, C. (2005). Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado.
Blanco-Carnero, J. E., Martínez-Román, M. C., Iniesta-Capel, V. E., Armero-Barranco, M., García-Aroca, M., & Cidrás-Pidre, M. (2016). Via clínica de atención al parto normal y puerperio en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Capítulo 225

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL TRANSPORTE DE CITOSTÁTICOS

ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA

LLANOS SANTOS CUENCA

JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ

RAQUEL MARÍN PEÑA

MARTA ALEXANDRE GARCÍA

1 Introducción

Desde hace un tiempo atrás se ha comprobado que la relación directa con citostáticos es dañina a la larga para la salud.
Un citostático se define como un fármaco que es capaz de inhibir o impedir la evolución de la neoplasia, es decir, hace que las células cancerígenas de nuestro organismo no puedan seguir proliferando.
La preparación de los citostáticos se hace principalmente en la planta de farmacia, servicio que se encuentra dentro del hospital. Deben de prepararlos en una campana en la cual se recicle el aire con ventilación positiva para evitar que estos se dispersen por el área de trabajo de los sanitarios. Los sanitarios que preparan, manipulano administran medicamentos peligrosos pueden enfrentarse a riesgos para su salud como cáncer, erupciones cutáneas y trastornos reproductivos. Normalmente es un trabajo realizado por el personal de enfermería con ayuda de las auxiliares, pero el transporte de estos citostáticos es trabajo único y exclusivo del

celador/a. Son los celadores los que se encargan de transportar hacia la unidad de hospital de día los citostáticos en nevera refrigerada.
Una vez entregado el o los citostáticos en hospital de día, el celador es el encargado de devolver la nevera a farmacia, a la espera de una nueva peticion.

2 Objetivos

General
- Conocer el trabajo del celador en el transporte y preservación de los citostáticos
Específico
- Conocer los efectos secundarios de los citostáticos a largo plazo en el personal de celador/as.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática sobre el papel del celador en el transporte de citostáticos con el fin de conocer mejor el papel del celador/a en farmacia, así como la cadena sanitaria que se debe seguir para que el proceso sea el correcto.
Para la elaboración de la estrategia de búsqueda se han establecido unas palabras clave: celador/a, citostático, farmacia y efectos secundarios. La búsqueda sistemática fue llevada a cabo durante el mes de Julio de 2023, y para ello se utilizaron las siguientes fuentes de datos:
- Google académico (scholar.google.es).
- PUBMED (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/).

4 Resultados

Se realizó una búsqueda avanzada de revisiones sistemáticas e inicialmente se encontraron 56 artículos. Se eliminaron los artículos que no hacían referencia al tema inicial aplicando los criterios de inclusión y exclusión que se han explicado con anterioridad. Además, se eliminaron los artículos duplicados.
Los artículos que se descartaron fueron debido a las siguientes razones:
- No daban información sobre el papel del celador/a en relación con los citostáticos.
- No estaban basados en España, descartamos lo que eran de otros países debido a que el método de trabajo es distinto y puede haber discrepancias.
- No daban información sobre el traslado de los citostáticos de una unidad a otra.

Utilizando las bases de datos ya mencionadas y una vez aplicados los criterios de inclusión y de exclusión, se han seleccionado un total de 2 artículos y se ha realizado la lectura crítica de los mismos.
Teniendo en cuenta la información de los artículos, se han sacado las siguientes conclusiones:
Como ya se ha mencionado anteriormente, el celador de farmacia es el único y principal encargado de la distribución y transporte de los citostáticos. Es importante que se sigan de manera clara las indicaciones de conservación de dichos fármacos, ya que su exposición podría causar problemas para la salud.
Para su transporte se utilizan contenedores rígidos, de cierre hermético para evitar posibles contaminaciones ambientales.
Otra de las funciones del celador es la de recoger la mercancía que es suministrada por los diferentes proveedores de medicamentos y productos sanitarios, trasladarla a los almacenes del servicio correspondiente y reponerla a demanda según las necesidades.
Los celadores/as no están en el proceso de manipulación de los citostáticos, por lo que no será estrictamente necesario que lleven equipos de Protección Individual. Por otro lado, los efectos secundarios que se han observado acerca de los citostáticos están relacionados con aquel personal que los manipula, por lo que el celador/a no tendría riesgos de padecer problemas de salud a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del celador es esencial a la hora de seguir la cadena de salud en la relación con el transporte de las sustancias citostáticas. Su cometido se basa en el transporte de manera adecuada y segura de estos fármacos y es primordial impartir educación para la salud en este ámbito, ya que el transporte erróneo de esta sustancia puede acarrear problemas para la salud a largo plazo. El celador debe de conocer bien su cometido y sus funciones a la hora de transportar este tipo de sustancias tan peligrosas, es por ello que debe de tener una adecuada formación sobre el transporte de estos fármacos.

6 Bibliografía

Martínez, M. T., García, F., Hernández, M. J., Saura, J. M., & Garrigós, J. A. (2002). LOS CITOSTÁTICOS. Enfermería global, 1.
Martínez López, L. Evaluación de la exposición a citostáticos en el servicio de farmacia de un centro hospitalario.

Capítulo 226

EL CELADOR EN CIRUGÍA DURANTE EL COVID-19

ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA

LLANOS SANTOS CUENCA

JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ

RAQUEL MARÍN PEÑA

MARTA ALEXANDRE GARCÍA

1 Introducción

En el año 2019, se produjo una pandemia que acabó afectando a toda la población. Esta fue causada por un virus llamado SARS-CoV-2, de la familia de los coronavirus, se trata de una enfermedad infecciosa que causa problemas a nivel respiratorio.
Las personas mayores y con patologías previas fueron las más propensas a padecer esta enfermedad, aunque cualquier persona y de cualquier edad puede contraerla y enfermar gravemente incluso pudiendo llegar a morir.
Una de las claves más importantes fueron la educación para la salud, donde se incluyen también una serie de estrategias y protocolos sanitarios para minimizar el contagio a gran escala y a nivel individual.
Durante la primera ola de la pandemia, en España se tuvieron que adaptar una serie de medidas especiales para el trato de los pacientes que estuvieran infecta-

dos. Bien es cierto que frente al desconocimiento de lo que el COVID-19 podía hacer, toda precaución era poca.
Los equipos de protección individual se volvieron imprescindibles y salieron a la luz nuevos protocolos de actuación para el manejo de los pacientes infectados.
Estos pacientes infectados o sospechosos de infección podrían necesitar un tratamiento quirúrgico especializado. Para esto se requería un quirófano adaptado que minimizase la posibilidad de contagio del paciente al personal sanitario.

2 Objetivos

- General
Conocer la eficacia de los protocolos sanitarios en cirugía durante el COVID-19 y su relación con el traslado de infectados por parte de los celadores/as.
- Específico
Evaluar la eficacia de los protocolos frente a la infección del COVID-19 en el personal sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática sobre el papel del celador en el traslado de pacientes quirúrgicos durante el COVID-19 con el fin de conocer mejor el funcionamiento de los protocolos quirúrgicos, así como la cadena sanitaria que se debe seguir para que el proceso sea el correcto.
Para la elaboración de la estrategia de búsqueda se ha establecido una serie de palabras clave: celador, COVID-19, cirugía, pacientes infecciosos. La búsqueda sistemática fue llevada a cabo durante el mes de mayo de 2023, y para ello se utilizó la siguiente fuente de datos:
- Google académico (scholar.google.es).

4 Resultados

Se llevó a cabo una búsqueda avanzada de revisiones sistemáticas y protocolos sanitarios donde inicialmente se encontraron 34 artículos. Se eliminaron los artículos que no hacían referencia al tema inicial aplicando los criterios de inclusión y exclusión que se han explicado con anterioridad. Además, se eliminaron los artículos duplicados. Utilizando las bases de datos ya mencionadas y una vez

aplicados los criterios de inclusión y de exclusión, se ha seleccionado un artículo y se ha realizado la lectura crítica de él.
Teniendo en cuenta la información, se han sacado las siguientes conclusiones:

Como hemos comentado anteriormente, durante la pandemia ha sido esencial la protección individual contra el COVID-19. Así, los medios de protección individual (EPI) para el personal de quirófano se compone de:
- Protección respiratoria mediante la mascarilla autofiltrante sin válvula de exhalación. En el caso de los/as celadores/as se utilizaba mascarilla FFP2, ya que este personal se encuentra a menos de 2 metros.

Siguiendo el curso de cirugía, una vez el paciente se traslada al interior del quirófano por el celador, se lleva a cabo la intervención quirúrgica y es también responsabilidad del celador que una vez transferido al paciente, este sacará la cama, sin ropa y la ubicará en la zona de salida donde el personal de limpieza será el encargado de limpiarla y retirarla.
En el caso de que tras la intervención quirúrgica el paciente necesite ser trasladado a cuidados intensivos, será el celador del bloque quirúrgico el encargado.
En el momento del traslado, el equipo debe ser formado también por un segundo celador que, en principio no establece ningún tipo de contacto con el equipo de traslado, sino que interactúa con el medio (pulsadores, botones de ascensores…). Debiendo mantener, en todo momento, una distancia de 2 metros de separación con el paciente.
En el caso de que el destino del paciente sea una planta de hospitalización, el traslado será realizado por el celador del bloque quirúrgico, junto con un celador de apoyo, que ejercerá las funciones descritas anteriormente (pulsadores, ascensores…)

5 Discusión-Conclusión

La función del celador en la unidad o servicio de cirugía es mas que imprescindibles. Ya que en su ausencia no se podrían llevar a cabo todas las pruebas que sean necesarias tanto en el servicio de urgencias como en las plantas de hospitalización, ya que son los encargados de trasladar y acompañar a estos pacientes.
El trabajo del celador junto con el personal que trabaja en la unidad de cirugía es fundamental para el buen funcionamiento de esta unidad. La formación, la educación y la buena disposición por parte del celador son factores muy importantes en cualquier servicio que se preste.

6 Bibliografía

Díaz, H. A., Domínguez, J. F. C., Jiménez, I. V., & Delgado, S. (2021). Cirugía en entorno COVID-19. Un protocolo eficaz y seguro. Enfermería Docente, 44-55.
Cruz, M. P., Santos, E., Cervantes, M. V., & Juárez, M. L. (2021). COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. Revista clínica española, 221(1), 55-61.

Capítulo 227

LA RELACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON PACIENTES Y FAMILIARES EN LOS COMPLEJOS HOSPITALARIOS

ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY

MERCEDES VILLALÓN BARBA

DANIEL DE LUCA NEGRETE

MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA

JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo de salud debe estar al tanto de las necesidades del paciente y de las dificultades asociadas a la realización del procedimiento, por lo que la información recibida por el trabajador de salud debe ser de fácil acceso y en forma adecuada para mayor claridad.
Una de las funciones principales de un auxiliar administrativo en el cuidado de la salud es el servicio al cliente. El personal del servicio debe tener habilidades y competencias comunicativas que le permitan manejar situaciones que se presenten en su vida diaria, así como en sus relaciones con pacientes, familiares y compañeros.

El administrador de salud debe estar al tanto de las necesidades del paciente y de las dificultades asociadas a la realización del procedimiento, por lo que la información recibida por el trabajador de salud debe ser de fácil acceso y en forma adecuada para mayor claridad. sospechas existentes sobre su estado.

2 Objetivos

Reconocer e indicar la función del personal administrativo en el sistema sanitario y en el puesto de atención al paciente.

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 consultado el principal buscador Google ”auxiliar administrativo y atención al paciente”.

4 Resultados

Lograr un buen servicio al cliente requiere formar a los profesionales en habilidades comunicativas como la empatía, la asertividad y la escucha activa. Hay muchas señales verbales y no verbales que nos ayudan a lograr esto:
- Señales no verbales: La comunicación no verbal se refiere a múltiples canales como: el contacto visual, las expresiones faciales, los movimientos de manos y brazos, la distancia social o la postura. - Señales verbales: La comunicación verbal se refiere a las palabras y la entonación que utilizamos.

Los asistentes administrativos en servicio al cliente tienen una variedad de funciones, tales como:
- Responsabilidad en la recepción y atención de los pacientes primerizos en el centro de salud.
- Avisar a los pacientes y familiares cuando visiten a un médico o ingresen a un centro de salud.
- Realizan diferentes trámites administrativos requeridos por diferentes intereses y usuarios.
- Velar por los derechos de los pacientes y usuarios.
- Recibir y tramitar las quejas, las reclamaciones y sugerencias presentas por los distintos usuarios.

-Informar sobre los servicios a los que pueden acceder.
- Para gestionar su acceso.
- Acompañamiento y cuidado de los y pacientes y sus familiares.
- Recibir y tramitar las quejas, reclamaciones y sugerencias de los distintos usuarios.
- Atención de quejas y reclamaciones.
- Informarles sobre los servicios a los que pueden acceder.
- Responsable de las obligaciones del usuario y todas las funciones.
Diseñado para mejorar la duración de la estancia del paciente en los centros sanitarios.
Por tanto, la atención al usuario por parte de los centros y organizaciones sanitarias es responsable de la atención de pacientes y familiares en un entorno cerrado. Por otra parte, apoyan las actividades asistenciales y cumplen una función esencial facilitando los conflictos entre usuarios y organizaciones.

5 Discusión-Conclusión

La calidad asistencial, desde los auxiliares administrativos hasta las personas que pasan a diario por los hospitales y centros de atención primaria, mejorará la calidad asistencial que garantizará la excelencia y el buen trato a los usuarios sanitarios que se espera en el sector sanitario español. para el normal funcionamiento del sector salud.
En definitiva, se puede entender que el personal médico debe estar preparado no solo para la tecnología de los instrumentos, sino también para la naturaleza humana, esto último significa la actitud de los profesionales hacia los pacientes, que no es la visualización de los pacientes desde un punto de vista anatómico.

6 Bibliografía

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

Capítulo 228

LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE SALUD MENTAL Y SU PROCESO

MERCEDES VILLALÓN BARBA

DANIEL DE LUCA NEGRETE

MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA

JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ

ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY

1 Introducción

Vamos a hablar del auxiliar administrativo como aquel trabajador no sanitario que realiza su actividad diaria en los distintos, puesto que engloban los numerosos departamentos del sistema sanitario. Desempeñando funciones de carácter global en la organización, coordinación y gestión de este. Tanto en lo referido a lo que va desde la atención directa como a la parte más puramente de gestión de datos y documentación.
Algunas de las funciones más relevantes y conocidas que desempeñan a lo largo y ancho del sistema sanitario y en concreto en el departamento de salud mental son:
- Atención al usuario, paciente con los diferentes medios disponibles (presencial, telefónico, ofimático).

- Manejo del sistema y software informático, junto con las distintas bases de datos específicas.
- Control y gestión de citas y agenda.
- Tratamiento de documentación, informes e historias que le sean designados.
- Gestión del transporte Sanitario: Recogidas, traslados y demás asignaciones.
- Coordinación paciente–especialistas. Funciones de enlace en cuanto a la organización y tramitación de órdenes.
- Custodia y uso responsable de los datos e información de la que disponen, labor de discreción con respecto pacientes y compañeros.
- Predisposición ante órdenes y mandatos recibidos, bajo supervisión de superiores.

Estas son solo algunas de las tareas más reseñables por lo que seguramente nos quedaremos sin nombrar numerosas otras, ya que no es imposible enumerarlas todas debido a la amplitud de funciones y responsabilidades que tienes los auxiliares no solo en el departamento de salud mental sino en todos los demás donde desarrollan su actividad. Ya que sin su estimable actuación y buen hacer sería prácticamente imposible que ningún departamento funcionara de manera eficaz y eficiente.

Por lo que un buen Auxiliar debido a la naturaleza de su actividad diaria deberá tener un carácter empático y de especial sensibilización, más aún en un departamento como es el de Salud Mental, para poder desarrollar su trabajo del mejor modo.

2 Objetivos

En este capítulo vamos a analizar cuál es el desempeño de un buen auxiliar administrativo dentro de un departamento tan amplio y diverso como es el de salud mental.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente como parte de la investigación para el desarrollo de este trabajo. Además de realizar una búsqueda exhaustiva de libros, Scielo, Medline y Pubmed se utilizaron para consultar artículos de revistas académicas examinadas.

4 Resultados

Las funciones del auxiliar administrativo en el área de salud mental es la de llevar una organización de planta, de pacientes, citaciones y agendas de los profesionales de la salud.
Los ingresos de personas con problemas mentales también entra dentro de sus funciones, cuando vienen de urgencia ellos son los que suben sus datos a sus historias clínicas y los que les clasifican en una habitación de tal unidad.
Cuando los pacientes llegan a sala de psicología , el auxiliar administrativo los recibe y les solicita que esperen en la sala de espera pertinente donde les llama el profesional que le hará su valoración o consulta pertinente, esta, le da aviso al facultativo , y cuando le da la orden el auxiliar administrativo es la que les da la "orden " de que pueden pasar a consulta, a veces salen los mismos médicos en su búsqueda.
El proceso con los pacientes ingresados en la unidad de salud mental no es muy diferente a los ingresos de pacientes sin estas patologías .
Cuando viene un paciente de urgencia se elabora la hoja de ingreso , junto a su pulsera identificativa y se le da al personal de enfermería que será los que valorarán a que departamento recurrirlo para una valoración total , para saber en qué habitación y el tipo de gravedad afronta el paciente .
El personal de auxiliar administrativo hace una excelente labor en este departamento y forma parte del equipo , ya que es una unidad un tanto especial, y los pacientes requieren de mucha empatía y empeño, aunque las quejas también llegan en muchas ocasiones a este tipo de profesionales por las largas listas de espera que hay que afrontar para una buena valoración de la salud mental.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir este capítulo valorando la figura del auxiliar administrativo como la figura del trato más cercano y directo con los pacientes una vez que acuden a los centros de salud. También vamos a remarcar algunas de las cualidades que hemos podido apreciar mas arriba como son la empatía y la flexibilidad con respecto al trato que dan a los usuarios y paciente que acuden diariamente. Y sin olvidar la función de enlace y unión que hacen con el resto de miembros tanto sanitarios como no sanitarios, que trabajan codo con codo en el conjunto y buen hacer del departamento de Salud Mental y que sin ellos sería imposible que funcionara como lo hacen día a día.

6 Bibliografía

1. Documentos. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Organización Institucional - Documentos Mejorar atenciones pacientes. Disponible en: https:
//www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/excelencia/map/mapDocs.htm#saludMental.

Capítulo 229

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

MERCEDES VILLALÓN BARBA

DANIEL DE LUCA NEGRETE

MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA

JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ

ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY

1 Introducción

La documentación sanitaria podemos definirla como el conjunto de documentos que se han generado en la prestación de atención sanitaria a un paciente, y documentos relativos a la gestión administrativa relacionada con dicha atención generada al paciente.
Dentro de la documentación sanitaria, podemos dividirla o clasificarla en dos tipos de documentación, por un lado la documentación clínica, que está relacionada directamente con la asistencia sanitaria y por otro lado, hablamos de la documentación no sanitaria que aunque esté también relacionada con la asistencia sanitaria, se trata de la documentación relativa a la gestión asistencial, administrativa o social.

La documentación sanitaria más importante sería la Historia Clínica (HC), que podemos definirla como aquellos documentos de un paciente que se han generado a lo largo de toda su atención sanitaria, y que nos da información sobre sus enfermedades, tratamientos, patologías, problemas relacionados con su salud… Según la legislación vigente, HC se define como "el conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo de su proceso asistencial. Al igual que la documentación clínica deja constancia del proceso asistencial con datos relativos a su salud, el principal objetivo de la documentación no clínica sería dejar por escrito las gestiones, clasificar y ordenar los diferentes trámites administrativos para evitar errores en el proceso.

2 Objetivos

Dar a conocer el manejo, al igual que en la documentación clínica, de las gestiones administrativas a desarrollar en el centro de salud.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo para el desarrollo de este capítulo una investigación detallada consistente en una revisión bibliográfica y una búsqueda en las principales bases de datos como Science, Google, etc. a la vez que se ha aportado experiencia personal en el desarrollo de las tareas administrativas dentro de los centros de salud.

4 Resultados

Nos centramos en la gestión de la documentación no clínica, y podemos clasificarla en:

- Intrahospitalaria: Será la documentación necesaria para el desarrollo, entre profesionales de la actividad dentro de un mismo hospital, siempre que no sean de carácter asistencial de los pacientes. Suelen desarrollarse entre los propios profesionales:
- Hojas de petición de uniformes para profesionales sanitarios, y de ropa para pacientes ingresados.
- Hojas de planificación de Dietas, según la prescripción médica, se utiliza para informar a la cocina de cada dieta del paciente.

- Petición y a la vez, recepción de materiales.
- Realizar planillas de turnos, donde se indica los turnos de trabajo y los días libres o guardia del personal del centro sanitario.
- Realización de Agendas de los distintos profesionales del centro, para establecer un horario de atención al paciente.
- Extrahospitalaria: Tratará la documentación relacionada con la asistencia al paciente, pero se tratará de documentos externos del hospital. Podemos decir que son documentos donde el paciente hace constar el tratamiento, la estancia en el centro, la quejas sobre la atención recibida, etc.

Entre ellas podemos destacar:
- Reclamaciones, quejas y sugerencias.
- Recetas médicas.
- Justificante de visita al médico.
- Partes de incapacidad temporal; documento en el que se especifica y justifica la ausencia al trabajo del paciente, ya sea por accidente o por enfermedades.
- Tarjeta Sanitaria: solicitud, trámite, gestión en la variación de datos de la Tarjeta Sanitaria, para facilitar así el acceso de los usuarios al Sistema Nacional de Salud.
- Intercentros: Se tratará de documentos que se utilizan para facilitar la comunicación entre centros relacionados, hospitales de referencia. Podemos destacar el volante de solicitud de interconsulta, que consiste en la derivación del paciente, por petición del médico de cabecera, para solicitar pruebas complementarias con el siguiente nivel de atención asistencial como es la atención especializada.

5 Discusión-Conclusión

Podemos destacar la gran labor que realiza el personal auxiliar administrativo en el sistema sanitario, ya que el día a día de su trabajo, no solo consiste en cuestiones relacionadas con la atención clínica, sino que también tiene mucha importancia la gestión de la documentación no clínica para el buen funcionamiento del centro hospitalario.

Podemos resumirlo en los tres tipos de documentación: intrahospitalaria, extrahospitalaria y documentación intercentros.

En cada uno de ellos, se requiere unas gestiones diferentes, pero no menos importantes, podemos destacar, los documentos relativos al pedido y recepción de materiales, las hojas de planificación de dietas, etc. Las hojas de reclamaciones y sugerencias, la tramitación y gestión de la Tarjeta Sanitaria y por último la tramitación de solicitud de interconsultas para que sean atendidos los pacientes

en la atención especializada y así poder ampliar y finalizar con la asistencia sanitaria completa de un paciente.
Por todo ello, cabe destacar la labor tan encomiable y poco reconocida que desarrolla el personal auxiliar administrativo a lo largo de su jornada de trabajo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 230

EL PAPEL DEL CELADOR EN LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

MARIA DEL PILAR LILLO IRALA

JORGE ROBLES CLAVEL

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

JESUS CLEMENTE GARCIA

TERESA LORENTE PEREZ

1 Introducción

La humanización en la atención médica por parte de los celadores se refiere a la capacidad de estos profesionales de salud de brindar un trato cálido, empático y respetuoso a los pacientes y sus familiares durante su estancia en el centro hospitalario. La humanización es un concepto clave en el ámbito de la atención médica, ya que busca promover el bienestar emocional y psicológico de los pacientes, más allá del tratamiento médico en sí.

La humanización de la atención médica se ha convertido en un aspecto esencial en la prestación de servicios de salud. El enfoque centrado en el paciente se ha vuelto cada vez más importante en la búsqueda de una atención médica más compasiva y empática. Los avances en la medicina y la tecnología no deben eclipsar

la importancia de la relación humana entre el personal de salud y el paciente. Aquí es donde el papel del celador adquiere un significado relevante.
La humanización en el ámbito de la salud se refiere a la incorporación de valores éticos, empatía, compasión y respeto en la relación médico-paciente, buscando mejorar la calidad de vida y la satisfacción del paciente. El celador, como miembro del equipo de salud no clínico, juega un papel esencial en la humanización del entorno hospitalario y en el acompañamiento del paciente durante su experiencia hospitalaria.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo analizar y resaltar el papel fundamental que tiene el celador en la humanización de la atención médica.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador es un miembro importante del equipo de salud que, aunque no tiene formación médica, desempeña un papel crucial en el funcionamiento de un centro médico. Sus funciones principales incluyen el traslado de pacientes, la colaboración en la movilización de equipos médicos y el mantenimiento del orden y limpieza en las instalaciones. Además, el celador tiene una posición privilegiada para interactuar directamente con los pacientes y sus familias durante su estancia en el hospital.
Es una figura cercana al paciente y, como tal, tiene la oportunidad de generar un impacto positivo en su experiencia hospitalaria. La empatía y la capacidad de escuchar activamente son habilidades clave que el celador debe poseer para entender las necesidades emocionales y físicas del paciente. Una comunicación amable y respetuosa puede reducir el estrés y la ansiedad del paciente, creando un ambiente más cómodo y humano.

El ingreso hospitalario puede resultar una experiencia estresante y desconcertante para muchos pacientes. En este contexto, el celador puede ser un compañero de apoyo emocional, brindando consuelo y comprensión en momentos de angustia. A través de su presencia empática, el celador puede ayudar a humanizar el proceso de atención médica, contribuyendo a que el paciente se sienta más seguro y protegido.

El celador también juega un papel esencial en la humanización del entorno hospitalario. Colabora en la creación de espacios limpios, ordenados y acogedores para los pacientes y sus familias. Mantener una atmósfera tranquila y respetuosa en el hospital puede mejorar la recuperación y la percepción positiva de la atención médica recibida.

El celador es un defensor de la dignidad y la privacidad del paciente. Al ayudar en el transporte y la movilización, debe asegurarse de manejar al paciente con respeto y proteger su intimidad en todo momento. Fomentar el respeto por la dignidad del paciente es una parte fundamental de la humanización de la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en la humanización de la atención médica es de suma importancia. Su capacidad para brindar empatía, comunicarse efectivamente y proporcionar un apoyo emocional a los pacientes contribuye significativamente a mejorar la experiencia hospitalaria y a fortalecer la relación entre el personal de salud y los pacientes. La humanización en la atención médica no solo se logra a través de la innovación tecnológica, sino también mediante la presencia humana y compasiva del celador. Por lo tanto, se deben fomentar programas de capacitación y reconocimiento para el personal de celadores, destacando su relevante labor en la humanización de la atención médica.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/celador-humanizacion-atencion-sanitaria/.
2. https://revistamedica.com/celadores-humanizacion-atencion/.
3. https://cursosfnn.com/curso/celadores/el-papel-del-celador-en-la-humanizacion-de-la-atencion-sanitaria/.
4. https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-resumen-relaciones-interdisciplinarias-humanizacion-las-unidades-13095677.

Capítulo 231

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PSIQUIATRÍA

MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL

VANESSA QUIROGA MINAYA

BEATRIZ GARCÍA TEJERA

MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO

MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO

1 Introducción

Antiguamente la psiquiatría era un tema tabú. Es decir, las personas que padecían algún tipo de trastorno mental permanecían encerradas casi de por vida en las propias casas de los familiares o bien en los manicomios, totalmente aislados de la sociedad. Sin embargo, la ley 1986 del 25 de abril general de sanidad consiguió una forma nueva de ver y tratar a estos pacientes, dotándolos de los mismos derechos que cualquiera que tuviera una enfermedad de cualquier otro tipo.
Actualmente, tras la pandemia sufrida (COVID-19) y con el ritmo de vida tan intenso al que la sociedad se enfrenta, ha aumentado masivamente el número de personas con algún tipo de problema mental (ansiedad, depresión, manías, comportamientos suicidas, neurosis, psicosis).
Para un correcto tratamiento, la sanidad dispone de unos dispositivos sanitarios que son:

Centro de salud mental que es la vía de acceso al resto de dispositivos sociosanitarios donde un equipo multidisciplinar atenderá a los pacientes remitidos desde atención primaria poniendo a su entera disposición psicoterapias individuales, de grupo, consultas de acogida y o revisión, administración de medicamentos que se crean oportunos, etc.
Unidad de hospitalización psiquiátrica, es decir, las plantas de los hospitales generales dedicadas a esta rama donde se encuentran entre otros, personas que son una amenaza tanto para ellos mismos como para el resto, que no les ha funcionado correctamente las medicaciones anteriores o son adictos a distintas drogas.
Hospital de día: Lo mismo que el anterior excepto que los enfermos no pasarán las 24 horas en este. El horario es solo de 9h a 17h. El resto del tiempo vuelven a sus domicilios.
Centros de día de media y larga estancia cuya función es recuperar habilidades o destrezas en personas que tienen un medio social desestructurado y que estas puedan integrarse en la sociedad satisfactoriamente.
Talleres ocupacionales para dotarlos de independencia. Se centran en actividades de trabajo, ocio y autocuidado.
Pisos protegidos para enseñarles a ser autónomos y llevar una vida normal. Conviven en grupos y se encuentran bajo la supervisión de un trabajador social.

2 Objetivos

- Describir los principales trastornos mentales.
- Dar a conocer las funciones del celador en la planta de psiquiatría.

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: Medline, Google académico, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio como trabajos fin de grado, tesis, la clasificación de las enfermedades mentales según la CIE-10, informes de salud mental actuales, etc.

4 Resultados

Un psiquiatra es un profesional de la medicina que estudia, diagnostica, trata y previene las enfermedades mentales. Observa trastornos de conducta y o de la personalidad basándose en lo anormal, es decir, lo que se aleja del termino medio. A continuación se definen los principales trastornos mentales que pueden padecer los pacientes ingresados en una unidad de psiquiatría de cualquier hospital.
Ansiedad: Respuesta del organismo frente a cualquier tipo de estrés, amenaza que nos asegura salir airosos de estas situaciones. Suele durar hasta que el peligro ha pasado. Sin embargo, esta es patológica cuando permanece en el tiempo, en todas nuestras acciones del día a día y atenta a la salud debido a unos miedos, preocupaciones, emociones que no se ajustan a la realidad.
Algunos ejemplos de trastornos de ansiedad son el trastorno de ansiedad generalizada, trastornos de pánico, fobias, ansiedad por separación, ansiedad social, etc.
Depresión: Afección que provoca en el individuo un estado total de tristeza, desaliento, frustración, pérdida del interés tanto en las actividades de ocio y tiempo libre como en cualquier otro quehacer diario. Por tanto, el sueño y la alimentación se ven alterados.
Trastorno bipolar: En este se combinan periodos de depresión con periodos de manías y exaltación.
Trastorno obsesivo compulsivo: Padecimiento crónico caracterizado por una serie de miedos (obsesiones) y o rituales (compulsiones) que generan ansiedad continua en los individuos.
Trastornos alimenticios: Comienzan con percepciones (debidas a la publicidad, exigencias de la sociedad), que no se corresponden con la realidad y llevan a estos pacientes a auto castigarse o lesionarse. Se presentan fundamentalmente en la niñez o adolescencia. Anorexia, bulimia, etc.
Trastornos debidos al abuso de alcohol, drogas y otras sustancias como somníferos.
Trastorno de comportamiento disruptivo y disocial: Padecimiento total sobre el control de las emociones y del comportamiento. Estas personas son incapaces de tolerar normas, se caracterizan por una constante agresividad, robos, etc. También al igual que el trastorno anterior, tiene lugar desde la infancia y o adolescencia.
Esquizofrenia: Es uno de los trastornos más graves que se pueden padecer. Afecta a los pensamientos, sentimientos, emociones, personalidad… Pues la realidad en la que viven está muy distorsionada. A veces pueden tener delirios o alucina-

ciones. El lenguaje se hace incomprensible.
Demencia: Trastorno neurocognitivo que afecta fundamentalmente a la memoria. Este es progresivo, afectando cada una de las actividades diarias que solían realizarse hasta que finalmente los pacientes pierden la razón.
Por tanto, el celador debe contar con suficientes habilidades sociales para manejar correctamente todas las posibles situaciones que pueda llegar a encontrar no solo con sus pacientes sino también a la hora de trabajar en equipo con el resto de sus compañeros.
Nunca podrá perder la calma o mostrar nervios pues en tal caso se agravará el problema. Deberá ser en todo momento empático con los pacientes, no se harán juicios sobre los mismos, se practicará la paciencia y la escucha activa, mostrando un tono de voz suave y tranquilo. Se dirigirán a las personas por sus nombres, haciéndoles preguntas, mirándolos siempre a los ojos, haciéndoles cumplidos, animándoles, asegurándose que su mensaje haya sido entendido por el receptor. Además deberemos controlar el lenguaje no verbal, es decir, nuestros gestos tienen que ir en consecuencia con nuestras palabras.
Cuando trabajamos en equipo, en este caso con los Tcae, farmacéuticos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, médicos… habrá veces que conectemos y tengamos afinidad con algunos. Esto es la proxemia. Sin embargo debemos procurar tener una buena comunicación con todos y darles siempre una oportunidad al resto.
Cada persona dependiendo de sus circunstancias, vivencias… va forjando un estilo distinto de comunicación. Estos pueden ser de tres tipos. Asertivo (expresa sus ideas de forma respetuosa, tranquila y segura sin olvidarse de las de los otros), pasivo (sienten miedo a expresar sus pensamientos, no se defienden cuando son atacados, tienden a una baja autoestima, no luchan por sus derechos hasta que llega un punto en que explotan) o agresivo (agreden, insultan, critican, acusan, son egoístas.).
El acertado y el que tenemos que trabajar si no lo tenemos es el primero, el estilo asertivo. Cada miembro del grupo tendrá un rol diferente: colaborador, intelectual, activador (anima al resto), iniciador (emprende, se atreve con retos nuevos).
Por último y no menos importante las tareas a las que se enfrenta el celador en la unidad de psiquiatría son las siguientes:
Controla quien accede y circula por la planta.
Pasea por el recinto a los pacientes, pues con la actividad física y respirando aire puro se sentirán más animados y aliviados.
Ayuda en el aseo a los que no pueden realizarlo por sí mismos.
Accede a la unidad de farmacia y almacén para recoger lo que corresponda.

Levanta o baja persianas, acondiciona las habitaciones, en definitiva, procura que los enfermos se encuentren en un ambiente favorable lo más parecido posible a como pudieran estar en sus casas.
Traslada a otras unidades a aquellos que por alguna razón en particular lo necesiten.
Vigila las conductas y los comportamientos de todos actuando lo más rápidamente cuando observan algo grave.
Colabora con el resto del equipo de profesionales en la reducción del paciente agitado y en la administración de inyectables o cualquier otro tipo de tratamientos.
Traslada sin tardanza todo tipo de documentación y objetos.
Notifica a sus superiores daños o problemas en instalaciones.
Sirve de ascensorista cuando se le asigne ese cometido.
Realiza excepcionalmente algunas tareas de limpieza.
Cumple los servicios de guardia que corresponda dentro de los turnos establecidos.
Vela por mantener el silencio en la planta.
Tiene prohibido hacer comentarios a los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente el reto que se quiere conseguir en salud mental es prevenirla comenzando por edades tempranas. Está demostrado que la salud mental y la física son igual de importantes y que tienen que estar en equilibrio.
Cada vez son más las campañas que se hacen para que la gente se conciencie de lo duras que son ciertas enfermedades y dispongan de herramientas suficientes para ayudar a cualquiera que se encuentre en esas situaciones.
Por desgracia el suicidio aumenta cada año de forma brutal. Por ello, el gobierno de España puso a disposición un teléfono de ayuda, el 024.
Esta claro que aun nos queda un camino largo que recorrer aunque mirando atrás hemos dado bastantes pasos hacia adelante.

6 Bibliografía

1. https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-10-SALUD-MENTAL.pdf.

2. https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf.
3. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001522.htm.

Capítulo 232

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE RADIODIAGNÓSTICO

MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL

VANESSA QUIROGA MINAYA

BEATRIZ GARCÍA TEJERA

MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO

MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO

1 Introducción

Los rayos X se inventaron el 8 de noviembre de 1895 en la ciudad alemana de Wurzburg por el físico Wilhelm Conrad Roentgen que tras estar experimentando con un tubo de rayos catódicos cubiertos con papel negro y en una sala oscura observó cómo un papel de platinocianuro se iluminó.
La primera radiografía conocida la obtuvo con la ayuda de su mujer, a quién le pidió que colocará una mano sobre una placa de metal.
El radiodiagnóstico es el conjunto de procedimientos de exploración y visualización de las estructuras anatómicas del interior del cuerpo humano mediante la utilización de rayos X.
Este área debe contar con sala de espera, sala de rayos X o procedimientos radiológicos, área blindada para la consola de control, vestidores y aseos para pacientes, área de almacenamiento de películas, cuarto de revelado centralizado, área de interpretación y área de preparación de medio de contraste.

En cuanto a recursos humanos formarán parte del equipo médicos radiólogos, enfermeros, técnicos en imagen para el diagnóstico (pues se hace indispensable que tengan un conocimiento de los equipos, de las posiciones correctas para la obtención de las pruebas diagnósticas), técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), auxiliares administrativos, celadores, mecánicos (hacen el mantenimiento de los equipos que corresponda), físicos (se centran en la protección radiológica y en el control de calidad de los equipos) e informáticos (responsables de la atención a los sistemas de gestión radiológica y de los sistemas digitales de imagen, tanto de obtención como de almacenamiento).
Este servicio suele estar presente más en hospitales que en centros de salud al necesitar de un técnico en radiología porque los rayos X entrañan mucha peligrosidad si no se hace un uso correcto de ellos.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del celador en el área de radiodiagnóstico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado acabo 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: Medline, Google académico y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio como trabajos fin de Grado, tesis, guías de pruebas de diagnóstico por imagen, diseños de áreas de radiodiagnóstico, protocolos de gestión de residuos radioactivos, riesgos laborales en las unidades de rayos, manuales de celadores, etc.

4 Resultados

En la actualidad existen muchas máquinas a disposición de la medicina para diagnosticar enfermedades, tumores o algún que otro problema que a veces puede pasar desapercibido si no hacemos uso de estas.
Los rayos X son un tipo de radiación electromagnética ionizante que debido a su pequeña longitud de onda tienen capacidad de interacción con la materia. Se componen del tubo de rayos X, el generador de radiación y el detector de radiación.

Las ecografías toman imágenes mediante ultrasonidos de los órganos del cuerpo.
La resonancia magnética tiene forma de tubo y transforma ondas de radio en imágenes detalladas de los órganos que van a un ordenador.
La tomografía computarizada diagnostica tumores y explora la cabeza, cuello, tórax y abdomen.
El mamógrafo toma imágenes de las glándulas mamarias, del tejido graso que las envuelve y de la piel.
El densitómetro mide la densidad de los huesos y diagnostica osteoporosis.
Las áreas en las que hay fuente de radiación serán de acceso restringido y estarán señalizadas con carteles de diferentes colores, en función del nivel de radiación con el que cuenten. Ordenándolas de mayor a menor nos encontramos con la zona vigilada (color gris), controlada (color verde), de permanencia limitada (color amarillo), y de permanencia reglamentada (naranja).
Estos carteles indican además si existe riesgo de irradiación (puntas radiales) y o contaminación (fondo punteado).
Todos los empleados del hospital deben ser capaces de reconocer las áreas restringidas mediante la localización de los signos en la puerta de acceso a servicios y salas, en las zonas de trabajo dentro de las áreas restringidas, en los cubos de residuos radiactivos, en las etiquetas de bultos con material radioactivo, etc.
Cualquier personal que trabaje en esta área debe estar perfectamente protegido.
Los métodos más efectivos para protegernos son minimizar el tiempo (a más tiempo más radiación), maximizar la distancia (si se duplica esta entre las personas y las fuentes de radiación se puede reducir la dosis a una cuarta parte) y maximizar el blindaje (este absorbe la radiación) cuanto más grueso sea más la disminuirá.
También podemos proteger nuestro cuerpo con delantales, gafas protectoras de cristalino, protectores tiroideos y guantes plomados. Tendremos siempre puesto un dosímetro que registrará la dosis de exposición que hemos sufrido a lo largo de un mes y constará en un historial dosimétrico que se conservará durante treinta años.
Una exposición a altas dosis puede provocarnos dermatitis, quemaduras en la piel, caída del cabello, nauseas, enfermedades cardiovasculares, ceguera, cataratas, esterilidad, fibrosis de tejidos, mayor riesgo de padecer cáncer, etc.
En las salas de radiodiagnóstico existen multitud de residuos radiactivos que al igual que el resto tenemos que saber qué hacer con ellos para que no perjudiquen al medio ambiente.
Si los materiales residuales presentan un contenido radiactivo por debajo de los valores establecidos por la autoridad competente lo gestionaremos siguiendo

unas fases.
Primero se segregarán, es decir, se clasifican en grupos (sólidos contaminados no putrescibles, sólidos contaminados putrescibles, fuentes radiactivas encapsuladas y sólidos radiactivos).
Después se caracterizarán, esto es saber el radionucleido que contienen, conocer su actividad específica por unidad de masa. Cada contenedor de material residual deberá quedar etiquetado con su identificación, en la que se incluirán el radionucleido, tipo de residuo, instalación de procedencia, fecha de cierre y fecha prevista de evacuación.
Posteriormente se almacenan aquellos que necesitan tiempo para ser considerados residuos no radiactivos y o los que serán retirados por empresas autorizadas. Finalmente se procede a su evacuación.
El celador en esta unidad depende del supervisor de radiodiagnóstico y será el encargado de:
Informar siempre al enfermo y al familiar de dónde se va a trasladar y que prueba se le va a realizar, calmándolo si está nervioso.
Trasladar a los pacientes desde las áreas donde se encuentren hacia la zona de radiología y a la inversa.
Ayudar al técnico en radiodiagnóstico en la colocación del paciente a la hora de realizar la prueba diagnóstica.
Percatarse de que todo el material sanitario que el enfermo necesita (sueros, oxígeno) estén en perfecto estado.
Comprobar si tiene algún tipo de aislamiento para tomar las medidas de protección adecuadas a cada situación.
Llevar consigo la documentación clínica del paciente.
Controlar quien accede y circula por el área.
Indicar a pacientes y familiares donde están las salas donde se realizan las distintas pruebas de imagen.
Comunicar a quien corresponda daños o problemas en instalaciones.
Realizar excepcionalmente alguna tarea de limpieza.
No hablarán con pacientes ni familiares sobre los resultados de estas pruebas orientándolos siempre al personal médico que corresponda.

5 Discusión-Conclusión

En la sociedad actual, muchas de nuestras actividades diarias implican riesgos. En el caso de los pacientes, el riesgo asociado a la exposición a radiaciones en las exploraciones se compensa por el beneficio derivado del diagnóstico o tratamiento

para la salud, pues por cada radiación se estima que podrían perderse seis días de vida. Esto es muy poco comparado con fumar que equivaldría a perder seis años y medio.
Sin embargo, los rayos X pueden dañar gravemente los fetos dando lugar a problemas de crecimiento, defectos de nacimiento, discapacidades por lo que no se recomienda en embarazadas y si se sospecha de que lo está debe comunicarlo de inmediato para que se proteja con un delantal de plomo.
En cualquier caso no se puede abusar de estas pruebas, pues a veces nos pasa como con el uso de antibióticos, que queremos que nos los manden los doctores sin ser necesario.

6 Bibliografía

1.https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/pruebas-diagnosticas/pruebas-diagnostico-imagen/lectura-facil-guia-pruebas-diagnostico-imagen-lectura-facil.ficheros/1638984-Pruebas%20diagnosticas%20Imagen.pdf.
2. https://www.mem.gob.gt/wp-content/uploads/2012/05/RADIODIAGNOSTICO-MEDICO.pdf.
3. https://www.riojasalud.es/files/content/rrhh/prevencion-rrll/manual-de-recomendaciones-frente-a-radiaciones-ionizantes.pdf.
4. http://www.conganat.org/SEIS/is/is45/IS45_18.pdf.

Capítulo 233

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO

MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL

VANESSA QUIROGA MINAYA

BEATRIZ GARCÍA TEJERA

MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO

MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO

1 Introducción

El transporte intrahospitalario hace referencia a todas las movilizaciones, transferencias y traslados de pacientes que tenga que realizar el celador con los enfermos dentro del mismo hospital.
Una movilización es un movimiento que se realiza dentro de la misma superficie. Ejemplo de ello es el cambio postural de los pacientes que evitará que les salgan úlceras por presión.
Una transferencia es un desplazamiento de una superficie a otra. Esto es cuando pasamos al paciente de la cama a una silla de ruedas.
Un traslado es cualquier recorrido a otros lugares o unidades del centro sanitario de manera puntual o momentánea con el fin de realizar pruebas diagnosticas, terapéuticas o para ser vistos por otros especialistas.
En los traslados se pueden distinguir tres etapas fundamentales: de preparación, de transporte, de regreso y estabilización.

En la primera el celador tendrá que ser informado por los médicos o enfermeros de la patología que padece el paciente, de la medicación o aparatos que necesite y de los que no, avisará tanto a la unidad de origen como de destino del mismo, informará del proceso al paciente y al familiar y cogerá la documentación necesaria (datos de identificación, historia clínica).
En la segunda velará por el máximo confort del paciente, estará pendiente de que no se desconecte ningún respirador u otro aparato electromédico o no se salgan vías para en su caso poder solucionarlo a la mayor brevedad posible, controlará su velocidad, no hará giros inesperados ni chocará con obstáculos.
En la tercera el profesional dejará de nuevo al paciente en su habitación o en la unidad de la que procediera, instalará las medidas de presiones que tuviera antes de ser trasladado y se asegurará de que todo el aparataje e instrumental esté bien colocado y funcione correctamente.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en relación con el transporte intrahospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado acabo 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: Medline, Google académico y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio como trabajos fin de Grado, tesis, guías de movilización de pacientes, protocolos de transportes intrahospitalarios y riesgos laborales de los celadores.

4 Resultados

Las transferencias requieren contar con diversas técnicas para que nos sea más fácil esta labor.
Para pasar a un enfermo de la cama a la silla de ruedas sentaremos al paciente en el borde de la cama pasando de estar en decúbito supino a estar sentado. Nos colocaremos frente a él y le sujetaremos por la cintura mientras este se apoya en nuestro hombro y por último lo desplazaremos lateralmente.

Cuando es al contrario, es decir, de la silla de ruedas o sillón le pediremos que sitúe uno de sus brazos alrededor de nuestra cintura. Mientras, nosotros flexionamos las rodillas manteniendo la espalda recta y haciendo el levantamiento de forma suave.

Si se desea pasar al paciente de la cama a la camilla habrá tres celadores. El primero deslizará un brazo bajo los hombros y otro bajo el tórax, el segundo se encargará de la zona lumbar y la pelvis y el último de los glúteos y piernas. Todos realizaran el movimiento a la misma vez.

Para que en el transcurso de estas movilizaciones y transferencias no acabemos con importantes lesiones musculoesqueléticas nos tenemos que regir en base a unos principios de mecánica corporal:

En todo momento mantendremos nuestra espalda recta, flexionaremos las rodillas para tener una base de sustentación y mejorar nuestro equilibrio, nos adecuaremos a la altura del plano de trabajo, estaremos lo más próximos posibles a nuestro paciente agarrándolo y sujetándolo pegado a nuestro cuerpo, contraeremos los músculos abdominales y glúteos para estabilizar la pelvis, nos giraremos mediante pequeños movimientos de los pies para evitar que el tronco se lesione, tendremos los pies separados y uno en dirección del movimiento, usaremos el peso del cuerpo como contrapeso durante la movilización.

El conocimiento de las posturas anatómicas básicas nos va a servir para prestarle al enfermo los cambios posturales cada tres horas y para las transferencias y movilizaciones mencionadas anteriormente. A continuación se explican.

Posiciones de decúbito: supino (acostado sobre su espalda, brazos y piernas alineados extendidos formando con su cuerpo un plano paralelo con el suelo), lateral izquierdo o derecho (de lado, brazo inferior ligeramente separado y hacia adelante y la pierna que no está en contacto con la superficie de apoyo está ligeramente flexionada para dar mayor estabilidad) y prono (acostado sobre su abdomen y pecho.

Fowler: Semisentado, con la cabecera levantada formando un ángulo de 45º piernas ligeramente flexionadas y pies en flexión dorsal. Existen dos variantes: semifowler (inclinación de 30º) y fowler alta (inclinación de 90º).

Sims: similar al decúbito lateral izquierdo pero el brazo que queda en la parte inferior se lleva hacia atrás y el otro se coloca en flexión del codo. La cadera superior y rodilla del mismo lado están flexionadas sobre el pecho y la cabeza está girada lateralmente.

Partiendo de estas se encuentran las quirúrgicas que también nos pueden servir de utilidad para los transportes. Son las siguientes:

Trendelemburg: Decúbito supino con el plano del cuerpo inclinado 45º respecto

al plano del suelo, cabeza mucho más baja que los pies.
Antitrendelemburg: El plano del cuerpo también está inclinado 45º respecto al suelo. En este caso cabeza mucho más elevada que los pies.
Ginecológica: Acostada boca arriba con las piernas separadas apoyadas sobre unos estribos (solo para mujeres).
Mahometana: De rodillas en la cama, tronco inclinado hacia adelante, brazos cruzados apoyados en el colchón y la cabeza sobre ellos.
Kraske: Variante de decúbito prono. El paciente se haya con las caderas elevadas respecto al resto del cuerpo, cabeza ladeada, los brazos se colocan sobre un soporte y las palmas de las manos hacia abajo.
Roser: Decúbito supino con la cabeza colgando con el objetivo de mantener el cuello en hiperextensión.
En cuanto a los traslados, las dos maneras más comunes suelen ser en silla de ruedas o en camilla, usando uno u otro en base al estado de gravedad que presenten los enfermos. Pues en el hospital nos podemos encontrar pacientes autónomos (pueden realizar todo sin ayuda), de dependencia moderada (necesita ayuda para realizar varias actividades una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal, de dependencia severa (necesita ayuda para realizar actividades al menos tres veces al día o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal) y gran dependencia (pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial y necesita apoyo continuo de otra persona.
Es clave que el celador sepa como se maneja una silla de ruedas y una camilla. Aunque siempre hay que seguir unas normas pero también nos encontramos con excepciones.
Como norma general empujaremos la camilla o cama desde la cabecera y de cara al sentido de la marcha, de tal forma que los pies del paciente vayan abriendo camino. Igualmente la silla de ruedas se empujará desde la parte de atrás de la misma.
Para entrar a un ascensor entramos nosotros primero tirando de la cabecera de la cama y para salir empujamos por el cabecero de modo que los pies del paciente sean lo primero que salga. Si se trata de una silla de ruedas el celador también entrará primero tirando de la silla y de espaldas al ascensor. Una vez dentro girará la silla para salir de la misma forma.
A la hora de subir rampas se empujará por el piecero de la cama y para bajarlas caminaremos hacia atrás también desde el piecero. Si es en silla de ruedas el enfermo irá de cara a la marcha y el celador empujará la silla desde atrás. Para bajarla caminará de espaldas a la rampa.

Por último vamos a conocer algunos de los aparatos que tendremos que transportar en pacientes críticos. Estos son monitor de transporte, respirador de transporte, monitor desfibrilador, botella de oxígeno, bombas de perfusión etc.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de los celadores vienen recogidas en el artículo 14.2 del estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social. En él podemos ver como una de ellas es el traslado de los enfermos dentro de la institución.
Por tanto son de obligada atención y conocimiento las distintas técnicas de movilización y traslados porque si fallamos no solo se corre el riesgo de lesionar al paciente o agravar más su estado sino que también podemos hacernos daño nosotros si obviamos los principios de mecánica corporal.
Se aconseja para hacer transferencias utilizar medios mecánicos o la colaboración de nuestros compañeros, pues una vez más queda demostrada la importancia y la necesidad del trabajo en equipo ya que no es lo mismo que un paciente sea trasladado por una persona que por dos o tres que hará la situación más fácil sin duda alguna.

6 Bibliografía

1. https://saceco.es/wp-content/uploads/2020/05/Temario-MOVILIZACION-Y-TRASLADO-DE-PACIENTES-EN-EL-AMBITO-SANITARIO.pdf.
2. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/celador_sas_tema_13.pdf.
3. https://aulaplusformacion.es/wp-content/uploads/2020/08/Posiciones-anatomicas-Celador-DEMO.pdf.

Capítulo 234

EL PERSONAL SUBALTERNO EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO. FUNCIONES DEL CELADOR EN EL CONOCIMIENTO DEL MATERIAL UTILIZADO EN LA SALA DE INTERVENCIONES

ENCARNI MONTES IGLESIAS

SELENIA NOVAS SALMERON

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

GUILLERMO GONZALEZ BENITO

OLGA SANCHEZ CLEMENTE

1 Introducción

Todo el material que se encuentra dentro de la sala de intervenciones es utilizado única y expresamente por el equipo estéril que interviene en la operación (cirujanos principales, cirujanos auxiliares, anestesista y enfermera instrumental). Sin embargo, hay un gran equipo humano profesional detrás que se encarga de introducir dicho material en la sala antes de comenzar la intervención.

A continuación, se detallará las funciones de cada categoría profesional en relación con la preparación de la sala de intervenciones.

• Personal subalterno o celadores. Son los encargados de trasladar de unos quirófanos a otros el aparataje utilizado en la intervención. Será función del celador conectar dichos equipos a la luz y colocarlos en su lugar determinado dentro de la sala de intervenciones.

• Técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Son los encargados de preparar el material sanitario utilizado durante la operación, para ello desenfundará todo el material sanitario sin tocarlo y lo colocará en la mesa auxiliar de material.

• Equipo de enfermería circulante. Son los enfermeros encargados de suministrar al equipo estéril el material necesario durante la intervención. Del mismo modo, son los encargados de preparar la sala de intervenciones, para ello se encargará de encender los equipos que han sido previamente colocados por los celadores.

2 Objetivos

- Conocer el personal estéril y no estéril que interviene en la sala de operaciones.
- Detallar las funciones desarrolladas por el personal no estéril a la hora de preparar la sala de intervenciones.
- Enumerar el material utilizado en la sala de operaciones y del cual debe tener conocimiento el 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

Los celadores son los encargados de trasladar el material utilizado en las salas de intervenciones y colocarlo en su lugar correcto, por lo que deberá conocer cada uno de los elementos utilizados y que le pueden requerir en un momento determinado de la intervención.

• Mesa de intervenciones. En el ámbito de la cirugía existen multitud de mesas de intervenciones, especializadas cada una de ellas en un tipo de intervención concreta. Es función exclusiva del celadores la colocación del paciente sobre la mesa de intervenciones, por lo que deberá conocer el funcionamiento de estas mesas de intervenciones, así como del mando que acciona las diferentes posiciones de la propia mesa.
• Arco de anestesia. Es utilizado para diferenciar la zona de anestesia de la zona de intervenciones. Será colocado por el celador una vez el paciente se encuentre colocado en la mesa de intervenciones. Hay dos tipos de arcos, fijos y movibles, será el propio anestesista el que indique la utilización de uno u otro.
• Lámpara quirúrgica. En las salas de intervenciones se encuentran dos lámparas escialíticas colgadas del techo que son las encargadas de proporcionar la luz suficiente a los cirujanos durante la intervención. Son posicionadas por el celador, sin embargo, a lo largo de la intervención podrá ser movida por el personal estéril, por lo que se deberá cubrir con una funda de plástico.
• Mesa de instrumentación. Será trasladada por el celador, pero preparada con el material sanitario por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).
• Escabel. El escabel es un taburete que sirve para que el paciente pueda acceder a la mesa de intervenciones. El celador colocará el escabel cerca de la mesa para el momento de posicionar al paciente en la mesa de intervenciones.
• Carro de parada. En este carro se encuentra todo el material necesario en caso de que un paciente se encuentre en parada respiratoria.
• Rx portátil. Será trasladado y colocado por el celador antes de comenzar la intervención. Una vez comenzada la intervención será manipulado por el técnico en imagen y radiodiagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "El personal subalterno en el bloque quirúrgico. Funciones del celador en el conocimiento del material utilizado en la sala de intervenciones" nos demuestran el material sanitario y no sanitario utilizado durante una intervención quirúrgica. Dentro del bloque quirúrgico desarrollan su actividad laboral una gran variedad de categorías profesionales cualificadas para el desarrollo de sus funciones. El personal subalterno es una única categoría profesional que interviene en el bloque quirúrgico y no reúne una formación académica reglada, por lo que es de vital importancia que reciban una formación previa antes de desarrollar su actividad en la sala de intervenciones.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. GARRIDO, J.M. El celador en quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013.

Capítulo 235

EL PERSONAL SUBALTERNO EN EL QUIRÓFANO. FUNCIONES DEL CELADOR EN EL INTERIOR DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

ENCARNI MONTES IGLESIAS

SELENIA NOVAS SALMERON

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

GUILLERMO GONZALEZ BENITO

OLGA SANCHEZ CLEMENTE

1 Introducción

El bloque quirúrgico de un centro hospitalario es la localización física del área dónde se llevan a cabo intervenciones quirúrgicas. Las intervenciones quirúrgicas pueden clasificarse por la complejidad de las mismas, pudiendo encontrar en el centro hospitalario las siguientes intervenciones:

• Cirugía mayor ambulatoria (CMA). Los pacientes ingresan esa misma mañana en la unidad "CMA" y allí son preparados por el equipo de enfermería hasta que son trasladados al bloque quirúrgico para su intervención. Una vez finalizada la intervención son nuevamente trasladados a la "CMA" dónde recibirán las indicaciones post- operación y dónde se recuperarán durante unas horas antes de marcharse a casa.

• Cirugía invasiva. Los pacientes son ingresados en la planta de hospitalización de cirugía esa misma mañana o un día antes, para ello habrá que tener en cuenta el tipo de intervención y la preparación previa a la intervención. Es la cirugía tradicional, dónde los cirujanos se realizan grandes incisiones para tratar directamente con la zona deseada.
• Cirugía laparoscopia. Al igual que ocurre con la cirugía invasiva, los pacientes son ingresados esa misma mañana o el día anterior. Es una cirugía más moderna, para efectuar dicha intervención se realizan pequeñas incisiones a través de las cuales son introducidos el material necesario para realizar la intervención.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes intervenciones quirúrgicas realizadas en el servicio de cirugía de los centros hospitalarios.
- Detallar las funciones ejecutadas por el personal subalterno durante el desarrollo de su actividad laboral en el bloque quirúrgico.

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

Anteriormente se han mencionado los diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo en las salas de intervenciones, sin embargo, la realización de estas intervenciones no podría realizarse sin la intervención de un equipo profesional sanitario y no sanitario que se encargan de cada uno de los detalles para garantizar la seguridad de los pacientes antes, durante y después de la intervención.
El servicio de cirugía es un servicio muy específico que requiere de una serie de normas para su desarrollo, puesto que es de vital importancia garantizar la seguridad de los pacientes intervenidos. Estas normas se centran en mantener la

asepsis durante todo el proceso de una intervención. Las normas que tienen que cumplir los celadores son:
• No tocar el campo estéril.
• Llevar la indumentaria adecuada para el bloque quirúrgico. Esta se conforma de: pijama verde o azul, mascarilla, gorro, guantes y calzas.
Durante este capítulo científico nos centraremos en la figura del celador como miembro importante e imprescindible del bloque quirúrgico, independientemente de no ser personal sanitario. Es por ello, que se van a detallar cada una de las actuaciones del celador en el bloque quirúrgico para garantizar un correcto funcionamiento y continuado de las salas de intervenciones.
Funciones concretas del bloque quirúrgico.
• Colocar al paciente en la mesa de intervenciones, para ello lo posicionará según las indicaciones del anestesista y cirujano principal. Es importante que el celador de quirófano conozca cada una de las posturas en las cuales se pueden colocar los pacientes para la realización de una intervención.
• Sujetar al paciente a la mesa de intervenciones utilizando correas, cintas o vendas.
• Ayudar al equipo a movilizar al paciente durante la intervención, sin manipular el campo estéril.
• Sujetar los miembros superiores o inferiores durante la realización de amputaciones, sin manipular el campo estéril.
• Trasladar al paciente a la sala de reanimación una vez finalizada la intervención.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "El personal subalterno en el quirófano. Funciones del celador en el interior del bloque quirúrgico" nos demuestra la actuación realizada por los celadores dentro del quirófano.
Es importante destacar que en el bloque quirúrgico tiene que haber un gran número de personal subalterno, los cuales se encarguen de funciones concretas. Se diferencian claramente dos clases de celadores, los que realizan sus funciones dentro de las salas de intervenciones, y los que realizan sus funciones fuera del bloque quirúrgico para que dentro de las salas de intervenciones pueda realizarse la actividad sin complicaciones y de manera continuada. Sin la presencia de alguno de estos celadores, el bloque quirúrgico tendría que parar su actividad.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. GARRIDO, J.M. El celador en quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013.
3. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021.
4. 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.
5. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021.

Capítulo 236

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LAS INTERACCIONES CON EL CELADOR

JESUS CLEMENTE GARCIA

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

JORGE ROBLES CLAVEL

MARIA DEL PILAR LILLO IRALA

TERESA LORENTE PEREZ

1 Introducción

El cuidado de la salud no solo se trata de diagnósticos precisos y tratamientos efectivos, sino también de brindar un ambiente cálido, comprensivo y empático a los pacientes. Los celadores, como parte del personal hospitalario, desempeñan un papel fundamental en la experiencia del paciente durante su estancia en el hospital. Sus interacciones con los pacientes pueden influir en cómo estos perciben la calidad del cuidado recibido y pueden afectar su bienestar emocional y físico. Por lo tanto, es esencial desarrollar estrategias efectivas para mejorar la experiencia del paciente a través de las interacciones con el celador.

El presente trabajo científico aborda la importancia de mejorar la experiencia del paciente en entornos hospitalarios mediante la optimización de las interacciones con el celador. Las interacciones entre el celador y el paciente juegan un papel crucial en la percepción general de calidad del cuidado proporcionado. Se revisarán estrategias y enfoques que pueden ser implementados para mejorar la comunicación, empatía y atención al paciente, así como también la utilización de tecnología para optimizar estas interacciones. La mejora de la experiencia del paciente tiene el potencial de impactar positivamente en la adherencia al tratamiento, satisfacción del paciente y en última instancia, en los resultados clínicos.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo se basa en conocer las funciones y las estrategias para mejorar la experiencia que tiene el paciente para asegurar una atención de calidad.

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

Algunas de las estrategias para mejorar la experiencia del paciente son:
1. Comunicación efectiva y empática: La base de cualquier mejora en la experiencia del paciente radica en una comunicación clara, efectiva y empática. Los celadores deben recibir capacitación para desarrollar habilidades de comunicación que les permitan establecer una relación de confianza con los pacientes. Esto incluye escuchar activamente las preocupaciones y necesidades del paciente, proporcionar información comprensible sobre procedimientos y ayudar a resolver dudas o inquietudes que puedan surgir.
2. Entrenamiento y educación del personal: Es fundamental proporcionar capacitación continua al personal de celadores para mejorar su conocimiento sobre

diversidad cultural, habilidades de comunicación, manejo de situaciones emocionales y otras competencias relevantes. Esto permitirá a los celadores adaptarse mejor a las necesidades individuales de los pacientes y garantizar un trato respetuoso y sensible.
3. Uso de tecnología: La tecnología puede ser una aliada en la mejora de la experiencia del paciente. Por ejemplo, el uso de aplicaciones móviles puede permitir a los pacientes acceder a información sobre su tratamiento y horarios de atención. Asimismo, la implementación de sistemas de seguimiento de pacientes puede reducir los tiempos de espera y proporcionar información en tiempo real sobre el progreso de los pacientes.
4. Ambiente hospitalario acogedor: Crear un ambiente hospitalario acogedor y confortable puede contribuir significativamente a la experiencia del paciente. Los celadores pueden desempeñar un papel activo en mantener un entorno limpio y ordenado, proporcionando comodidades básicas y garantizando que los pacientes se sientan seguros y atendidos.
5. Gestión de la ansiedad y el estrés: Los pacientes a menudo pueden experimentar ansiedad y estrés durante su estancia en el hospital. Los celadores pueden contribuir a aliviar estas emociones mediante una presencia tranquilizadora, mostrando empatía y brindando apoyo emocional. Además, la implementación de técnicas de relajación y distracción puede ayudar a los pacientes a lidiar con situaciones estresantes.
6. Recopilación de retroalimentación del paciente: Es esencial recopilar retroalimentación de los pacientes sobre su experiencia con los celadores y el personal hospitalario en general. Esto puede realizarse mediante encuestas, entrevistas o plataformas en línea. La información obtenida puede ser valiosa para identificar áreas de mejora y ajustar las estrategias implementadas.

5 Discusión-Conclusión

Las interacciones entre el celador y el paciente tienen un impacto significativo en la experiencia del paciente en entornos hospitalarios. Mediante la implementación de estrategias para mejorar la comunicación, empatía y atención al paciente, y la incorporación de tecnología adecuada, se puede lograr una mejora en la experiencia del paciente. Esto no solo conducirá a una mayor satisfacción del paciente, sino que también puede influir positivamente en los resultados clínicos y en el cumplimiento del tratamiento. Es imperativo que los hospitales y centros de salud reconozcan la importancia de estas interacciones y promuevan un enfoque centrado en el paciente para brindar atención médica de calidad.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/importancia-atencion-paciente-familia-celador/.
2. https://revistamedica.com/habilidades-sociales-celador-comunicacion-sanitaria/.
3. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-trabajo-que-realiza-el-celador-ante-el-paciente-terminal/.
4. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actuacion-del-celador-ante-el-paciente-terminal-y-sus-cuidados-paliativos/.

Capítulo 237

ANÁLISIS Y DESARROLLO DE PROFESIONALES IMPLICADOS DEL PLAN DE CONTROL DE PUNTOS CRÍTICOS POR EL PINCHE DE COCINA

GUADALUPE MAESTRE PEREZ

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

ANA GOMEZ GIL

ELIO CRESPO ZAFRA

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

1 Introducción

El Plan de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control, también conocido como APPCC, es un sistema de autocontrol utilizado en la industria de la alimentación para garantizar la seguridad y calidad de los productos alimenticios. Para aplicar este plan de manera efectiva, es necesario contar con un equipo de trabajo bien coordinado y capacitado. El Coordinador del Equipo APPCC es la persona encargada de liderar este equipo y asegurarse de que todas las actividades relacionadas con el plan se lleven a cabo de manera adecuada. El Coordinador del Equipo APPCC tiene varias responsabilidades, como la elección de

los componentes del equipo, la planificación y seguimiento del trabajo, la organización de reuniones, la representación del equipo ante la gerencia, el diseño y ejecución de sistemas de verificación del plan de autocontrol, y la elaboración de informes. También es responsable de proponer los responsables de los sistemas de vigilancia y la capacidad de estos en la toma de decisiones ante una acción correctora. Además, el personal implicado en la aplicación del plan debe conocer y entender lo establecido en el plan, informar de cualquier hecho que pueda afectar el proceso de elaboración de comidas y realizar tareas de vigilancia con la autoridad otorgada. Es importante mantener registros detallados de las fichas técnicas de platos, los diagramas de flujo, los análisis de peligros, las operaciones de vigilancia, las acciones correctoras, entre otros, para asegurar la trazabilidad y la mejora continua del plan. El plan APPCC debe ser revisado a consecuencia de las desviaciones encontradas en auditorías externas o internas que se realicen, y cualquier cambio introducido debe ser aprobado por la gerencia y difundido internamente. Para comprobar el correcto funcionamiento del plan APPCC, el coordinador del plan realizará auditorías internas, mientras que los Servicios Centrales evaluarán la aplicación de la "Guía de implantación de sistemas de autocontrol en la restauración hospitalaria" mediante un sistema de auditoría externa. En este contexto, el pinche de cocina juega un papel clave en la aplicación del plan APPCC, ya que es responsable de la manipulación y elaboración de los alimentos. Por lo tanto, debe cumplir con todas las medidas de higiene y seguridad establecidas en el plan, informar de cualquier problema que pueda surgir y participar activamente en la aplicación del plan en su área de trabajo

2 Objetivos

Desarrollar y dar a conocer la importancia que tienen el desarrollo del plan de puntos críticos y la participación de los profesionales por parte del 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

El personal implicado en la aplicación del plan APPCC es esencial para garantizar la seguridad alimentaria en la restauración hospitalaria.
Cada miembro del equipo debe conocer y entender lo establecido en el plan, y contribuir activamente a su correcta aplicación. Además, es responsabilidad del personal informar de cualquier hecho que pueda ocasionar que el proceso de elaboración de comidas esté fuera de control. Todos los manipuladores con tareas de vigilancia deberán realizarla con la autoridad que le haya sido otorgada. Es decir, cada manipulador debe conocer sus funciones específicas y cumplir con ellas adecuadamente para asegurar la correcta implementación del plan. En cuanto a los registros, se deben mantener registros de todas las etapas del proceso de elaboración de comidas.
Estos registros incluyen las fichas técnicas de platos, los diagramas de flujo de los procesos de elaboración de platos, los análisis de peligros realizados a los procesos de elaboración de platos, la aplicación del árbol de decisiones para identificación de puntos de control críticos, las operaciones de vigilancia de los puntos de control críticos, las acciones correctoras, el control de entradas de materias primas, las operaciones de mantenimiento y conservación, la vigilancia de aplicación de buenas prácticas higiénicas, los registros de manipuladores, la vigilancia de operaciones de limpieza, las verificaciones de los puntos de control crítico, el plan de mantenimiento, el plan de limpieza y la formación de los manipuladores. Es importante mantener todos los registros actualizados y completos, ya que serán necesarios para llevar a cabo auditorías internas y externas. Además, se deben mantener otros registros necesarios para operaciones que deban estar documentadas. El plan APPCC deberá ser revisado en caso de desviaciones encontradas en las auditorías externas o internas que se realicen. Todos los cambios introducidos deberán ser aprobados por la gerencia y difundidos internamente.
Para comprobar el correcto funcionamiento del plan APPCC, el coordinador del plan realizará auditorías internas. Estas auditorías deberán recoger las especificaciones de realización en un documento que, como mínimo, incluirá los responsables, la frecuencia (es recomendable una frecuencia mínima semestral), la metodología de ejecución y la documentación y registros necesarios.
Además, los Servicios Centrales evaluarán la aplicación de la "Guía de implantación de sistemas de autocontrol en la restauración hospitalaria" mediante un sistema de auditoría externa. Esta auditoría incluirá la validación de acuerdo con los criterios específicos del Plan APPCC y de todos los documentos considerados como prerrequisitos en esta guía, y la verificación de su cumplimiento. En

resumen, el plan APPCC requiere un compromiso firme de todo el personal implicado y un riguroso seguimiento y mantenimiento de los registros y las auditorías para garantizar la seguridad alimentaria en la restauración hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la implementación de un plan APPCC en la restauración hospitalaria es esencial para garantizar la seguridad alimentaria y la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos. Este plan debe ser llevado a cabo por un equipo capacitado y comprometido, que esté al tanto de las pautas establecidas y que se encargue de llevar a cabo las tareas de vigilancia y mantenimiento necesarias para garantizar el correcto funcionamiento del plan. Los registros y las revisiones son parte fundamental de este proceso, ya que permiten mantener un seguimiento constante de las operaciones y realizar los ajustes necesarios en caso de desviaciones.

Es importante destacar desde la perspectiva del pinche de cocina que, aunque la implementación de un plan APPCC puede ser un proceso complejo, sus beneficios son amplios y su aplicación contribuye a garantizar la calidad y la seguridad de los alimentos en la industria alimentaria. Además, el sistema APPCC es considerado como una herramienta eficaz para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos y para cumplir con los estándares de calidad y seguridad establecidos por organismos reguladores.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de Normalización y Certificación. (2003). UNE 150105: Sistemas de autocontrol basados en el análisis de peligros y puntos críticos de control (APPCC).

2. Comisión del Codex Alimentarius. (2003). Principios generales de higiene de los alimentos. CAC/RCP 1-1969, Rev. 4-2003. 3. García-Pérez, J. V. y Cano-García, L. (2016). Sistemas de autocontrol y análisis de peligros y puntos críticos de control (APPCC) en la industria alimentaria. Revista Española de Salud Pública, 90.4

Capítulo 238

COMO ELABORAR UN DIAGRAMA DE FLUJO DE UN ALIMENTO POR PARTE DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

GUADALUPE MAESTRE PEREZ

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

ELIO CRESPO ZAFRA

ANA GOMEZ GIL

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

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 239

EXPOSICIÓN DE LA COCCIÓN AL VACÍO POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

GUADALUPE MAESTRE PEREZ

ANA GOMEZ GIL

ELIO CRESPO ZAFRA

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

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 anhídrido 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 N2 y CO2 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.

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 240

EL PERSONAL DE CALEFACTOR DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO CUANDO PASO EL PROCESO DEL COVID

ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ

FABIÁN CANTÓN SERRANO

CARLOS POZO GONZÁLEZ

JORGE FERRE CAÑIZARES

ALVARO FERRE NAVARRO

1 Introducción

Basándonos en unos años atrás hasta hoy en día por la pandemia del Covid-19, que dejo millones de muertos no solo en nuestro país. Hemos realizado este capítulo para explicar los diferentes protocolos que debíamos tomar para evitar para la propagación de este virus. Actualmente, se siguen utilizando estos protocolos en ciertas zonas del hospital donde aún se encuentran pacientes con este virus.
Durante la pandemia todo el personal que trabaja en un centro hospitalario tienen el riesgo de contagiarse del Covid. Como hemos comentado en el párrafo anterior hablaremos de los EPI´s a utilizar, los procedimientos de trabajo en cuanto a las labores de mantenimiento en las habitaciones para el personal de

mantenimiento mecánico sanitario, el equipo básico que debemos llevar, tanto herramientas como otros equipos, en las zonas de especial riesgo biológico como fue concretamente en la pandemia del Covid en el año 2020 en años siguientes. Los equipos de protección individual como guantes, batas, gafas, calzas y gorros. Están sido de vital importancia en la lucha contra este virus que en muchos casos ha sido mortal sobre todo para personas mayores. Con estos equipos se evitó un elevado número de contagios del personal sanitario, pacientes y usuarios, rompiendo su cadena de contagios. Así, de un pequeño gesto se pudieron y aun se pueden salvar muchas vidas.

2 Objetivos

Describir y explicar los procedimientos de seguridad en las habitaciones frente al Covid, por el personal de mantenimiento mecánico sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los equipos de protección frente al Covid para el Personal de Mantenimiento Sanitario Mecánico en el Sistema Sanitario de Castilla La-Mancha (SESCAM), utiliza los mismos equipos de deben utilizar el personal sanitario del centro. El mecánico sanitario ha de analizar las herramientas necesarias para que el trabajo se haga correctamente y no haya que volver a realizarlo con posterioridad.
A continuación, hacemos un listado de los Equipos de Protección Individual utilizados por el personal de mecánico sanitario frente al Covid, y el paso a paso a seguir para la puesta y retirada de estos, para anteponerse a cualquier situación de posible contagio que pueda perjudicar su salud y de la gente que lo rodea.
Los diferentes equipos de protección frente al Covid que podemos encontrar en el mercado son: a) Bata (de material hecho de tela o de plástico desechable):
• Colocación:

- Introducimos los brazos por las mangas hasta ajustar la goma de los puños en las muñecas.
- Cubrimos con la bata todo el torso, desde el cuello hasta las piernas.
- Y la atamos mediante los lazos por la parte de atrás de la espalda.
• Retirada:
- Como segundo paso, desatamos con cuidado la bata de la parte de la espalda y del cuello, ya que la parte delantera como las mangas están contaminadas.
- Doblamos de revés con los guantes limpios y desinfectados la bata, depositándola en el recipiente designado para ello. b) Mascarillas, por protocolo se suelen utilizar juntas de dos tipos (FPP3 sin filtro y Quirúrgica):
• Colocación:
- Doblamos por la banda flexible de la mascarilla FPP3, ajustamos los tirantes elásticos de la mascarilla FPP3 una a la altura de la nuca y la otra por la cabeza. Y nos la terminamos de ajustar en la cara (asentándonos que la mascarilla se acople bien a la forma de la cara, que no dificulte la respiración y no haya ningún tipo de escape, debiendo notar una presión negativa a la hora de respirar).
• Retirada:
- Cuarto paso, retirar sin tocar por la parte delantera sino por el mentón con una mano y por los tirantes de la cabeza con la otra. Y la depositamos al recipiente para su destrucción. c) Protección Ocular (Gafas); actualmente hay varios tipos de gafas. Gafas de protección normales anti-salpicaduras con patillas de plástico o tira elástica, gafas de protección para llevar gafas y pantallas faciales, estos modelos han de proteger los ojos de cualquier partícula contaminante.
• Colocación:
- Ajustar a la forma de la cara y comprobar que no se empañe durante su utilización.
• Retirada:
- Tercer paso, siempre con guantes y sin tocarse la cara, nos las quitamos por las patillas, depositándolas al recipiente designado. d) Protección de Cabeza, Manos y Pies, como gorros de tela, guantes de látex y goma (doble) y calzas de tela.
• Retirada:
- Como primer paso, nos quitamos los pellizcando los guantes por las palmas de las manos, dándole la vuelta del revés, pero sin quitárnoslo para quitarnos el otro de la misma manera. Depositamos los guantes y nos desinfectamos los guantes.
- Quinto paso, nos quitamos las calzas por la parte del talón.
- Y sexto paso, el gorro por la parte de la nuca.

5 Discusión-Conclusión

Para que el personal de mantenimiento mecánico en el ámbito hospitalario pueda realizar bien y de manera correcta sus labores de mantenimiento. Es de vital importancia que se asegure de la correcta colocación del equipo, además, un compañero/a o personal de la planta ha de ayudarle a la colocación correcta del equipo o prestarle desde la línea de protección del pasillo los útiles u herramientas necesarias que pueda necesitar.
Ir bien protegidos e informados en cuanto a la utilización de estos equipos, ayuda a romper la cadena de contagios, ya que el servicio de mantenimiento mecánico teniendo en cuenta de las labores del personal, los riesgos a los que están expuestos y que están por todas las instalaciones del centro hospitalario, están expuestos a una gran exposición de riesgos por contagio de Covid.
Es fundamental disminuir o eliminar la cadena de contagio para que no se propague y mejorar el sistema sanitario dentro de las posibilidades a un posible aumento del virus. Utilizar correctamente estos equipos nos ayudará no solo al equipo de mantenimiento mecánico, hacer las tareas de mantenimiento a realizar, sino también al bienestar del paciente durante su estancia en el centro hospitalario.

6 Bibliografía

- Curso de Medidas Generales de Prevención y Uso del Equipo de Protección Individual frente al COVID, en la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real y Albacete.
- Y experiencia rutinaria en las labores de Mantenimiento Mecánico Sanitario, en el Centro Hospitalario de Ciudad Real.

Capítulo 241

EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO DE PISCINAS PARA USO SANITARIO

CARLOS POZO GONZÁLEZ

JORGE FERRE CAÑIZARES

ALVARO FERRE NAVARRO

ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ

FABIÁN CANTÓN SERRANO

1 Introducción

Al agua, desde tiempos ancestrales, siempre se le han atribuido propiedades curativas y medicinales. En la actualidad, las piscinas no solo son un lugar de recreo. La Hidroterapia o terapia dentro del agua es un tipo de tratamiento en el campo de la rehabilitación clínica cuyos ejercicios y técnicas son llevados a cabo dentro del agua, teniendo como finalidad el tratamiento, prevención y recuperación de ciertas patologías.
Las piscinas son, sin embargo, un centro importante de concentración de virus y bacterias que provocan enfermedades, entre las que cabe destacar las siguientes: criptosporidiosis, giardiasis, legionelosis y gastroenteritis bacteriana y vírica.

En la actualidad, un importante número de centros hospitalarios cuentan con instalaciones con piscina.
Es, por tanto, de suma importancia hacer un correcto control y saneamiento del agua de estas piscinas, con el fin de prevenir dichas enfermedades.
En el desarrollo de este capítulo se lleva a cabo una recopilación de las medidas que el personal de mantenimiento de los centros hospitalarios, tiene que llevar a cabo de manera periódica, con el fin de mantener el agua limpia y libre de virus y bacterias, así como los suelos y paredes de las mismas, y del espacio en el que estas se encuentran.

2 Objetivos

Resumir las medidas que el personal de mantenimiento de los centros hospitalarios tiene que llevar a cabo para realizar un correcto mantenimiento de las piscinas que se utilizan con fines medicinales.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha utilizado una metodología activa de búsqueda y revisión bibliográfica de información en diversos estudios clínicos y universitarios, así como en webs sanitarias y páginas de organizaciones institucionales. Así mismo, también se han consultado manuales especializados en el mantenimiento de piscinas.

4 Resultados

El mantenimiento que lleva a cabo en las piscinas de rehabilitación de los centros hospitalarios es similar a la que se lleva a cabo en cualquier otra piscina, con ciertas particularidades.
En primer lugar, cuando es agua de la red general es introducida en el vaso de la piscina, se lleva a cabo mediante un proceso de bombeado del agua. Antes de llegar al vaso, el agua debe pasar por unos filtros de arena que retengan las impurezas. A continuación, el agua pasa por una máquina encargada del equilibrio del cloro y del pH. El correcto nivel de pH debe encontrarse entre 7,2 y 7,6.
Para el mantenimiento del agua, una máquina controla de manera automática que tanto el pH como el cloro se encuentren en los niveles correctos. Así mismo,

una vez a la semana se debe de introducir dentro de la piscina un robot limpiador que se encarga de limpiar suelos, paredes y escaleras de la piscina.
Del mismo modo, debe realizar la limpieza de los filtros de área. Para llevar a cabo esta limpieza se debe cerrar la llave que permite el acceso desde la tubería del filtro a la piscina. De este modo el agua resultante irá a un desagüe. Durante 7 minutos se introducirá agua por la parte inferior del filtro. Una vez concluido el tiempo el agua se introduce durante 3 minutos por la parte superior. Concluido este proceso se vuelve a abrir la llave que permite el acceso del agua al vaso de la piscina.
Como ya se ha mencionado anteriormente, no solo el agua es importante, sino el espacio en el que la piscina se encuentra. Por tanto, de manera periódica se deben cambiar los filtros de aire de la habitación en la que se encuentra la piscina.

5 Discusión-Conclusión

Las piscinas de rehabilitación de los centros hospitalarios constituyen una eficaz herramienta para el tratamiento y recuperación de determinadas patologías y enfermedades, pero, de no llevarse a cabo un correcto mantenimiento de las mismas también pueden ser un importante foco de enfermedades por la acumulación de virus y bacterias.
Debido a esto, el personal de mantenimiento de los centros hospitalarios debe ejecutar periódicamente una limpieza y desinfección de las aguas, el vaso de las piscinas, los filtros que dan acceso al agua y del espacio en el que se encuentran. Así mismo, se debe comprobar los niveles de cloro y pH del agua.

6 Bibliografía

1. Mantenimiento de piscinas de rehabilitación. Servicio de Ingeniería. Sección de Climatización, Fluidos Térmicos y PCI. Servicio de Salud del Principado de Asturias.
2. Organización Mundial de la Salud: www.who.int.
3. www.vadequimica.com.

Capítulo 242

EL PERSONAL DE CALEFACTOR DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMEINTO ANTE EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

CARLOS POZO GONZÁLEZ

JORGE FERRE CAÑIZARES

ALVARO FERRE NAVARRO

ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ

FABIÁN CANTÓN SERRANO

1 Introducción

En los hospitales hay un personal, además de médicos, enfermeras, auxiliares, celadores que realizan funciones muy diversas e igualmente importantes: el personal de mantenimiento.
Es en este personal en el cual el sistema sanitario deposita y pone en manos todo su patrimonio. Dependiendo de la organización de personal, de su entrega, de los protocolos, de las políticas de mantenimiento aplicadas, podemos tener desde un

hospital revalorizado, útil y válido para cumplir con los objetivos, hasta un centro sanitario completamente devaluado y en estado ruinoso.
El servicio de mantenimiento se podría definir como el conjunto de medios materiales, técnicos y humanos que están destinados a garantizar en todo momento el correcto funcionamiento de arquitectura e ingeniería, así como los equipos electromédicos de cualquier centro sanitario.
Cuanto más grande sea el centro sanitario, mayor será el número de personas dedicadas al mantenimiento y tendrán una mayor especialización en las labores: mantenimiento eléctrico, mantenimiento mecánico, mantenimiento de instalaciones.
Este personal es el encargado de que los equipos funcionen correctamente y de manera eficiente, diagnostican y reparan averías, llevan a cabo revisiones periódicas de mantenimiento. Realizan funciones de inspección, comprobación, sustitución, instalación y montaje, reparación, detección de fallos, sustitución de piezas y revisión, limpieza de máquinas.

2 Objetivos

Conocer los distintos perfiles de profesionales que hay en el departamento de mantenimiento de los hospitales así como las funciones que llevan a cabo.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos sobre el personal de mantenimiento en los hospitales.

4 Resultados

El mantenimiento lo podemos definir como el desarrollo de actividades tendentes a lograr que algo se deteriore en igual o menor grado que en el considerado en su diseño o se obtenga una mayor "vida". Según el tipo de mantenimiento que se realice podemos -tener:
- Mantenimientos Preventivos: se realiza para mantener en perfecto estado equipos e instalaciones, programando las intervenciones.
- Mantenimientos Predictivos: se realiza conociendo los valores de determinadas variables representativas del sistema que queremos mantener operativo.

- Mantenimiento Correctivo: se realiza cuando van fallando alguno de los sistemas, equipos o hay desperfectos en edificaciones.

Los mantenimientos preventivos y predictivos se pueden planificar y llevar a cabo mediante una programación del trabajo, mientras que los correctivos son trabajos no planificados y que pueden llevar a una realización apresurada, y, por tanto, aumentar el riesgo al que se está sometido en el puesto de trabajo.

Entre el personal de mantenimiento de los hospitales cabe destacar:

1. Ingenieros técnicos industriales: les corresponde la organización y responsabilidad directa del mantenimiento y conservación de las instalaciones de todo tipo; emitir informes sobre todas aquellas cuestiones puramente técnicas que le sean solicitadas; confeccionar proyectos presupuestarios de aquellas obras o instalaciones que sean necesarias; controlar y resolver, dentro del campo de su competencia, las incidencias que vayan surgiendo; la organización y dirección de los talleres de los distintos oficios con destino a trabajos de mantenimiento y conservación de los edificios e instalaciones; la inspección e información sobre la actuación de los adjudicatarios de los servicios de mantenimiento contratados, exigiendo el cumplimiento de lo especificado en los respectivos contratos.
2. Maestros industriales: se encargan de vigilar las instalaciones que les hayan sido encomendadas; dar información técnica sobre las incidencias que vayan surgiendo interviniendo directamente en su solución. Tienen responsabilidad directa en la organización y funcionamiento de los talleres. Se encargan de resolver trabajos de carácter habitual, debiendo requerir el asesoramiento del Ingeniero técnico en aquellos otros que supongan mayor dificultad de realización. Darán cuenta al Ingeniero técnico de los trabajos realizados bajo su competencia, siendo responsables ante el mismo de la buena marcha y funcionamiento de las instalaciones principales encomendada a su especialidad.
3. Mecánicos: se encargan del engrase general de maquinaria; operaciones de mantenimiento en la parte mecánica de lavandería, calefacción, aire acondicionado, cocinas, sistemas frigoríficos, instalación de oxígeno y vacío; mantenimiento de los aparatos de anestesia y reanimación; centrales de gas propano, red de distribución y aparatos de consumo; carpintería metálica y trabajos de taller relacionados con todo lo expuesto anteriormente.
4. Electricistas: encargados del mantenimiento, la conservación y la limpieza del cuadro general de baja tensión; alumbrado interior y exterior del edificio; mantenimiento y limpieza de baterías de acumuladores; puesta a punto y reparación de aparatos eléctricos y averías eléctricas de urgencia y ascensores. Trabajos de taller derivados de la conservación de las instalaciones, rebobinado de motores, relés y, en general, las funciones de carácter eléctrico que se les encomienden.

5. Calefactores: vigilancia ininterrumpida de la central térmica y frigorífica, así como su mantenimiento, manejo y limpieza; mantenimiento y limpieza de mue549 bles de acondicionamiento, radiadores o conducciones; instalación de vapor, conducciones, válvulas y purgadores; central de esterilización, hervidores, esterilizadores y material análogo; recepción y control de envíos de combustible y su consumo. Trabajos de taller relacionados con las instalaciones a su cargo.
6. Fontaneros: se encargan del mantenimiento y limpieza de la instalación de fontanería y agua caliente; red de desagüe en la parte que concierne al edificio; pequeñas ampliaciones y mejoras de la red; vigilancia en el suministro de agua, con atención a las salas de bombas elevadoras, depósitos, autoclaves de presión y análogos. Trabajos de taller correspondientes a las funciones anteriores.
7. Albañiles: son los encargados de la vigilancia y limpieza periódica de tejados y bajadas de aguas pluviales, red de alcantarillado y chimenea; revestimientos de refractarios en calderas; corrección de humedades; reposición de azulejos y baldosas; pequeñas obras de tabiquería, rozas y escayola. Mantenimiento general del edificio en lo que a su oficio se refiere.
8. Carpinteros: se encargan del mantenimiento, engrase, barnizado y reposición de puertas, mamparas y utensilios de madera; construcción y conservación de muebles de madera; acoplamientos de armarios empotrados, estanterías y colocación y revisión de cerraduras. Reparación de persianas y trabajos de taller propios del oficio.
9. Jardineros: se encargan del arreglo, conservación y mantenimiento de los jardines.
10. Pintores: conservación y renovación de pintura de los locales, tanto interiores como exteriores; pintura y esmaltado de muebles clínicos y de servicios generales.

5 Discusión-Conclusión

Habitualmente, los servicios de mantenimiento de los hospitales no están lo suficientemente valorados, ya que no se consideran dentro del tratamiento médico, sin embargo, forman una parte muy importante dentro de los hospitales ayudando a su correcta conservación y funcionamiento.
Cuando los pacientes acuden a los hospitales, centros de salud y lo encuentran todo en perfecto estado y en funcionamiento no saben el trabajo que hay detrás. Aparte del trabajo diario previamente programado, siempre surgen urgencias que son reparadas en el momento para poder continuar con la asistencia sanitaria.

Es un trabajo que se realiza a diario, pero no se ve y por tanto no se valora lo suficiente.

6 Bibliografía

1. [Internet]. Ingesa.sanidad.gob.es. 1990 . Available from: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/ internet/docs/Organizacion_mantenimien.pdf.
2. Funciones del Personal Estatutario de los Servicios de Salud - Ops Sanidad [Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. [cited 4 December 2020]. Available from: http://www.auxiliar-enfermeria.com/personal_estatutario.htm.
3. Paredes Palomo L. Riesgos en personal sanitario III: Trabajos de mantenimiento [Internet]. Quirón Prevención. 2020 [cited 4 December 2020].
Available from: https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/riesgospersonalsanitario-iii-trabajos-mantenimiento.

Capítulo 243

AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS

JOSE ANTONIO SAAVEDRA PANDO

1 Introducción

Hoy en día y más después de los años de pandemia, uno de los problemas con que se encuentra el personal sanitario y no sanitario en los centros sanitarios es la violencia tanto física como verbal. Sorprende que no solo son producidas por personas con problemas psicológicos, problemas de drogas, alcohol, factores sociales, factores biológicos, etc., sino que cada vez es más frecuente en la infancia y adolescentes. No tenemos más que ver las noticias y raro es el día que no somos informados de agresiones de adolescentes en grupos y además grabando el acto considerando el mismo como algo importante que compartir con sus amistades y como no, con el resto de la sociedad. Hoy en día a los seis años es posible que un niño tenga acceso a un teléfono móvil donde pude ver películas de violencia, pornografía, juegos de guerra, etc.. Cada día nos encontramos con respuestas exageradas ante situaciones normales en las que determinadas personas por el mínimo revés arremeten violentamente contra el interlocutor unas veces físicamente y otras verbalmente.

Por otra parte, en otras franjas de edades podemos encontrar problemas familiares, laborables, de salud y otros factores , por lo que considero que es un problema que afecta a la Sanidad.

2 Objetivos

El objetivo de éste capítulo es analizar las agresiones a los trabajadores del sector sanitario en el ejercicio de sus funciones, al ser uno de los sectores más afectados por éste tipo de conductas.

3 Metodología

Ante la popularidad de el tema que abordamos ha sido muy difícil dencantarse por una metodología, pues se pueden encontrar muchísimas fuentes en estos tiempos. Finalmente, para la realización del trabajo en cuestión he realizado una búsqueda informativa en noticias de televisión, de internet, estadísticas de casos y periódicos.

4 Resultados

En primer lugar vamos a ver los distintos tipos de agresiones:
1. Agresiones contra las personas.
Éstas a su vez pueden ser de carácter físico (lesiones leves, lesiones graves y lesiones muy graves, incluso llegando hasta poder causar la muerte) o de carácter verbal (insultos, amenazas, injurias, coacciones…).
2. Agresiones contra las cosas (material inmobiliario: mesas, sillas,camas, vehículos…).
Éste tipo de agresiones (la uno y la dos) cada vez es más frecuente sobre los empleados sanitarios, desde los médicos, pasando por las enfermeras, administrativos, conductores, celadores, auxiliares de enfermería, vigilantes de seguridad, etc. , sufriendo estas conductas tanto por los enfermos, por los familiares de los mismos o por sus acompañantes.
En el tema que nos atañe debemos significar que estás agresiones sobre los profesionales sanitarios son cada vez más frecuentes y en los últimos años se aprecia un constante aumento llegando a calcularse un aumento del 11% y eso si sólo tenemos en cuenta el número de agresiones denunciadas, pues es de saber que en un elevado número de casos las agresiones verbales no son denunciadas por parte de los trabajadores. Por otra parte, las agresiones verbales suelen ser complicadas de demostrar, pero si podemos decir que en su mayor ámbito suelen ser realizaras por hombres y dirigidas a profesionales de género femenino. Mirando las últimas estadísticas sobre agresiones de carácter verbal por parte de los pacientes

éstas corresponden aproximadamente al 63% y el restante 37% corresponde a los familiares de los pacientes o a los acompañantes de los mismos.
Según estadística del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud encabeza la lista de agresiones tanto en atención primaria como en atención especializada y en todo el colectivo de profesionales y en todas las categorías, la Comunidad de Andalucía seguida de Baleares, Castilla y León, Cataluña y la Comunidad Valenciana.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales sanitarios son uno de los sectores si no el que más agresiones sufre en el desarrollo de sus funciones por parte de pacientes, familiares y acompañantes. Las esperas en las consultas por la falta de personal sanitario, el enfado de algunos usuarios por no recibir la baja por parte del facultativo, la tardanza en pruebas ante enfermedades graves (largos tiempos de espera), son algunos de los motivos que junto a otros muchos favorecen éstos comportamientos. Por todo lo expuesto anteriormente, sería importante que la Administración Sanitaria y el Ministerio de Justicia abordasen medidas especiales tanto en protocolos de agresiones a los trabajadores sanitarios como penas específicas para los causantes y con especial trato en la protección de datos.

6 Bibliografía

- Google.
- Prensa.
- Televisión.
- Estadísticas.

Capítulo 244

EVACUACIÓN DE HOSPITALES EN CASO DE INCENDIO

JOSE ANTONIO SAAVEDRA PANDO

1 Introducción

La organización del Plan de Emergencia y Evaluación se ha establecido para cumplir con el objetivo de facilitar los conocimientos de que debemos hacer ante un incendio potencialmente peligroso para las personas, las actividades y los bienes de la institución hospitalaria. Éste plan debe ser dado a conocer a todo el personal y se deberían de realizar simulacros periódicos, a efectos de intervenir de la forma más segura y rápida ante cualquier emergencia.
Podemos definir evacuación como la movilización de pacientes, familiares, visitantes y el propio personal del hospital, desde las áreas que se defienden de alto riesgo o están severamente comprometidas en situaciones de emergencias o desastres, hacia áreas seguras definidas previamente en el mismo piso, pisos adyacentes o el exterior, a las que se accede a través de rutas cuyas condiciones son adecuadas. Toda evacuación debe ser rápida, ordenada y con calma, segura para minimizar los riesgos y planificada (las acciones deben estar bien definidas y planificadas en el contexto del hospital, las cuales deberán estar siempre a cargo del personal responsable de las brigadas de evacuación de las diferentes áreas y servicios hospitalarios). Todo ello siempre con el objetivo de reducir los daños humanos como materiales.

2 Objetivos

1. Localizar las emergencias por incendio en un hospital y dentro de lo que cabe neutralizárlas.
2. Reducir al máximo las consecuencias sobre las personas y los bienes de la institución.

3 Metodología

Para la realización de éste capítulo se ha realizado consulta en la legislación que hace referencia al Plan de Emergencia y en concreto a su nota técnica de prevención. Además he realizado una revisión de distintas normativas en base a artículos y revistas.

4 Resultados

Los riesgos de incendio en un hospital exigen que éste tenga un plan escrito de respuesta al fuego que incluya la información de como evacuar.
Los hospitales deben planificar la forma de garantizar que durante la emergencia se lleven a cabo ciertas actividades que son fundamentales para la seguridad del paciente, tal como la decisión de modificar o interrumpir los servicios, o el transporte de pacientes. La planificación debe reconocer que puedan existir situaciones en las cuales la instalación ya no es segura y deben de evacuarse a pacientes y al personal sanitario y no sanitario. Él plan debe abordar la forma en que el hospital evacuará, tanto dentro del edificio (de una sección o piso a otro) como fuera del mismo. En el caso de que los pacientes deban de ser transportados a otro centro, el plan debe describir los arreglos del centro para trasladar a todos o algunos de los pacientes, sus medicamentos, suministros, equipo y personal.
Se requiere que en las instalaciones se realicen determinados ejercicios para evaluar la efectividad del plan de operaciones de emergencia de la organización cada dos años. Se debe tener en cuenta que éste requisito no requiere específicamente que se realice un simulacro de evacuación. Sin embargo, un centro hospitalario debería realizar simulacros de evacuación a gran escala, y si bien son costosos y requieren mucha mano de obra, serían beneficiosos especialmente si se realizan en conjunto con otros hospitales regionales y otros hospitales que aunque no fuesen de la misma provincia estuviesen próximos en distancia.
Todos los planes de evacuación deben incluir provisiones para el traslado de pacientes inmóviles, discapacitados, ancianos y niños. La planificación de la eval-

uación de personas con necesidades especiales no es muy diferente del proceso de planificación normal, pero en este caso debe involucrarse a otros actores de forma tal que el plan tenga previsto como acomodar a este grupo de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La evaluación de aquellos lugares o edificios en los que se encuentran muchas personas de índole diferente, edades, características físicas distintas, etc. , siempre es una maniobra muy complicada. En el caso del tema que nos atañe como es el de un hospital aún más complejo incluso llegando la mayoría de expertos a opinar que un hospital no es evacuable por lo que aconsejamos extremar las medidas preventivas de seguridad antiincendios. Caso de lo contrario se deberá realizar la evacuación siguiendo el protocolo del Plan de Emergencia correspondiente, la Nota Técnica de Prevención 436, el Comité de Catástrofes o la Medicina de Catástrofes entre otros.

6 Bibliografía

- MAD Editores.
- Hospital Evacuations US.
- National Fire Protection Association.

Capítulo 245

DIFERENCIAS Y SIMILITUDES DEL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

MARTA SANCHEZ ADEVA

MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ

JOSUE GOMEZ MANZANERO

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA

1 Introducción

Las prestaciones de la salud pública son un conjunto amplio de iniciativas organizadas por las administraciones públicas con el objetivo principal de preservar, proteger y promover la salud de la población. Esta asistencia sanitaria esta articulada en dos niveles asistenciales: la atención primaria que se presta en los centros de salud y consultorios locales y la atención especializada en hospitales y centros de especialidades.

La atención primaria es el nivel básico de asistencia sanitaria, garantizando una continuidad del paciente a lo largo de su vida, sus actividades están orientadas a la promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento, así como la recuperación de la salud. Los dispositivos asistenciales principales donde se prestan esta asistencia son los centros de salud, mientras que la atención especializada se presta en centros de especialidades y hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso y, comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación además de aquellas de la promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad .Esta atención especializada se garantizara una vez se hayan superado las posibilidades de la atención primaria.
Tanto en atención primaria como atención especializada trabajan equipos multidisciplinares formados por médicos, personal de enfermería, auxiliares, celadores y auxiliares administrativos entre otros.

Las funciones del auxiliar administrativo cobra verdadera importancia en estos dos niveles asistenciales dentro del equipo multidisciplinar, ya que, aunque no se considere personal sanitario, es un eslabón fundamental para poder llevar a cabo toda la burocracia que conlleva una eficiente asistencia sanitaria, y dependiendo en qué nivel asistencial desarrollen su trabajo, tendrán unas funciones u otras. En este capítulo conoceremos algunas diferencias y similitudes de las funciones que desempeñan los auxiliares administrativos en los dos niveles asistenciales mencionados.

2 Objetivos

-Conocer los dos niveles asistenciales que conforma la sanidad pública.
-Establecer las diferencias y similitudes de las funciones que desempeñan los auxiliares administrativos en la atención primaria y atención especializada.
-Poner en valor el trabajo del auxiliar administrativo dentro del equipo multidisciplinar de los dos niveles asistenciales que conforman el Sistema Nacional de Salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medine y Scielo. Además, también se

ha realizado una búsqueda en revistas médicas y en manuales de las funciones del auxiliar administrativo en atención primaria y atención especializada.

4 Resultados

Como ya se ha mencionado anteriormente el trabajo del auxiliar administrativo es esencial para llevar a cabo una eficiente gestión de todo lo que conlleva la atención sanitaria, y tanto en atención primaria, como en atención especializada, desarrollarán unas funciones específicas encomendadas, estas funciones muestran algunas diferencias y similitudes entre ellas.

Funciones del auxiliar administrativo en atención primaria:

-Atención al público.
-Recepción de llamadas.
-Preparación y tratamiento de los datos informáticos de pacientes.
-Gestión de expedientes.
-Expedición de partes de baja, confirmación, alta y demás informes o documentos clínicos requeridos.
-Tramitación administrativa de nuevos pacientes en el centro. Entre otras muchas.

Funciones del auxiliar administrativo en atención especializada:

Las competencias del auxiliar administrativo en atención especializada dependerán de su ubicación dentro del hospital, como por ejemplo, las secretarias de las plantas donde los pacientes se encuentran ingresados, secretarias de diferentes especialidades, consultas externas, así como en urgencias o admisión entre otras.
Las funciones de estos profesionales en atención especializada están completamente relacionadas con la gestión de información de usuarios y pacientes, exactamente igual que en atención primaria, pero este segundo nivel asistencial tiene otras peculiaridades que hacen que el auxiliar administrativo desarrolle otro tipo de funciones, algunas diferentes y otras exactamente iguales. Estas son algunas de las funciones que llevan a cabo los auxiliares administrativos dependiendo del servicio donde realicen su trabajo:
-Consultas externas: información a pacientes sobre sus citas, atención telefónica, facilitar los justificantes necesarios sobre su consulta médica, incluir y digitalizar sus pruebas en el historial clínico etc.

-Urgencias: los auxiliares administrativos en esta unidad se encargan de emitir todos los documentos generados por la asistencia, ya sea por un accidente de trabajo, un parte de lesiones, accidente de tráfico o de trabajo, además, gestionarán el traslado del paciente en ambulancia, ya sea a otro centro hospitalario o su domicilio si así fuera necesario y también llevarán a cabo la gestión de los ingresos de los pacientes a las plantas hospitalarias entre otras.
-Secretaria de planta: organización de expedientes y su tramitación, guardar informes de pacientes fallecidos, proporcionar a los pacientes los horarios de alta según las indicaciones del equipo médico, hacer seguimiento de compras no frecuentes, registro de variaciones de ubicación del paciente dentro del servicio de posibles pruebas en otros lugares dentro o fuera del hospital, impacto en el mes de acuerdo a lo devengado entre otras.

Tanto en atención primaria como atención especializada el profesional administrativo es el encargado de los servicios de información y documentación sanitaria, además de la tramitación de todos aquellos procedimientos que garanticen en todo momento la continuidad del proceso asistencial, es por ello que sus funciones son muy similares en ambos niveles asistenciales.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario las funciones que desarrollan los auxiliares administrativos tanto en atención primaria como atención especializada son imprescindibles. Extienden un sinfín de cometidos que son parte de sus obligaciones, y que sin ellos, sería inviable poder mantener una eficiente organización de los centros de salud y hospitales.

Además, el auxiliar administrativo deberá ser competente en el desarrollo de sus funciones, con una gran facilidad de escucha, empatía y capacidad para desenvolverse en situaciones difíciles, adaptándose a las peculiaridades que presente el nivel asistencial o ubicación donde desempeñe su trabajo. En definitiva, el trabajo del auxiliar administrativo garantiza una atención médica de calidad.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2023, del 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
2.Ley 14/1986, de 25 de abril, General de sanidad.

3.https://blog.opositatest.com/auxiliar-administrativo-sanidad-funciones/
#section-

Capítulo 246

EXTINTORES EN HOSPITALES

JOSE ANTONIO SAAVEDRA PANDO

1 Introducción

Uno de los lugares que debe cumplir con la mayor cantidad de normas de seguridad son los hospitales. Esto es debido a que en ellos se trata a personas que están enfermas y ante un incendio no son fáciles de movilizar. Por este motivo es que se toman medidas de protección específicas en los hospitales para mejorar la seguridad integral de las personas . Uno de los lugares más vulnerable son los hospitales. Esto es motivado porque allí hay gran cantidad de personas que padecen de alguna enfermedad y por ende no se pueden valer por sí mismas. Lo que hace que la vulnerabilidad de las personas sea mayor. Este es un problema muy grave tanto para el personal del hospital como para las personas que se encuentran enfermas y para los bomberos que deben acudir a combatir el incendio. Por ello hay que tener estrictas normas sobre la contención de incendios. Dentro de las medidas de protección contra incendios (sistemas de bocas de incendio equipadas, sistemas de columna seca, sistemas fijos de extinción por rociadores y agua pulverizada, por agua nebulizador, mantas ignífugas, sistemas fijos de extinción por espuma física,etc.) nos encontramos con el objetivo de nuestro capítulo: los extintores.

2 Objetivos

Explicar la importancia de los extintores dentro de los distintos sistemas de protección contra incendios y la importancia de su manejo tanto por el personal sanitario como no sanitario.

3 Metodología

Para la realización de éste trabajo se ha buscado información en varias empresas que aparecen en internet ofreciendo este producto, así como también se ha buscado información en bibliografía de artículos y en la normativa que hay en vigor en la actualidad.

4 Resultados

En España son muchos y variados los requerimientos a cumplir en cuanto a las medidas que deben tener los hospitales para la protección contra incendios de sus instalaciones. Uno de los requisitos que se debe cumplir es la compartimentación de los pacientes que se encuentran hospitalizados. Por este motivo la planta baja debe de ser la sección en la que se debe de mantener a las personas hospitalizadas, ya que de este modo se podrán hacer las evacuaciones de forma rápida para las personas que tienen dificultades de movilidad como son la zona de quirófano o las unidades de cuidados intensivos.

En cuanto a los extintores de incendio sus características y especificaciones serán conformes a las exigidas en el Real Decreto 709/2015 de 24 de julio. Los extintores deben estar dispersos por todo el edificio. Por ley debe haber extintores cada 15 m de distancia uno del otro y su emplazamiento será fácilmente visible y accesible. A ser posible estarán próximos a las salidas de evacuación y fijados a parámetros verticales de manera que la parte superior esté situada entre 80 y 120 cm del suelo. Estos extintores deben de ser extintores portátiles de un peso que no debe superar los 20 kg. Cuando se trate de zonas que superen el tamaño de 500 m cuadrados se debe de disponer de un extintor móvil y este como mínimo debe de ser de 20 kg.

Según la clase de fuego los extintores se clasifican en: A, B ,C, D y F (sólido, líquido,gases, metales y aceites).

Como el objetivo de este trabajo es el manejo de los extintores por parte del personal explicamos brevemente los pasos a seguir:

1. Retirar el pasador.
2. Apretar la palanca y comprobar que la boquilla funciona.
3. Durante el uso mantener el extintor en posición vertical y dirigir el chorro a la base del manteniendo una distancia de al menos un metro.
4. Apagado el fuego dejar el extintor en el piso de forma horizontal. Así los bomberos y el personal encargado sabrán que el extintor ha sido usado y debe ser recargado.

5 Discusión-Conclusión

Cuando se produce un incendio es transcendental el uso de los extintores, ya que estos son la primera línea de defensa contra cualquier tipo de daño causado por el fuego. Por ello considero que los extintores son una importante medida de seguridad en los hospitales. Con ellos podemos apagar pequeños incendios antes de que estos crezcan y así evitamos daños superiores. Por lo cual la importancia de que en los hospitales, además del personal destinado a tales efectos, todos los trabajadores tanto sanitarios como no sanitarios tengan conocimientos en la utilización de los extintores. Saber leer las instrucciones y un pequeño manejo práctico sería suficiente para una primera intervención.

6 Bibliografía

- TFM extintores.
-MAD editorial.
- Finding lifeextintores.

Capítulo 247

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL

VANESSA QUIROGA MINAYA

BEATRIZ GARCÍA TEJERA

MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO

MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO

1 Introducción

Un hospital es un lugar de muy grandes dimensiones en el que trabajan muchos tipos de profesionales y en muchas zonas distintas. Una de ellas es la farmacia hospitalaria. De esta al igual que en cualquier otra forman parte todo un equipo multidisciplinar: Farmacéutico, enfermero, Tcae, celador, administrativo…
Esto no ha sido así siempre, es decir, el servicio de farmacia no es algo que surgiera de la noche a la mañana sino que ha sido producto de muchas leyes y cambios en la historia. En el siglo XX, la primera disposición legal en la que aparece la farmacia hospitalaria es la real orden del 11 de mayo de 1903 que expone "En todo hospital podrá haber una farmacia, siempre que su despacho se limite al servicio interior de aquel y estuviera regentado por un farmaceútico".
Más tarde, la ley de hospitales de julio de 1962 vemos como se cita " En aquellos hospitales que tengan más de doscientas camas y en aquellos otros que en su caso determine la comisión central de coordinación hospitalaria podrán existir

para sus propias necesidades servicios de farmacia en la forma y condiciones que se señale por el ministro de gobernación".
A continuación se explican las zonas de las que dispone cualquier farmacia hospitalaria.
Área de almacenamiento y conservación de medicamentos. En ella se diferencian dos zonas, una de estanterías y otras donde se almacenan productos que requieren para su almacenaje unos lugares específicos como por ejemplo los medicamentos termosensibles, estupefacientes etc.
Área de dispensación farmacológica donde estará el personal de enfermería que dará los medicamentos una vez que estos hayan sido autorizados por el médico.
Área de farmacotecnia que dispone de un laboratorio en el que se realizan formúlas magistrales con recetas médicas.
Área de nutrición artificial cubriéndola por vía enteral (A través de sondas nasogástricas) o parenteral
(por vena).
Área de citostáticos (sustancias utilizadas contra el cáncer que impiden o retardan la división celular.

2 Objetivos

- Estudiar nociones básicas de farmacia.
-Organizar correctamente un almacén.
-Actuar en casos de derrames.
-Conocer sus funciones en esta área.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado acabo 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: Medline, Google académico y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio como trabajos fin de Grado y tesis.

4 Resultados

Todo el que trabaje en el área de farmacia deberá tener asimilados una serie de conceptos:
Medicamento de uso humano: Sustancia o combinación de sustancias para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos para restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas.
Medicamento de origen humano:derivado de la sangre, el plasma y resto de sustancias de origen humano cuando se utilice con finalidad terapeútica.
Medicamento biológico: Se produce por un organismo vivo mediante técnicas de biotecnología. Un ejemplo son las vacunas.
Radiofármaco: Cualquier producto que cuando esté preparado para su uso con finalidad terapéutica o diagnóstica contenga uno o más radionucleidos.
Principio activo: Toda materia a la que se le atribuye una actividad apropiada para constituir un medicamento.
Excipiente: Todo componente de un medicamento distinto del principio activo.
Materia prima: Toda sustancia empleada en la fabricación de un medicamento.
Producto intermedio: El destinado a una posterior transformación industrial por un fabricante autorizado.
Fórmula magistral: El medicamento destinado a un paciente individualizado, preparado por un farmacéutico, o bajo su dirección, para cumplimentar expresamente una prescripción facultativa detallada de los principios activos que incluye, según las normas de correcta elaboración y control de calidad establecidas al efecto.
Para ordenar un almacén farmacéutico la mejor opción es la clasificación de Pareto, es decir, ordenar los artículos en clase A, B y C. Los primeros serán los que más se utilicen así que se procurará guardarlos en lugares próximos y de fácil acceso. Los segundos serán de uso intermedio y los terceros los que se consumen menos y por tanto se colocarán en sitios menos accesibles y se tardará más en gastarlos.
Una vez ordenados se puede optar por el método Fifo (salen primero las unidades más antiguas) o Lifo (sale primero el producto que menos tiempo lleva almacenado.
En las áreas de almacenamiento de fármacos citotóxicos o incluso donde se elaboran las fórmulas magistrales, pueden ocurrir derrames accidentales. Por eso, siempre necesitaremos tener a mano nuestro kit de derrames que contendrá papel absorbente, guantes, calzas, gafas protectoras, delantales y batas, mascarilla, lejía, agua, recogedor y escobillas desechables.

Entre las acciones que se llevarán a cabo por parte de los celadores en la unidad de farmacia se encuentran:
Recepcionar los paquetes, bultos y envases que los proveedores suministran a la farmacia.
Acondicionar el material como las garrafas de alcohol o botes de suero fisiológicos.
Transportar el material dentro de la propia farmacia.
Llevar carros con medicamentos de unidosis u otros productos desde la farmacia a los puestos de enfermería de las plantas o de otras unidades y viceversa entregando y recogiendo del personal autorizado los documentos de comprobación de suministros y entrega de pedidos.
Hacer recuento del material del que sea responsable para comprobar las existencias de los productos almacenados.

5 Discusión-Conclusión

Queda demostrado el valor que tiene la farmacia hospitalaria por el aporte tan importante al sistema nacional de salud y a los ciudadanos pasando por la atención primaria (En el caso de que por rutina tu enfermero de cabecera tome la tensión y la tengas alta te dará algo para bajarla) y siguiendo por la especializada tanto en urgencias (Si tienes un cuadro de crisis de ansiedad o ha fallecido algún familiar de forma trágica inmediatamente te dan un relajante) como en las distintas plantas hospitalarias (Tras una operación cuando te aparecen en mitad de la noche esos molestos dolores postquirúrgicos).
Gracias a esta es posible ofrecer tratamientos individuales que conseguirán efectividad, eficiencia y seguridad en su uso mejorando la calidad de vida de los pacientes y haciendo que confíen en nuestra sanidad pública española.

6 Bibliografía

1. https://www.sefh.es/sefhpdfs/El_Valor_de_la_FH.pdf
2. ley 29/2006 de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
3.https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-11-LA-FARMACIA-Y-EL-ANIMALARIO.docx.pdf

Capítulo 248

EL PERSONAL SUBALTERNO EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA. FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE

SELENIA NOVAS SALMERON

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

GUILLERMO GONZALEZ BENITO

OLGA SANCHEZ CLEMENTE

ENCARNI MONTES IGLESIAS

1 Introducción

Se entiende como "Hemodinámica" la rama de la medicina cardíaca especializada en la realización de catéter para regular el flujo y la presión sanguínea del corazón.
Los médicos hemo dinamistas son médicos cardiólogos especializados en la rama de la medicina de hemodinámica.
La unidad de hemodinámica en los centros de atención especializada se entiende como la localización física de esta rama de la medicina cardíaca, es decir, en dicha unidad se encuentran las salas de operaciones dónde se realizan la introducción de catéteres a aquellos pacientes que padecen enfermedades en el corazón.

El equipo profesional de la unidad de hemodinámica está formado por una gran variedad de categorías profesionales, por lo que se puede entender como un equipo multidisciplinar, siendo la presencia de cada una de estas categorías igual de importantes, puesto que gracias a su actividad profesional puede llevarse a cabo la actividad intervencionista en esta unidad.
La unidad de hemodinámica debe estar en continua comunicación con la planta de hospitalización de cardiología, puesto que los pacientes que acuden al servicio de hemodinámica de carácter urgente recién el ingreso de hospitalización en la planta de cardiología. Es por ello, por lo que los profesionales de ambos servicios deben mantener una comunicación colaboración continua sobre el estado de salud de los pacientes.

2 Objetivos

- Definir el concepto de hemodinámica, tanto como especialidad de la rama de la cardiología, como lugar física donde se llevan a cabo las intervenciones de enfermedades del corazón.
- Puntualizar la necesidad de que exista una perfecta comunicación y colaboración entre la unidad de hemodinámica y la planta de hospitalización de cardiología.
- Puntualizar la actividad del celador con el paciente cardíaco.

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 adelantado anteriormente, el celador formará parte del equipo multidisciplinar que desarrolla su actividad asistencial en la unidad de hemodinámica. Es destacable el hecho que el celador es personal no sanitario, por lo que sus funciones deben limitarse a realizar actividades asistenciales al resto de profesionales sanitarios y actividades de traslado y movilización con el paciente cardíaco.

Actividades asistenciales al resto de categorías profesionales.
La unión asistencial entre el personal subalterno y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental para la realización de aquella primera intervención asistencial al paciente. Estas categorías son las encargadas de realizar aquellas actividades que garantizan el bienestar del paciente.
- Controlarán que si los pacientes llevan pañal se encuentre seco y limpio en todo momento, para ello, una vez que el paciente acude al servicio de hemodinámica, se encargarán de cambiar el pañal si es necesario, repitiendo dicha actividad al finalizar la intervención del paciente para que este sea trasladado a la planta de hospitalización limpio y aseado. A aquellos pacientes que no lleven pañal pero necesiten ir al baño, se les colocará una cuña en la cama para que miccionen y defequen en ella. Esta actividad se realizará antes y después de la intervención, puesto que en ocasiones estas intervenciones pueden demorarse algunas horas.
La unión del personal subalterno con el equipo de enfermería se centrará en la colocación del paciente en la mesa de la sala de intervenciones. Para ello se prestará especial atención durante el traslado de la cama del paciente a la mesa de intervenciones, controlando las vías y el oxígeno que pueda portar el paciente.
Actividades de traslado y movilización al paciente cardíaco.
La relación entre el personal subalterno y el paciente se basará en el traslado desde la planta de hospitalización hasta la unidad de hemodinámica y viceversa. Durante el traslado la mayoría de los pacientes se muestran nervios, por lo que el celador podrá darle ánimo al paciente y mostrarle calma.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "El personal subalterno en la unidad de hemodinámica. Funciones del celador con el paciente" nos demuestra las actividades realizadas por los celadores en la unidad de hemodinámica. Cabe destacar que el personal subalterno desarrollará sus funciones asistenciales principalmente con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, puesto que esta categoría profesional es la encargada de realizar aquellos cuidados de asistencia más básicos, pero a su vez, muy necesarios para la evolución del paciente y para garantizar la autoestima y bienestar del paciente cardíaco. Sin embargo, su asistencia al resto de categorías profesionales es igual de importante, puesto que de ello depende el funcionamiento de la unidad.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
- Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 249

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA POR EL PERSONAL NO SANITARIO

JOSE ANTONIO SAAVEDRA PANDO

1 Introducción

Saber algunas acciones simples y bien aplicadas puede cambiar el destino en la vida de una persona. Un paro cardíaco puede producirse en cualquier momento y la víctima podría ser un ser querido o cualquier persona a la que podemos ayudar. En ésta situación cada segundo es imprescindible.

Un paro cardíaco es la alteración eléctrica del corazón que produce un ritmo irregular e interrumpe el flujo de sangre a nuestros órganos y la circulación de oxígeno. Es una de las principales causas de muerte. Una proporción aproximada del 90% de las personas que lo sufren no lo superan. La supervivencia depende de alguien cercano que realice la reanimación cardiopulmonar (RCP). El 70% de los paros cardíacos tienen lugar en nuestro domicilio. Aprender los pasos para la reanimación inmediata puede marcar una gran diferencia en la vida de las personas. Por cada minuto que se retrasa la RCP disminuyen un 10% las probabilidades de supervivencia.

Por ello es importante anticiparse a la llegada de los profesionales y comenzar la reanimación lo antes posible y evitar daños irreversibles. Es de suma importancia tomar conciencia y difundir la RCP. Esta simple maniobra nos permitirá salvar vidas, incluso si no fuera necesaria nunca está de más. Recordar que la Ley 27.159 ampara a todo aquel que realice la RCP con el fin de ayudar a otra persona.

2 Objetivos

Aprender por parte de los profesionales no sanitarios la realización de la reanimación cardiopulmonar básica, sus pasos a seguir y su importancia.

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 reanimación cardiopulmonar básica es el intento de restaurar la circulación usando compresiones torácicas externas e insuflación de los pulmones con aire espirado.
A continuación vamos a describir los pasos a seguir:
1. Asegurarse de que el paciente esté acostado boca arriba sobre una superficie firme.
2. Manteniendo los brazos rectos cubre la primera mano con la base de la otra mano y entrelaza los dedos de ambas manos. Mantén los dedos levantados para que no toquen el pecho o la caja torácica del paciente.
3. Inclinarse hacia adelante para que los hombros queden directamente sobre el pecho del paciente y presionar hacia abajo sobre el pecho aproximadamente cinco centímetros.
4. Moverse hacia la cabeza del paciente y después inclinar la cabeza, posteriormente levantar la barbilla del paciente para abrir las vías respiratorias. Dejar que su boca se abra ligeramente y si tuviera algún objeto sacarlo con cuidado de que no se vaya hacia adentro, a poder ser usar el dedo índice.
5. Apretar las fosas nasales (con el objetivo de cerrarlas) con la mano que estaba en la frente y sujetar la barbilla del paciente con la otra mano. Respirar normalmente, colocar la boca sobre la del paciente y soplar hasta ver cómo se levanta el pecho.
6. Retirar la boca de la del paciente y mirar a lo largo del pecho observando cómo cae el pecho del paciente. Repetir los pasos cinco o seis veces.

7. Volver a colocar las manos sobre el pecho del paciente y repetir el ciclo de 30 compresiones torácicas seguidas de respiraciones de rescate.
Continuar repitiendo la maniobra hasta que lleguen los servicios sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo he intentado explicar la importancia que tiene el conocimiento de realizar la maniobra de reanimación cardiopulmonar básica, sobre todo dirigido al personal no sanitario como: ayudantes de servicio, celadores, administrativos, jardineros, carpinteros, etc. No estaría mal que en los hospitales se enseñase a estos colectivos la práctica de reanimación con la importancia que la misma supondría para éste grupo de trabajadores en su vida cotidiana. Tanto en las dependencias del hospital, en el trayecto al trabajo, en alguna situación de ocio, etc. El conocimiento de la maniobra de reanimación contribuye a salvar la vida de otra persona. Tampoco estaría mal que las autoridades fomentasen el conocimiento de ésta práctica en colegios, en empresas, etc. No requiere de excesiva complicación ni de mucho tiempo de práctica, pero su aplicación en una situación de parada cardiopulmonar resulta vital para la vida.

6 Bibliografía

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

Capítulo 250

LAS VÍAS DE ENTRADA AL ORGANISMO DE LOS AGENTES QUÍMICOS EN EL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS

JOSE ANTONIO SAAVEDRA PANDO

1 Introducción

El ámbito sanitario es un entorno de trabajo complejo que abarca multitud de tareas, actividades y procesos con riesgos de índole muy diversa. El profesional que desempeña sus funciones en éste ámbito se expone a diferentes agentes químicos bien de forma directa o bien de forma indirecta.
Los agentes químicos más característicos que nos podemos encontrar dentro de un complejo hospitalario son muy amplios, pero vamos a reseñar una breve lista de los más usuales, si bien la variedad es mucho más amplia de los que enumeramos a continuación: agentes anestésicos inhalatorios, compuestos de carácter citostático, medicamentos peligrosos, yodóforos, xileno, glutaraldehído, amonios cuaternarios, alcoholes, fenoles, ácido paracético, peróxido de hidrógeno, óxido de etileno, productos de laboratorio (álcalis, disolventes, etc.).
Consideraremos riesgo químico como la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado de la exposición a agentes químicos. Ésta exposición viene determinada por el contacto de éste con el trabajador por los medios que más adelante expondremos. No obstante, la gravedad del riesgo va a depender no sólo del agente químico en cuestión, sino también de las condiciones individuales del trabajador expuesto y de las características de la exposición, la cual está determinada por factores propios del puesto de trabajo.

En el caso que nos atañe nos referiremos a las condiciones del puesto de trabajo del personal de gestión y servicios.

2 Objetivos

Conocer las vías de entrada de los agentes químicos en el personal de gestión y servicios y aconsejar de las medidas para evitarlos.

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 comenzaremos por intentar hacer una definición lo más comprensible posible para mí categoría ante el desconocimiento de la materia que voy a tratar.
Definición de agente químico: es todo elemento o compuesto químico, por sí solo o mezclado, puede estar en estado natural o ser producido, puede ser utilizado o vertido como residuo, se haya elaborado o no de modo intencional y se haya comercializado o no. Es decir, es un elemento que para su composición, para su existencia, necesita de la química.
Otra cuestión es el como llega a nosotros. Vamos a describir las vías de entrada a nuestro organismo:
1. Vía respiratoria: es la más frecuente en el medio laboral. La entrada se produce por inhalación, al respirar aire contaminado a través de la boca o de la nariz.
2. Vía dérmica: es la vía de entrada de muchas sustancias que son capaces de atravesar la piel. Es la segunda en importancia en el ámbito laboral.
3. Vía digestiva: la entrada del contaminante se produce a través de la boca, esófago e intestino. Son en la mayoría de los casos consecuencia de comportamientos imprudentes.
4. Vía parenteral: la penetración del contaminante en el cuerpo es a través de heridas o llagas.

En el personal de gestión y servicios es aconsejable para evitar riesgos de agentes químicos el uso de los equipos de protección individual adecuados como pueden ser: batas, gafas, pantallas de seguridad, mascarillas, etc., muy especialmente al realizar tareas en el cuidado de pacientes. También usar adecuadamente los contenedores de residuos y demás medidas de seguridad. Es aconsejable extremar las medidas de higiene personal especialmente antes de las comidas. No mezclar la ropa de trabajo con la de uso personal. No comer, ni fumar y no beber en las áreas de riesgo químico. Respetar los ciclos de esterilización, no abriendo los mismos antes de tiempo de descarga.

5 Discusión-Conclusión

En un centro hospitalario tanto el personal sanitario como el personal de gestión y servicios, como los propios pacientes, familiares, acompañantes, etc., están expuestos a la entrada de cualquier producto químico por las vías anteriormente descritas. Por la complejidad de la actividad que se desarrolla en estos centros es de riguroso cumplimiento todas las medidas de seguridad y medidas preventivas que estén a nuestro alcance. Usar correctamente los equipos de protección individual como guantes a poder ser de nitrilo y de puño largo, batas, gafas de protección contra salpicaduras, mascarillas, etc. Finalmente decir, que es importante extremar la formación y la información a los trabajadores y aumentar la vigilancia en la salud mediante la realización de reconocimientos médicos periódicos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 251

CÓMO AFRONTA EL CELADOR LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS

RUBEN FERNANDEZ DEL MAZO

1 Introducción

En este capítulo vamos a estudiar las diferentes necesidades que tienen los usuarios y, sobre todo las expectativas que se forman dichos usuarios respecto a la atención que van a recibir por parte de los profesionales de la Institución Sanitaria a la que están acudiendo.

Hay que tener en cuenta que, cuando un paciente llega a un Hospital, la primera sensación psicológica que va a tener es la de rechazo, puesto que va a un lugar donde nadie quiere ir por su propia voluntad sino por necesidad.

Esto es, cuando una persona va de vacaciones a un hotel, la sensación psicológica que va a tener es la de aceptación, puesto que por su mente pasa el relax, el buen clima y las sensaciones agradables…pues bien, hay ocasiones en las que la sensación es totalmente distinta de la realidad y, al acudir al hotel, se encuentra que todo no era como esperaba…es decir, está sucio, el personal no es amable, no tiene los servicios que contrató o que pensó contratar, etc.

Pues bien, en un hospital se busca que el celador, primer profesional que suele tratar con el paciente a la hora de entrar en dicha Institución Sanitaria, sea una persona agradable y cambie totalmente la primera impresión que tenga el paciente al acudir al centro.

2 Objetivos

- Estudiar cómo la psicología del celador es fundamental para con el paciente y hacerle su estancia en el hospital lo más agradable posible.
- Estudiar las respuestas que el celador debe dar al usuario para hacer agradable la estancia de éste.

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 debe saber dar respuesta a las diferentes necesidades que tienen los usuarios cuando visitan el centro; por ejemplo, es importante que el usuario sea atendido por el Celador sin esperar demasiado tiempo, también, es fundamental que la zona donde dicho usuario se ubique sea acogedora, apetecible, etc., además, también es importante que el Celador le guíe correctamente, es decir, le oriente en la buena dirección a través de la Institución para lo cual es importante que dicho Celador conozca bien el mapa del edificio. Aparte, el usuario debe sentirse cómodo, es decir, bien instalado. Luego, hay otros factores como la seguridad, la eficacia, la amabilidad, la cortesía, la discreción y la profesionalidad, todos ellos factores de importancia capital para la correcta atención al paciente. Cuando un usuario llega a un hospital, se debe encontrar a un Celador que actúa con naturalidad, que sonríe, que es sincero, que le mantiene informado en todo momento (sobre todo cuando el usuario pregunta desorientado), que le identifica correctamente (no es bueno dirigirse al usuario con una formalidad extrema pero tampoco con demasiadas confianzas), es decir, le identifica con su nombre y con el justo y debido respeto. Para que el usuario esté satisfecho con la atención del Celador, el respeto y la psicología de dicho profesional con elementos clave de su trabajo. Si el usuario llega a la Institución Sanitaria y se encuentra al Celador hablando con un compañero, riéndose de forma exagerada con algún paciente/compañero, escuchando radio o viendo tv en el cuarto de sala de acceso a urgencias del hospital y haciendo caso omiso a las entradas y salidas, etc. lo

único que puede tener el usuario ante estas situaciones es insatisfacción y desconfianza.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión final de nuestro capítulo está basada en que el objetivo fundamental que tiene cualquier profesión sanitaria o no sanitaria que está orientada al trato con el cliente/usuario/paciente, debe estar siempre orientada hacia la seguridad y satisfacción del susodicho. Cuando un paciente está en un hospital lo que necesita sentir y la sensación que le debe aportar el personal que está empleado en dicha Institución Sanitaria es la de seguridad y profesionalidad. La seguridad la da el conocer el oficio, el ser discreto, el atender con celeridad, sinceridad y seriedad y el comportarse de la forma más natural posible para hacer sentirse cómodo a dicho paciente.

6 Bibliografía

1. https://blog.hubspot.es/service/importancia-servicio-cliente.
2. https://growmedical.org/blog/atencion-al-paciente/.
3. https://www.zendesk.com.mx/blog/cliente-satisfecho-mejor-estrategia/.

Capítulo 252

EL CELADOR EN URGENCIAS. LA INMOVILIZACIÓN

MANUEL ARANDA PEÑA

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ

MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA

ÁNGEL BUENO BUENO

1 Introducción

Cuando hablamos de movilización nos referimos a las técnicas que se realizan por parte del personal (celadores) del desplazamiento del paciente, ya sea en cama, camilla o silla de ruedas.
No solo lo anterior es movilización, sino también, el cambio de posición del paciente en un mismo lugar, es decir, mover al paciente de una posición adoptada a la otra, con diferentes fines, ya sea para la realización de pruebas diagnósticas, técnicas o por la prevención de heridas y lesiones como las úlceras por presión.
Existen dos tipos de movilización:
La activa (en la cual, el paciente colabora) y la pasiva (donde el paciente por su situación no puede colaborar).
En las urgencias de un hospital, un gran número de componentes, son los celadores, ya que se precisa en muchas ocasiones de sus actuaciones.

Y no solo se dedican a la movilización, sino, también, a orientar y ayudar a los pacientes y familiares.
Los celadores suelen realizar los traslados con el objeto estrella: la silla de ruedas. Se trata de una silla que posee cuatro ruedas, dos adelante y dos atrás (normalmente suelen ser de un mayor tamaño), la silla estándar, suele tener dos frenos en las ruedas de atrás para evitar su desplazamiento involuntario, también dispone de dos reposa brazos , dos reposa pies (normalmente metálicos que impiden que el paciente roce con sus pies el suelo mientras la silla es empujada por el celador). Dispone también, de respaldo y sillón, y suele incorporar una barra metálica en uno de los laterales traseros para poder colgar los sueros si el paciente los llevara consigo.
También, es muy común observar en la sala de urgencias las camillas, que también poseen cuatro ruedas y son semi articuladas para poder llevar al paciente entre 0º a 90º.
Pero en este capítulo, no nos vamos a centrar en la movilización, sino, más bien, en la inmovilización, ¿y qué significa?
La inmovilización se trata del no movimiento, es decir, de mantener durante un periodo corto o largo de tiempo completamente inmóvil al paciente o alguna zona de su cuerpo.

2 Objetivos

- Conocer los dispositivos más utilizados en las salas y unidades de urgencias para la inmovilización.
- Comprender la importancia del celador ante estas técnicas de colocación de los mismos.

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

Para inmovilizar al paciente o una parte de su cuerpo, en muchas ocasiones se precisa de técnicas de colocación para evitar una lesión mas agravante de la lesión de la zona. Para ello, es imprescindible conocer los artilugios más utilizados:
1. Collarín para la zona cervical: se utilizan cuando existe una sospecha de que la columna vertebral, concretamente las cervicales, pueden padecer una lesión. El collarín no debe retirarse sin órdenes del médico y debemos prestar mucha atención a su colocación; el mentón, clavícula, mandíbula y occipital deben estar apoyados sobre él, de esta forma se impiden los giros y flexiones.
2. Dama de Elche: también es conocido como inmovilizador tetracameral. Su principal función es la de evitar que la cabeza gire hacia los lados en el traslado en la camilla. Este artilugio, dispone de velcros para ajustar correctamente, dependiendo del tamaño y diámetro de la cabeza del enfermo.
3. Férulas de inmovilización de extremidades: con estos artilugios se busca la alineación de todos los componentes de la extremidad. Algunas dispones de ajustadores en base a una estructura metálica que tiran sobre ciertas zonas para ajustar la alineación que se busca. También, existen las férulas neumáticas, parecidas a unos manguitos, que permiten que el miembro herido se adapte correctamente mediante la regulación del aire que se encuentra en su interior. Existen también, las férulas de vacío y las férulas de tracción.
4. Colchón de vacío: en este caso, se inmoviliza por completo el cuerpo del paciente. Su mecanismo es idéntico al de las férulas de vacío (se trata de que el espacio en el cual el paciente no llena se quede completamente duro para así garantizar una correcta inmovilización).
5. Tabla larga: es una tabla rígida, capaz de sujetar el cuerpo entero del paciente. En ella se pueden realizar miles de exploraciones y técnicas médicas. Siempre se utiliza con el complemento del collarín.
6. Camilla de palas o de cucharas: se trata de que el cetro del cuerpo del paciente quede al aíre, para la realización de técnicas invasivas y no invasivas.

5 Discusión-Conclusión

Este tipo de aparatajes y artilugios es muy común que los veamos en más de una ocasión en urgencias, por lo que el celador deberá conocer su colocación e inmovilización en cada una de ellas.
Deberá colaborar en lo que se le precise, y deberá controlar correctamente cada uno de ellos.

El celador debe conocer también los riesgos de una mala gestión o una retirada temprana de los aparatos y ayudas.
Si se controla por completo, el paciente no sufrirá lesiones más agravadas y podrá realizarse todo lo requerido por su lesión, de no ser así, podría complicarse gravemente para el enfermo y el resto del equipo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 253

CELADOR Y EXITUS DE PACIENTE

RAUL MARTIN SANCHEZ

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

CARLOS MURO MONTERO

DIEGO MARTIN MAROTO

MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO

1 Introducción

El término latino exitus se utiliza en el ámbito sanitario para referirse al fallecimiento o deceso del paciente. Pero a lo largo de la historia se pueden distinguir dos terminologías relacionadas con el ámbito sanitario con la palabra exitus:

- Exitus letali (utilizado como salida del paciente del centro hospitalario por tener un alta médica y no tener que seguir recibiendo tratamiento en este).
- Exitus vital para referirse a la finalización de la vida y por tanto, la cesación total de todas las funciones vitales(nutrición, relación y reproducción) del ser humano.

Es a esta última a la que vamos a dedicar este capítulo y las funciones que desempeña el celador cuando el paciente fallece en el ámbito sanitario.

Una vez producido el exitus, deceso o fallecimiento del paciente y tras la firma que lo confirma por el facultativo correspondiente el celador de acuerdo con el artículo 14.2 del Estatuto de Personal no sanitario le corresponde ayudar al equipo de enfermería (DUES y técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería) a llevar a cabo el amortajamiento del fallecido (solamente a practicar los movimientos

del cuerpo que sean necesarios para llevarlo a cabo) y una vez finalizado llevarlo a la urbe o sala de autopsias según corresponda.

2 Objetivos

Desarrollar el protocolo de actuación del celador en caso de fallecimiento, exitus o deceso de un paciente en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:
Bases de datos : se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: Exitus, exitus letali, exitus vital, funciones vitales y funciones el celador en caso de exitus de paciente en el ámbito sanitario.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre Exitus, exitus letali, exitus vital, funciones vitales y funciones el celador en caso de exitus de paciente en el ámbito sanitario artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Protocolo de actuación del celador en caso de fallecimiento hospitalario de un paciente:
- El celador debe pedir a los familiares o amigos del fallecido que dejen el habitáculo para que el personal de enfermería inicie el amortajamiento antes de que el cuerpo quede rígido. Ofreciéndoles su ayuda en todo lo que necesiten dentro de sus posibilidades (por ejemplo, comunicarles donde se pueden esperar mientras se prepara el cuerpo, proporcionarles número de teléfono de funerarias, etc.).
- Celador:Trasladar al paciente acompañante del fallecido (si el traslado no se ha realizado antes del fallecimiento) a otra habitación.
- Celador:Realizar el correspondiente lavado de manos y ponerse guantes no estériles.

- Celador:Colocar cama de forma horizontal sin quitar almohada, tras esto ayudar al equipo de enfermería a colocar el cadáver en posición de decúbito supino.
- El equipo sanitario inicia el proceso de aseo del cuerpo tras quitar tanto objetos personales (cadenas, anillos,..)El personal sanitario (enfermera o TCAE) como sondas y/o catéteres. Estiramiento de los miembros inferiores y superiores (para colocarlos de una forma u otra) en función de si va a ser sometido o no a autopsia. Continuando con la puesta de pañal y taponamiento de todos los orificios para que no se puedan producir por esta ninguna perdida de fluidos corporales. Poner sudario.
- Celador: Comunicar a los familiares que se va a realizar el traslado e indicarles donde está el lugar a donde lo van a llevar.
- Celador: traslado del cadáver hasta el mortuorio o la sala de autopsias (tapado por una sábana) intentando que los pasillos al salir del habitáculo estén vacíos de pacientes y/o acompañante y el recorrido para el traslado se realice por los pasillos con menos tránsito de pacientes y que el recorrido sea el más corto posible. Nunca debe permitir que algún familiar lo acompañe durante el traslado.Una vez en el mortuorio colocar en la cámara frigorífica con los pies hacia dentro.Poner en la puerta de la cámara frigorífica la pegatina con los datos identificativos del paciente fallecido.
- Quitarse los guantes y realizar el consiguiente lavado de manos.
- Volver a su correspondiente puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El momento del fallecimiento de un ser querido es un momento difícil de asumir, más aún si ocurre en un hospital y de forma imprevista (por ejemplo, tras un accidente de tráfico) por eso los celadores debemos ofrecer toda nuestra ayuda a los familiares (que lo están pasando realmente mal) y actuar siempre de forma empática. Además, tenemos que evitar por todos los medios que el cadáver sea visto por otros pacientes (imaginemos como debe sentirse un paciente oncológico en sus fases terminales, pero consciente, que sabe que pronto va a fallecer y ve pasar a su lado a un fallecido.

6 Bibliografía

https://diariosanitario.com/muerte-el-poco-exito-del-exitus/#::text=En%20un%20diccionario%20de%20lat%C3%ADn,del%20%E2%80%9Cfin%E2%80%9D%20de%20algo.

Wipipedia
Alvarez Martínez F. Homer Pardo MJ. Protocolo de actuación ante el proceso de muerte. Comisión de humanización de los cuidados. https:/ wwcgtsanidadlpa.org https:/wwformacurae.es
Art. 14.2 Estatuto del Personal no sanitario

Capítulo 254

QUEJAS, SUGERENCIAS Y AGRADECIMIENTOS EN SANIDAD

SHEILA GARCÍA HEVIA

1 Introducción

Es obligación de todos los trabajadores administrativos del Área Sanitaria conocer los pasos que permitan a los usuarios tramitar el documento normalizado existente cuando quieren expresar una queja, sugerencia o agradecimiento.
Una queja es "la manifestación realizada, por parte del usuario, por inconformidad en los servicios prestados en cuanto a atención, trato, organización, etc."
Las sugerencias son "las manifestaciones que los ciudadanos trasmiten sobre aquellos aspectos que a su entender podrían producir una mayor satisfacción con los servicios recibidos".
Los agradecimientos: son "escritos o manifestaciones en las que los usuarios expresan el reconocimiento y bienestar por la forma en que han sido atendidos, sin que para ello influya el resultado del proceso".
Las Quejas, Sugerencias y Agradecimientos deben ser expresadas por escrito, en el modelo normalizado destinado para ello. La presentación de una queja, se podrá realizar telemáticamente, a través de la página de la Sede Electrónica de la Administración del Principado, o presencialmente por registro oficial del Principado de Asturias. En este último caso es necesario cubrir el formulario de quejas, sugerencias y agradecimientos que estará disponible en todas las unidades administrativas de los centros de salud del Área Sanitaria, o en el centro hospitalario en Admisión de Urgencias, Admisión General, Unidades Administrativas de Consultas Externas y el Servicio de Atención al Usuario (SAU). En dichos puntos se informará también de las oficinas en las que pueda realizarse el registro.

2 Objetivos

- Concretar la forma de actuación en el Área Sanitaria para llevar a cabo una adecuada gestión de las quejas, sugerencias y agradecimientos de los usuarios

3 Metodología

Para la confección de este capítulo de revisión bibliográfica 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. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

Cuando un ciudadano necesita exponer una queja, sugerencia o agradecimiento ante un centro o servicio del área Sanitaria, suele dirigirse al trabajador administrativo y comunicarle de forma verbal su caso o experiencia, y sobre todo, en el caso de las quejas, no es habitual expresarse de manera clara y respetuosa, con lo que solo consigue crear mal ambiente y que su comentario caiga en saco roto. La forma más adecuada de llevar a cabo este trámite y conseguir que sea efectivo, es enviando una solicitud telemática o presencial a través del registro.
Para realizar la gestión presencialmente, es necesario cubrir el formulario normalizado de "Quejas, sugerencias y agradecimientos", con firma original y los datos necesarios para su gestión y respuesta, que las unidades administrativas de los centros sanitarios ponen a disposición de los ciudadanos., expresándose de manera adecuada para conseguir un fin.
Si se trata de una queja relacionada con servicios de sanidad, es importante expresarla de manera clara, objetiva y respetuosa.
Identificar claramente el motivo de la queja, asegurándose de entender cuál es el problema específico que se desea abordar. Y evitando utilizar un lenguaje ofensivo o agresivo. Hay que Describir los hechos de manera objetiva, dando detalles específicos sobre la situación.
Es importante incluir detalles como la fecha, hora y lugar en que ocurrió el incidente y, si es posible, el nombre de los profesionales o personal involucrado, expresando claramente qué resolución se espera o qué acción se debería tomar.
Si se desea ofrecer sugerencias para mejorar los servicios de sanidad, es recomendable presenta las ideas de manera constructiva y positiva, identificando

las áreas específicas donde se podría mejorar y explicando por qué, u ofreciendo ejemplos concretos o situaciones en las que la sugerencia podría ser aplicada.
Si se desea expresar agradecimiento por la atención o el servicio recibido en el ámbito de la sanidad, se debería mencionar al personal en particular a quien desea agradecer, describiendo cómo el servicio o atención recibida fue de gran ayuda, y, sobre todo, utilizando un tono amable para mostrar un agradecimiento sincero

5 Discusión-Conclusión

Para expresar quejas, sugerencias o agradecimientos en el ámbito sanitario es necesario utilizar el canal adecuado para ello para que surta efecto y no quede en el olvido. Para ello, la forma adecuada es presentarlo por escrito, ya sea telemáticamente o mediante formulario normalizado a través del registro, con firma original y los datos necesarios para su gestión y respuesta.
Tanto las quejas como los elogios son importantes para mejorar la calidad de la atención médica. Al compartir tus experiencias, puedes contribuir a un sistema de salud más eficiente y centrado en el paciente. Siempre es recomendable comunicar tus experiencias de manera respetuosa y específica para que puedan ser atendidas de manera adecuada.

6 Bibliografía

- https://sede.asturias.es/ast/-/dboid-626900003168810690757 3
- Intranet Área VIII
- https://www.saludinforma.es/portalsi/participacion/opinion-usuarios
- Intertek.com.mx

Capítulo 255

¿CÓMO ACTÚA EL CELADOR ANTE UN EXITUS EN LA PLANTA HOSPITALARIA?

MANUEL ARANDA PEÑA

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA

CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ

ÁNGEL BUENO BUENO

1 Introducción

Un éxitus u óbito hace referencia a la palabra "muerte", hablamos, de que las tres son sinónimos.
Por desgracia, es común que, en un hospital, la gente fallezca, ya sea por edad (paciente anciano) o patologías agravadas (cardiopatías, infarto de miocardio) o enfermedades que no frenan tras ningún tratamiento (cáncer).
Una vez que el paciente ha fallecido, hay que realizar varias actuaciones, en las que en muchas, el protagonista es el celador.
Resumidamente, hay que preparar el cadáver mediante una retirada de sondas y catéteres (si los tuviera), aseo, amortajamiento y traslado a los mortuorios.
Amortajar, significa, básicamente, la preparación del fallecido antes de ser bajado al mortuorio.

Pero dependiendo del tipo de paciente, la Sanidad Mortuoria, clasifica a los fallecidos en tres grupos:
1. El paciente ha fallecido tras una enfermedad infecciosa y altamente contagiosa.
2. Menos común, pero el paciente ha fallecido y ha estado en contacto con sustancias sujetas a radiación.
3. El resto de pacientes que no presentan ninguna de las dos anteriores (grupo 1 y/o grupo 2).
Como podemos imaginar, la situación es difícil para quienes acompañan al paciente que ha fallecido y para sus familiares. Es indispensable entender que la empatía, educación y saber estar es más importante que cualquier conocimiento sobre cualquier técnica.
También, el celador deberá limitarse al respeto hacia el fallecido y la familia, y nunca dando información que no corresponde, siempre debe guardar el secreto de profesionalidad.
En este capítulo, desglosaremos que hace el celador desde que el paciente ha fallecido hasta que se le traslada al mortuorio.

2 Objetivos

- Conocer las técnicas y habilidades del celador a la hora de la preparación del paciente fallecido.

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

Una vez que nos encontramos en la habitación del paciente que ya ha fallecido, deberemos haber preparado todo con anterioridad (mortaja o sudario, esponjas, palangana con agua tibia, instrumentos para eliminar sondas y/o catéteres, toallas, algodón, etc.)

Por supuesto, deberemos lavarnos las manos y ponernos los guantes antes de entrar en la habitación.
Lo primero, es mostrar todos los respetos a los familiares y amablemente, los pediremos que abandonen la habitación mientras realizamos nuestro trabajo.
Todo este protocolo debe realizarse antes de que el paciente llegue al rigor mortis (rigidez del cuerpo una vez que han pasado entre dos y cuatro horas después de haber fallecido) ya que la situación se complica a la hora de realizar los movimientos y amortajamiento del cadáver.
Una vez que estamos con todo preparado, retiraremos todo lo que el paciente ya no necesita (catéteres, sondas, vías, etc.) y siempre preservando su intimidad, lavaremos y secaremos con cuidado.
Taparemos todos los orificios del cuerpo del cadáver con algodón para evitar la salida de fluidos al exterior (amortajar).
También, deberemos prestar atención a los ojos y boca, e intentaremos que pertenezcan cerrados, en ocasiones, se coloca una venda entre mentón y cabeza, realizando presión sobre la mandíbula y así mantener la abertura de la boca cerrada.
Una vez que hemos terminado, le vestiremos con ropa limpia, ya todo dependerá de la petición de la familia, pero normalmente, suele ponerse un camisón limpio.
Meteremos al paciente en la mortaja o sudario (funda de plástico con cremallera, donde se introduce el cuerpo). El cuerpo debe ser introducido con las manos en el abdomen y en decúbito supino (DS), siempre con la cremallera en la parte de arriba.
Es interesante recordar que el paciente deberá ir bien identificado mediante la pulsera de identificación y pegatinas identificativas, que, suelen colocarse adheridas al cuerpo y en el sudario.
Una vez terminado todo el proceso, se debe trasladar al paciente a una camilla, y nos podremos ayudar con una tabla y la sábana de debajo de la cama (bajera), después, taparemos la mortaja con una sábana.
Debemos tener ubicadas todas sus pertenencias, y las ofreceremos a los familiares, o las acompañaremos con el cadáver, además de, los papeles que se precisan para la funeraria y la certificación de la muerte, redactada previamente por el facultativo.
De ahí, bajaremos finalmente el cadáver al mortuorio o sala de autopsias.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver, el celador participa en gran porcentaje en el proceso de defunción, en el que, como hemos recalcado al principio del capítulo, el respeto empatía y saber estar deben ser las protagonistas.
La situación, no es nada fácil tanto para los familiares como para el propio personal sanitario y no sanitario que se encuentran a cargo del paciente en concreto, por lo que olas técnicas a realizar deben ser limpias y siempre preservando la intimidad del paciente.
De no realizarse correctamente, el mal estar y disgusto de los familiares podrían alcanzar puntos de desesperación y desconsuelo.
El papel del celador en estas técnicas es imprescindible, y por eso, debe conocerse su trabajo en este ámbito.

6 Bibliografía

¿Cómo es el proceso de amortajar a un difunto? - Tanatos Formación (tanatosformacion.com)
Cuidados Post mortem - Amortajamiento (slideshare.net)

Capítulo 256

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICO DE ARCHIVOS

JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS

VANESSA GARCIA RAMOS

MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA

1 Introducción

El archivo hospitalario tiene la misión de la guarda y custodia de todas las historias clínicas de los pacientes que acuden al centro hospitalario. Esta historia clínica del paciente irá aumentando de tamaño en documentación conforme trascurran las visitas del mismo a las consultas hospitalarias, por motivos de ingreso o la realización de alguna prueba.
El archivo hospitalario es el prestamista de estas historias a todas las unidades o consultas de especialistas que las demanden, por un motivo u otro, para las consultas de los pacientes, por la programación de alguna intervención, por la realización de pruebas diagnósticas, por la demanda del especialista que atiende al paciente ingresado, etc…

En todos estos préstamos es el servicio de archivos el responsable de que la historia clínica se devuelta de nuevo, una vez consultada para su uso, al servicio, donde será clasificada y ordenada en su respectivo estante.
El archivo hospitalario se distribuye en estanterías, hoy en día, suelen ser mobiliario mecánico, donde están guardadas las historias clínicas. El protocolo para ordenar las mismas viene fijado por la gerencia correspondiente, pudiendo ser por apellidos del paciente o por especialidades médicas. Hoy en día se opta por la primera opción identificando la historia clínica con la pegatina de los datos de identidad del paciente, domicilio y lugar de procedencia.

2 Objetivos

-Explicar brevemente el funcionamiento del servicio de archivos hospitalario.
-Describir las funciones que el auxiliar de enfermería desarrolla en el servicio de archivos hospitalario.

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

Desde los distintos servicios y unidades hospitalarias, consultas y salas de pruebas diagnósticas, se solicitan al servicio de archivo todas las historias clínicas de los pacientes que van a ser atendidos en el día. Esta demanda se realiza el día anterior a la programación de dichas consultas o pruebas, y es el auxiliar administrativo quien tiene la función de ir clasificando y buscando las mismas en los archivadores mecánicos, disponiéndolas en los carros para su traslado al día siguiente a las unidades o consultas peticionarias. Este traslado lo realiza el celador de archivos.
El auxiliar de enfermería anota las salidas de las mismas y su destino, en un complejo programa informático, donde consta el lugar de destino y el especialista que la demanda, así como el motivo, consulta, prueba, preoperatorio, etc…

El auxiliar administrativo, una vez devueltas las historias porque ya han servido para el fin que salieron del archivo, las ubica de nuevo en sus correspondientes estanterías, observando que los sobres que contienen la documentación sanitaria de los pacientes están en perfecto estado. Si el sobre presentase alguna deformación o rotura, el auxiliar administrativo, lo cambiará por otro nuevo, pasando íntegramente su contenido al mismo.
En otras ocasiones se necesita urgentemente la historia clínica de algún paciente. Esta solicitud se suele realizar telefónicamente y quien atiende la llamada será el auxiliar administrativo, quien a su vez, tiene la función de buscar dicha historia clínica para enviarla rápidamente hacia el servicio peticionario.
Cuando se solicitan historias clínicas por otros centros hospitalarios, por que el paciente se encuentra ingresado en el mismo, el servicio de archivo, que también tiene las historias clínicas digitalizadas, las envía con la mayor premura posible. En este caso el auxiliar administrativo cuenta con la confirmación del jefe de archivos, quien decide el envío.
El auxiliar administrativo irá aumentando la cantidad de documentos que llevan las historias clínicas con los informes médicos pertinentes, los resultados de pruebas y cualquier otro documento que se genere del paciente con carácter sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En cierta manera se puede afirmar que el historial clínico de los pacientes, dependen, en gran medida de la eficacia buen hacer del auxiliar administrativo. Su empeño en guardar todos los informes, que no se extravíe ninguno, en algunos casos se ha producido este hecho, hace que la atención durante su trabajo y el interés esté siempre activado.
El auxiliar administrativo debe ser un profesional hábil a la hora de la búsqueda de las historias clínicas, sobre todo, cuando existe una urgencia vital con el paciente atendido, porque en la historia aparecen todos los datos del mismo, alergias, enfermedades, procesos asistenciales, etc., y unos minutos pueden ser decisivos para salvar la vida del mismo.

6 Bibliografía

1. Labores y métodos del auxiliar administrativo en los archivos de un hospital. Disponible en: https://revistamedica.com
2. El auxiliar administrativo ante el archivo de un centro hospitalario. Disponible en: https://revistamedica.com

3. Los archivos y su tratamiento por el auxiliar administrativo. Disponible en: https://congresosicepa.com

Capítulo 257

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA HOSPITALARIA

JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS

VANESSA GARCIA RAMOS

MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA

1 Introducción

La logística hospitalaria es la encargada de nutrir a todos los almacenes generales de las gerencias hospitalaria de todos los materiales y mercancía que se necesita para el buen funcionamiento de todos los centros que dependen de esa gerencia. Estos centros dependientes de la gerencia, son el propio centro hospitalario, los centros de salud de atención primaria, adscritos al hospital, los consultorios locales, las residencias dependientes del centro hospitalario y cualquier otro centro o consultorio ubicado en zonas rurales apartadas.
La gran demanda de mercancía que se necesita para el correcto funcionamiento del hospital y sus centros dependientes, obliga a que este departamento de logís-

tica cuente con unas infraestructuras físicas y humanas bien equipadas, dada, la gran complejidad de la funcionabilidad del departamento.
Se podría afirmar que el departamento de logística realiza las funciones de un gran almacén general, desde donde parten las mercancías y materiales que se necesitan en los almacenes de los centros sanitarios que tienen bajo la gerencia integrada, que es la que actúa, de referente para los demás centros sanitarios.
Como se ha mencionado, dada la gran complejidad de mercancía solicitada de toda clase, desde equipos de instrumental médico, hasta el material fungible y sanitario, la logística hospitalaria necesita de un equipo humano amplio, donde se encuentran ubicados los auxiliares administrativos, con unas funciones y actuaciones que se analizarán en el siguiente capítulo.

2 Objetivos

- Conocer cómo funciona el departamento de logística hospitalaria.
- Describir las funciones que el auxiliar administrativo realiza en el departamento de logística hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo comienza su turno de trabajo en el departamento de logística hospitalaria recibiendo del servicio de suministros, el listado de las recepciones que por el muelle de carga del departamento entrarán en el día de hoy. Los camiones van arribando al muelle de carga y descarga, y son los celadores los encargados de la recepción de la mercancía.
El auxiliar administrativo recoge los albaranes recepcionados y los pasa a la oficina donde comprueba uno a uno, el código de barras, la cantidad de mercancía y la casa distribuidora, para realizar los asientos de recibidos.

Los centros dependientes del hospital de referencia, donde se encuentra el departamento de logística, realizan los petitorios de los materiales y mercancía que necesitan, realizándose esta operación, una vez al mes, a excepción de los pedidos extraordinarios por desabastecimiento de algún producto o mercancía. Vía fax, el auxiliar administrativo recoge las peticiones, y las pasa al jefe de almacén, para que las vaya paletizando para su entrega. De todas estas mercancías y productos, el auxiliar administrativo hace los correspondientes asientos de salida, de la mercancía entregada y del centro al que se dirige.

Diariamente las entradas y las salidas de las mercancías deben cuadrar con los albaranes de las casas proveedoras, siendo función del auxiliar administrativo con su rúbrica la exactitud de los gastos.

Es función asimismo, del auxiliar administrativo, junto con el jefe de almacén y personal que trabaja en logística hospitalaria, realizar el inventario anual de los almacenes, es decir, saber cuánto se ha comprado, cuánto se ha utilizado y cuánto queda, es decir, el stock, que existe aún en los almacenes. Todo este inventario tiene que coincidir exactamente con los apuntes de las entradas y salidas que el auxiliar administrativo ha llevado durante todo el año.

5 Discusión-Conclusión

El departamento de logística debe su buen funcionamiento a la labor desarrollada por el auxiliar administrativo, que con su dedicación, realiza la correcta entrega de las mercancías y productos recibidos, así como la exactitud en los precios y gastos realizados. Es una labor comprometida y responsable, donde un solo error, puede llevar a que en el inventario anual no cuadren los gastos y las mercancías, y es un verdadero problema, puesto que las cantidades manejadas en un centro hospitalario puede alcanzar cifras de millones de euros.

Del mismo modo, el auxiliar administrativo tiene que tener conocimientos amplios en programas de contabilidad y estadísticas.

6 Bibliografía

1. El auxiliar administrativo de la salud como responsable del almacén general. Disponible en: https://revistamedica.com.

2. El auxiliar administrativo y las salidas del almacén general. Disponible en: https://congresosicepa.com.

3. El auxiliar administrativo y la recepción de mercancías en el almacén general. Disponible en: https://congresosicepa.com.

Capítulo 258

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS HOSPITALARIOS

JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS

VANESSA GARCIA RAMOS

MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA

1 Introducción

El departamento de suministros de un centro hospitalario es el encargado de gestionar todo el material necesario para que el centro hospitalario siga funcionando con total normalidad. Cuando se habla de material, se hace mención a cualquier producto, alimento, aparatos, etc., con lo que el departamento de suministros se encarga desde la compra de una envase para análisis de orina, hasta los cubiertos necesarios en la cocina hospitalaria.
En esta gestión de todo el material necesario, se hace preciso que el equipo de profesionales, compuesto por administrativos y auxiliares administrativos, se tengan en cuenta los pliegos de los contratos con las empresas externas adjudicatarias

de cualquier producto. No es un departamento fácil de manejar, pues los precios fluctúan de un día para otro, y los productos perecederos, como por ejemplo, los alimentos, hay que solicitarlos con la cantidad exacta y con mesura.
A l frente del departamento se encuentra un auxiliar administrativo que hace la función de jefe o jefa de suministros, cuya labor no se limita solamente a la compra de material, sino que también se encarga de la planificación de las jornadas de los demás auxiliares administrativos que trabajan en el mismo.
Los materiales que se necesitan en las diferentes unidades hospitalarias, así como en cualquier sección hospitalaria, están supeditados bajo pacto, quiere esto decir que se tiene asignada una cierta cantidad del producto por cada unidad de tiempo, por ejemplo, la semana.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento del departamento de suministros hospitalarios.
- Enumerar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el departamento de suministros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 gestión y la compra de todos los materiales que se realiza desde el departamento de suministros son variadas y de diferentes tipos. No se va a entrar en este capítulo a enumerar cada uno de ellos, pues sólo esta numeración, ocuparía el desarrollo del mismo.
El auxiliar administrativo tiene presente en las peticiones de material el pliego de la contratación con las casas de proveedores, para la realización de las compras necesarias, que suelen hacerse por semanas. No significa esta circunstancia, que si por motivos, de desabastecimiento, fuese necesario, realizar otro pedido, no se haga, sino que se hace como pedido extra. Los programas informatizados de

compras y de las entradas y salidas, son complicados, y el auxiliar administrativo debe realizar los asientos de las entradas y las salidas correctamente, puesto que de esta manera, se sabe, donde ha sido enviado cada tornillo comprado.
Estas compras recurrentes, el auxiliar administrativo, las registra, entradas y salidas, en las compras conocidas con el epígrafe de compras bajo pacto, es decir, son las previsiones que en cada unidad, sección o servicio, se han hecho para las necesidades semanales, de esta forma, se tiene un control más exhaustivo de todo la mercancía comprada.
Si existiesen pedidos extraordinarios, el auxiliar administrativo, realiza los asientos en el programa de petitorios extraordinarios. En el caso de la petición de algún elemento fuera de lo común, el auxiliar administrativo lo pondrá en conocimiento del jefe del departamento, antes, de la petición en el programa, para que éste dé el visto bueno al producto.
El auxiliar administrativo también se encarga de las devoluciones producidas en cualquier unidad o sección, de los productos defectuosos, teniendo que realizar el contra asiento del mismo y haciéndolo saber a la casa o empresa comercializadora.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo destinado en suministros debe conocer perfectamente todos los materiales necesarios en el centro hospitalario, marcas, tipos y casas proveedoras, así como los códigos y referencias de cada uno de ellos, pues de este conocimiento, depende que el departamento de suministros funcione con eficacia y no hay un retraso en la recepción de cualquier mercancía que se necesita.
En este departamento, igualmente el auxiliar administrativo tiene que tener unos conocimientos amplios en los programas de compras, asientos y salidas, porque cualquier error puede dificultar el funcionamiento normal del departamento y la realización de losa balances económicos que se realizan anualmente.

6 Bibliografía

1. Breve aproximación a un servicio de suministros desde la visión del auxiliar administrativo. Disponible en: https://revistamedica.com.
2. El auxiliar administrativo de la salud como responsable del almacén de suministros. Disponible en: https://revistamedica.com.
3. El trabajo de un auxiliar administrativo en el servicio de suministros hospitalarios. Disponible en: https://ocronos.com.

Capítulo 259

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN CON PACIENTES DROGODEPENDIENTES

MANUEL ARANDA PEÑA

ÁNGEL BUENO BUENO

MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA

CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

1 Introducción

Un paciente drogodependiente es un paciente dependiente a sustancias estupefacientes, que en muchas de las ocasiones condicionan su vida en base a consumirlas.
Por desgracia, no hay un protocolo médico a seguir ante este tipo de pacientes, ya que, cada persona, como todos sabemos, podemos actuar de diferentes formas ante una misma situación.
En 2019 existen registros de que aproximadamente 50.000 personas se encuentran bajo el control y consumo de las sustancias ilegales (estupefacientes).
Siendo la cocaína la mayor en porcentaje (55%), seguido del cannabis (30%).
La drogodependencia está catalogada como enfermedad que se caracteriza por la pérdida de control ante ciertas situaciones, extremando las reacciones emocionales. Y por supuesto, la tolerancia a la adicción es nula, y no solo ese proceso es llevado por problemas de gestión mentales, sino también físicos.

Gran parte de los pacientes adictos a estas sustancias ilegales son o han comenzado en la adolescencia, etapa difícil en la vida de una persona, en la que no se encuentran límites y el desconocimiento funcionan como una bomba explosiva.
La drogadicción supone unos factores de riesgo muy notorios:
- El entorno familiar y social se ve afectado negativamente.
- La educación escolar es rechazada y por lo tanto su formación no se realiza.
- La economía se ve afectada y se caracteriza por el derroche y los problemas económicos.

Este tipo de pacientes suelen ser ingresados en unidades destinados a tratar estas enfermedades de drogodependencia, la más común es psiquiatría.
El celador se verá en muchas ocasiones en la situación de tener que atender y lidiar con estos pacientes, por lo que su actuación es una de las más importantes.

2 Objetivos

- Dar a conocer la forma de actuar el celador ante pacientes drogodependientes y toxicómanos.

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

Aunque como ya hemos recalcado anteriormente, no existe un protocolo escrito sobre como reaccionar ante pacientes drogodependientes en una situación de estrés, hay ciertos puntos claves que deben seguirse muy a conciencia:
- Este tipo de pacientes son muy susceptibles emocionalmente, por lo que no debemos mostrar ante ellos ningún tipo de prejuicio.
- Es común que experimenten momentos y transiciones de estrés, ansiedad y depresión a lo que debemos mostrar empatía y paciencia constante.
- Nunca deberemos transmitir rechazo hacia al paciente y debemos interesarnos en su pronta recuperación.

- A pesar de que debemos mostrarnos en nuestros sitio, nunca sobrepasaremos la línea de la autoridad, ya que podemos aumentar sus sentimientos negativos y cerrar una puerta entre paciente / celador.
- Debemos encontrar la línea entre ser cordiales e involucrarnos con su vida privada, esto puede provocar confusión en el enfermo y suponer un problema para nosotros mismos.
- El análisis al enfermo supone fundamental para poder encajar ciertos episodios de agresividad e ira.
- A pesar de conocer ya el paciente y saber que ha sido tratado en más ocasiones, tener en cuenta que una recaída es muy posible, por lo que no debemos mostrar frustración ante ello.
- Las relaciones personales entre profesional y enfermo no deben de darse, ya que sería perjudicial para ambos, y el tratamiento y desintoxicación y rehabilitación se verían afectadas.

También, hay en ocasiones, que el paciente pueda resultar tan agresivo tras episodios de "mono", que haya que contenerle, pero jamás agredirle y mucho menos causarle lesiones.

El celador debe tener técnica a la hora de reducir y contener, siempre protegiéndose del paciente y proteger al paciente de sí mismo, con rapidez y eficacia.

Es importante conocer la existencia de las contenciones mecánicas que solo deberán ser utilizadas en caso de pauta médica.

5 Discusión-Conclusión

El trato al paciente toxicómano es un trato complicado que requiere de mucha entereza y saber estar, la forma de encajar cualquier situación es clave para una correcta recuperación del mismo.

Si no seguimos bien las pautas anteriores mencionadas la experiencia de ingreso del enfermo se puede ver muy afectada y no funcionar su rehabilitación.

El celador tiene un papel fundamental en el trato con este tipo de ingresos y debe comprender que es una situación difícil y complicada de manejar, pero nunca imposible.

Debemos comprender la situación y mostrar paciencia, así como, mostrar apoyo incondicional al resto del equipo.

6 Bibliografía

La Moncloa. 01/07/2021. Sanidad publica el Informe 2021 del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones: alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Prensa/Actualidad/Sanidad]

Asistencia general al paciente intoxicado (isciii.es)

Capítulo 260

ATENCIÓN Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE PALIATIVO POR EL CELADOR

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS

YOLANDA SILGADO ARANDA

JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ

VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS

MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos son una serie de cuidados y/o atenciones destinados a aquellas personas que padecen enfermedades graves cuyo diagnóstico no tiene más tratamiento ni pueden ser curadas.
Al final de cualquier enfermedad que no tiene una cura y de la que no se puede recibir más tratamiento, buscando la sanación de la misma, lo único que se le puede prestar al paciente es el tratamiento o cuidado paliativo, con el fin de conseguir la mejor calidad de vida posible y reducir el dolor o el daño que la propia enfermedad le puede ocasionar a la persona que la padece.
Este tipo de cuidados intentan amortiguar el daño o los efectos secundarios que ocasionan ciertas enfermedades graves en los pacientes.

Cuando nos referimos a pacientes que se encuentran ingresados en cualquier área de hospitalización recibiendo cuidados paliativos, normalmente son aquellos que se encuentran en una fase terminal de la enfermedad que están sufriendo. Por lo tanto, es muy importante que todo el equipo de profesionales que tratan a este tipo de pacientes esté perfectamente formado y conozca de manera clara y concisa el trabajo que deben desempeñar.
El trabajo de los auxiliares y celadores quizá sea el más complejo con este tipo de enfermos, ya que suelen sufrir dolores y molestias de una intensidad importante y es por eso que el manejo de ellos debe realizarse de una manera correcta e intentando que la manipulación y las movilizaciones sean lo más leves posibles.

2 Objetivos

Explicar en qué consisten los cuidados paliativos y qué papel desempeña el celador en el trato con el paciente paliativo, exponiendo y desarrollando las funciones y los cuidados que debe tener en cuenta en relación con este tipo de paciente.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes artículos y publicaciones relacionadas con las funciones del celador y el trato al paciente paliativo.
Además hemos realizado varias búsquedas en bases de datos como Pubmed o Scielo empleando términos como celador, paciente paliativo, movilizaciones…
Por último, hemos realizado varias búsquedas online en buscadores como Google Scholar relacionadas con el paciente terminal y la labor del celador.

4 Resultados

La figura del celador es muy importante en cualquier servicio sanitario, pero es cierto que hay ciertas áreas que precisan mayor atención con el paciente ya que son pacientes más complejos por sus patologías o dolencias.
En el caso del paciente de cuidados paliativos, cuando hablamos de aquellos pacientes que son hospitalizados, suelen ser personas cuya enfermedad se encuentra en una fase terminal y por los dolores o molestias que presentan han debido ser ingresados. Es por este motivo que los cuidados que se les prestan deben ser

más centrados en conseguir su bienestar, procurando no avivar más aún el dolor o el daño que presentan.
El papel del celador ante este tipo de enfermos es muy importante, aunque ha de desarrollar las mismas funciones que con cualquier otro paciente que se encuentre hospitalizado, deben ser mucho más cautelosos en la realización de su trabajo.
Al final, el celador es un componente más del equipo de trabajo y, por lo tanto, al igual que el resto, deben buscar las mejores medidas de confort para el enfermo. Es muy importante que en el desempeño de sus funciones, como la ayuda en el aseo o sobre todo en las movilizaciones, sea lo más profesional posible.
Este tipo de pacientes no suelen deambular y casi siempre se encuentran encamados por lo que las movilizaciones para realizar los cambios posturales son imprescindibles. Deberán realizarse de la manera más correcta posible, ofreciendo al paciente una mejor calidad de vida y ofreciéndoles una atención continuada y evitando así problemas secundarios como puede ser la formación de escaras.
Al fin y al cabo lo que se debe buscar es la comodidad del enfermo, así como mantener la dignidad de la persona que se encuentra en una situación terminal, ofreciendo los mismos cuidados y atenciones pero de una manera más individualizada, con mucho más tacto y cuidado.
En los traslados de este tipo de pacientes, que también son llevados a cabo por el celador, hay que intentar empatizar con ellos porque muchas veces para el paciente que se encuentra en esta situación hasta un simple traslado de planta puede suponer una molestia importante por lo que hay que intentar realizarlo de una manera adecuada y asegurando en todo momento el mayor bienestar a la persona.

5 Discusión-Conclusión

Si nos paramos a pensar y a analizar las funciones que debe realizar un celador en un servicio de pacientes paliativos, nos daremos cuenta de la importancia de la figura del celador dentro del equipo asistencial que conforma dicho servicio.
Es sumamente importante realizar las movilizaciones necesarias para llevar a cabo los distintos cambios posturales a este tipo de pacientes, que generalmente se encuentran encamados en una fase terminal de su enfermedad y de su vida.
Por estos motivos, un celador debe estar formado, al igual que el resto de profesionales sanitarios, en la atención y el cuidado del paciente paliativo.
No solo en lo que a movilización se refiere, sino también en saber empatizar con estos enfermos y adaptar la forma de trabajo intentando paliar los efectos que

una mala praxis pueda conllevar. Ya que una movilización brusca en otro tipo de paciente no tiene por qué ocasionar ningún daño ni ningún malestar, pero en este tipo de enfermos sí que puede ocasionar daño y molestias importantes.
Por lo tanto, es necesario prestar esa especial atención a aquellos pacientes que se encuentran en una situación de este tipo.

6 Bibliografía

- Bases de datos Pubmed y Scielo
- Buscadores online Google y Google Scholar.
- https://revistamedica.com/celador-paciente-terminal-2/
- http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-23.html

Capítulo 261

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE AGRESIVO EN HOSPITALIZACIÓN COMÚN

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS

VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS

MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ

JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ

YOLANDA SILGADO ARANDA

1 Introducción

La agresividad es una característica muy común en el paciente que permanece ingresado en una unidad de hospitalización común. Normalmente no se determina como una enfermedad, sino más bien como un signo o síntoma que el paciente desarrolla durante su ingreso hospitalario.

Los pacientes que presentan una conducta agresiva ya sea de manera física o verbal precisan de una serie de medidas para asegurar su propia integridad así como la de familiares o profesionales que los atienden.

Por regla general, estas conductas suelen ser transitorias y suelen desaparecer, ya que se deben generalmente a una reacción a algún tipo de medicación o al simple hecho de encontrarse fuera de su entorno y sufre una desorientación que suele desaparecer.

Es muy importante saber diferenciar entre un paciente que por agitación sufre un ataque de agresividad de aquellos otros que son agresivos porque generalmente son violentos.
Cuando un paciente se encuentra en una situación de agitación o agresividad, el celador tiene un papel muy importante para ayudar a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y a los enfermeros a calmar al paciente, o en caso de que no se consiga, es el encargado de contener de forma mecánica al paciente siempre y cuando un médico responsable lo prescriba y de este modo se garantice la integridad física del mismo paciente y del personal sanitario.
Por lo tanto el celador, ya sea del servicio que sea debe tener los conocimientos necesarios para intentar calmar al paciente o en su defecto debe saber como y en qué caso se utilizan las diferentes contenciones mecánicas de las que dispone el servicio.

2 Objetivos

Dar a conocer los diferentes mecanismos que existen para contener a un paciente que presenta un episodio de agresividad por parte del celador, desde la contención verbal hasta las contenciones mecánicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación basada en una revisión bibliográfica de diferentes artículos y revistas sanitarias relacionadas con los pacientes agresivos y los métodos de contención.
Se han consultado diferentes bases de datos como Dialnet y Pubmed.
Hemos llevado a cabo diferentes búsquedas online en Google o Google Scholar empleando términos como agitación, agresividad, contención verbal, contención mecánica.

4 Resultados

Como hemos visto anteriormente, es muy importante saber diferenciar aquellos pacientes que por un motivo u otro sufren un ataque de agitación o agresividad dentro de una planta de hospitalización común, de aquellos que son violentos o que sufren alguna enfermedad psiquiátrica. No es lo mismo tratar con cada uno de ellos.

En el caso de los enfermos que sufren un ataque de agresividad, es muy importante tener claro que es algo puntual, que es un síntoma más que presentan y que por lo tanto es algo transitorio.
Dentro de un servicio de hospitalización común nos vamos a encontrar con una gran diversidad de pacientes por lo que es muy importante tener una serie de conocimientos básicos para saber cómo actuar en cada caso.
La figura del celador cobra una mayor importancia puesto que juega un papel muy importante a la hora de poder tranquilizar a un paciente que se encuentra en un estado de agitación o agresividad puntual. Lo primero que debe hacer es intentar garantizar la seguridad del propio paciente y del entorno ya sean los profesionales sanitarios o los propios familiares.
En primer lugar se debe recurrir a la contención verbal, donde el celador debe intentar de una manera amable y tranquilizadora calmar al paciente pero siempre siendo firme en su discurso. Es muy importante no elevar en ningún momento la voz aun cuando el paciente esté dando voces.
Si el mecanismo de contención verbal no funciona y el paciente sigue en un estado de agitación importante, como último recurso y siempre y cuando un médico lo indique y la familia del propio paciente esté de acuerdo, se procederá a la utilización de contenciones mecánicas, que consiste en sujetar con los mecanismos homologados, manos, abdomen o pies. Ha de realizarse de una manera correcta y asegurando el bienestar del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El paciente agitado puede presentarse en cualquier área de hospitalización, no solo en psiquiatría, y la manera de actuar ante ellos no es igual que ante un paciente con una enfermedad mental.
No son pacientes con tratamientos para paliar este síntoma, sino que se les trata de su patología que nada tiene que ver con el episodio que presentan de manera puntual.
Por lo que tras leer el presente capítulo queda claro que el celador es una figura necesaria para cualquier servicio del hospital. Que es necesaria su actuación ante diferentes situaciones que surgen y, por lo tanto, deben tener los conocimientos necesarios para llevar a cabo una correcta ejecución de sus funciones.
Es muy importante que estos profesionales reciban la formación necesaria para poder enfrentar las diferentes situaciones que se pueden presentar. Y al igual que al resto de profesionales sanitarios, esta formación debería ser continuada, ya que en el ámbito de la medicina y sanitario constantemente se van actualizando

protocolos y formas de actuar.

6 Bibliografía

- Bases de datos Dialnet y Pubmed.
- Buscadores online Google y Scielo.
- https://revistamedica.com/actuacion-celador-paciente-agitado/amp/
- https://www.npunto.es/revista/12/el-paciente-agresivo-y-la-conducta-medica

Capítulo 262

TRASLADO DEL PACIENTE CONTAGIOSO POR EL CELADOR

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS

YOLANDA SILGADO ARANDA

JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ

MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ

VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS

1 Introducción

El paciente contagioso es aquel paciente que presenta una enfermedad contagiosa o infecciosa. Son enfermedades que se transmiten de una manera muy rápida de una persona a otra por lo que es necesario establecer una serie de barreras de contención para evitar la propagación de la misma de unas personas a otras. Dependiendo de la forma en que se transmitan dichas enfermedades las medidas de aislamiento serán diferentes.

La transmisión se puede dar de manera directa, es decir de persona a persona por simple contacto; de manera indirecta, que sucede cuando se toca un objeto que ha podido ser contaminado por el enfermo y lo toca una persona sana o por gotitas o respiratorio que es a través del estornudo o de los aerosoles o simplemente cuando el enfermo contagiado habla y no utilizamos las medidas de barrera indicadas.

En cualquiera de estos casos, cuando la persona enferma es ingresada en un servicio hospitalario lo primero que se debe hacer es ingresar en una habitación de uso individual, y posteriormente facilitar al personal sanitario las medidas y los medios necesarios para asegurar al paciente una correcta atención sin poner en riesgo la salud de ningún profesional.
En cuanto al traslado de este tipo de pacientes nos referimos siempre se hará en las condiciones más óptimas, asegurando siempre un buen aislamiento para evitar la propagación de la enfermedad al resto de personas sanas o aquellos profesionales que durante el traslado estén en contacto con la persona enferma.

2 Objetivos

Describir la función del celador a la hora de realizar un traslado de paciente contagioso, cómo ha de actuar y las medidas que debe adoptar.

3 Metodología

Para la realización de dicho trabajo hemos realizado una revisión bibliográfica de diferentes artículos y protocolos sanitarios relacionados con las enfermedades infecciosas.
Así como la consulta de varias páginas web donde hemos encontrado protocolos concretos para el traslado del paciente infeccioso.
Se han realizado varias búsquedas online en Google o Google Scholar empleando términos como infección, paciente contagiado, celador.

4 Resultados

El paciente infeccioso o contagioso es aquel que es portador de una bacteria o agente infeccioso y que tiene la capacidad de transmitirse de manera muy rápida de unas personas a otras, causando diferentes enfermedades.
Es muy importante que cualquier centro sanitario u hospitalario tenga establecidos una serie de protocolos para tratar a estos enfermos, evitando así la propagación de cualquier enfermedad de este tipo.
La figura del celador cobra una importancia bastante grande en lo que al trato con estos pacientes se refiere, puesto que son los celadores quienes trasladan a estos pacientes y los primeros en recibirlos en la planta cuando van a ser ingresados,

por lo que deben tener muy claro cómo actuar y hacerlo de una manera eficaz y segura para cortar cualquier posible propagación del patógeno.
Dependiendo de la forma que se puedan propagar estas enfermedades se establecerán diferentes tipos de aislamientos:
- Aislamiento estricto: se emplea tanto en los contagios por contacto como por vía respiratoria. Hay que emplear equipos de protección individual, junto con mascarilla FP2 y es muy recomendado el uso de doble guante.
- Aislamiento Inverso: con estas medidas intentamos evitar que aquellos enfermos inmunodeprimidos puedan contraer cualquier agente infeccioso.
- Aislamiento de contacto: para este tipo de aislamiento es necesario el uso de bata desechable, es muy recomendable el uso de doble guante y mascarilla que se desechará una vez hayamos dejado de estar en contacto con el paciente.
- Aislamiento respiratorio: es empleado en enfermedades de transmisión por vía aérea, únicamente se aconseja el uso de mascarilla FP2, que se cambiará cada vez que entremos y salgamos de la habitación.
El celador al igual que el resto de profesionales que conforman el equipo de trabajo, debe conocer en todo momento con qué tipo de paciente está tratando, para poder así poner los medios y las condiciones más adecuadas para realizar los traslados de estos enfermos.
Dependiendo de qué aislamiento precise la persona contagiada así deberá actuar el celador en el traslado. Si el aislamiento precisa de equipos de protección individual, el celador dispondrá de este EPI para la realización del traslado. Siempre intentando mantener las condiciones más óptimas para llevarlo a cabo.

5 Discusión-Conclusión

Es muy común que dentro del ámbito hospitalario se dé la aparición de agentes infecciosos, por lo que los pacientes deben ser aislados, por su propia seguridad y por la del personal sanitario, así como la de sus propios familiares.
Normalmente este tipo de infecciones no suelen ser graves y es muy importante que el paciente esté aislado hasta que esté completamente curado. Pero en algunos casos se dan enfermedades que sí son contagiosas y de carácter grave como pueden ser la Tuberculosis, el Covid o el VIH entre otras. Es por esto que los protocolos de actuación deben estar muy bien establecidos y que el personal tenga muy claro cómo actuar en cada caso.
Algo que cada vez es más común en los hospitales y que está demostrado que funciona, es establecer circuitos de “sucio” para el traslado de estos enfermos.

Desde la aparición del Covid muchos hospitales han delimitado las zonas denominadas de sucio por donde los celadores realizan los traslados de los pacientes con riesgo de contagiar y así evitar una mayor propagación.
Este mecanismo junto con una buena coordinación con los servicios de limpieza, pueden garantizar la no propagación de una enfermedad que pueda ser altamente contagiosa.

6 Bibliografía

- Buscadores online como Google o Google Scholar.
- https://revistamedica.com/celador-paciente-contagioso/amp/
- https://medlineplus.gov/spanish/infectiousdiseases.html

Capítulo 263

LA LABOR DEL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN

MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE

LORENA DELGADO GONZALEZ

NOELIA GARCIA MUÑOZ

ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA

1 Introducción

En el área de rehabilitación hospitalaria se tratan a aquellos pacientes que tras alguna intervención quirúrgica, tratamiento prolongado, patología ose muscular, algún traumatismo, etc., necesitan seguir por su patología un seguimiento y realización de ejercicios protocolarios para el mejoramiento de su movilidad o cognición.
El área de rehabilitación está formada por las salas de las consultas de los especialistas rehabilitadores y el gimnasio de rehabilitación, donde fisioterapeutas y demás personal sanitario y no sanitario, siguen las pautas ordenadas por aquellos. Estas pautas, generalmente, aparte de la medicación que se les manda a los pacientes, consiste en la realización de tablas de ejercicios para recuperar movilidad muscular o simplemente para no empeorarla.
Los pacientes que hacen uso del servicio poder provenir de sus domicilios, porque tengan programado ya las tablas de ejercicios, o pueden provenir de las distintas

unidades hospitalarias donde se encuentran ingresados, y tienen en su plan de recuperación, asistir al gimnasio todos los días.
El área de rehabilitación, como se ha dicho anteriormente, está compuesta por las consultas y el gimnasio, en ambos servicios, se pueden encontrar grandes equipo de profesionales que atienden a los pacientes, rehabilitadores, tcaes, fisioterapeutas, celadores, etc., todos con el objetivo común de la recuperación temprana del paciente.

2 Objetivos

- Conocer brevemente el funcionamiento del área de rehabilitación y sus servicios.
- Describir las funciones que el celador tiene en el área de rehabilitación y sus servicios.

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 web gráficas en buscadores como: Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

El celador del área de rehabilitación realiza diversas y varias funciones, entre las que destacan la atención directa con el paciente, y otras que se verán seguidamente.
Los pacientes programados que acuden desde sus casas pueden hacerlo por sus propios medios de locomoción o si presentan escasa movilidad, pueden hacer uso del servicio de ambulancias. En este caso, cuando un paciente entre en el servicio, el celador del mismo, acude con una silla de ruedas o camilla para hacerse cargo del paciente, y lo dirige a la ubicación deseada, consulta o gimnasio. En el gimnasio, el celador, también colabora en los ejercicios de los pacientes, cuando estos presentan cierta dificultad para caminar o sentarse en la camilla del gimnasio.
El celador de rehabilitación del mismo modo está atento a los turnos asignados a los pacientes de las consultas, y en caso necesario, avisa, personalmente a los

pacientes que su número y sala ha salido en las pantallas de avisos, acompañando, en caso necesario, sobre todo, cuando se tratan de pacientes de mayor edad, a la sala correspondiente.
El celador dentro gimnasio, colabora, con el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, en la colocación y recogida de todos los aparatos e instrumentos utilizados en todos los aparatos de ejercicios, ordenándolos en sus respectivos estantes.
El celador acudirá a la llamada de consultas, en caso necesario, para la colocación y movilización del paciente en la camilla de exploración, y ayudará posteriormente al traslado del mismo, cuando finalice la consulta, a la sala de espera mientras acuden familiares o el servicio de ambulancias.
Al finalizar el turno, el celador, transportará los carros de la ropa sucia hasta el servicio de lavandería, y reportará otros carros vacíos para el compañero del siguiente turno.

5 Discusión-Conclusión

La colaboración del celador en el área de rehabilitación, sobre todo, en el servicio del gimnasio, es fundamental. Los pacientes que presentan poca movilidad, recién intervenidos, necesitan que se les muevan con mucha paciencia y cuidado, y en este caso, el celador, contribuye enormemente en realizar estas maniobras con total seguridad para el paciente.
Por este motivo, el celador destinado en el área, debe ser un profesional que maneje las técnicas de movilización perfectamente, puesto que los movimientos erróneos o inadecuados, pueden suponer una lesión añadida, tanto, para el paciente, como para él mismo, y podría entorpecer la recuperación del paciente.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la unidad de rehabilitación. Disponible en: https://revistamedica.com
2. Funciones del celador en el servicio de rehabilitación. Disponible en: https://www.murciasalud.es
3. Funciones del celador en las distintas áreas o servicios. Disponible en: https://www.auxilairdeenfermeria.com

Capítulo 264

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA

MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE

LORENA DELGADO GONZALEZ

NOELIA GARCIA MUÑOZ

ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA

1 Introducción

Dentro de los servicios del centro hospitalario se destina un área para los pacientes que presentan lesiones en el aparato músculo-esquelético, como pueden ser lesiones, luxaciones, fracturas, entre otras.
Es por ello, que dentro de la planta de traumatología se precisa de la atención y presencia de los celadores, que se van a encargar de asistir y apoyar las tareas de logística y traslado de pacientes, además de cumplir numerosas tareas propias que desempeñan los celadores.
En este sentido, los celadores de trauma ayudan a la movilización de los pacientes, tanto dentro del servicio para la realización de aseos y movimientos, así como el traslado a la realización de pruebas o servicios especiales, como pueden ser radiografías, electrocardiogramas, entre otros muchos.
Además, se precisa la participación de los celadores dentro de la planta de trauma,

ya que son los responsables de colaborar en la participación de equipos que requieran ser practicados en la asistencia de los pacientes.
De este modo, en el presente trabajo se van a conocer y desarrollar las funciones que cumplen los celadores en la planta de traumatología, así como las funciones que cumplen en la atención asistencial con los pacientes que se encuentran dentro de la misma.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que llevan a cabo los celadores en la planta de traumatología.
- Desarrollar las actuaciones de los celadores en la atención al paciente de traumatología.

3 Metodología

El desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo a través de una intensiva búsqueda de información por medio de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros; y además, teniendo 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 exponen las funciones y actuaciones que llevan a cabo los celadores en la planta de traumatología.
Los pacientes que se encuentran en la planta de traumatología presentan dificultades en la movilidad, dada las patologías que presentan, siendo estas lesiones, fracturas y luxaciones, por lo que la movilidad de los mismos se ve limitada.
Es en este caso donde sobresalta la figura del celador, que va a ser el encargado de realizar movilizaciones y traslados con los pacientes a la realización de las determinadas pruebas.
Como los pacientes en traumatología presentan molestias y dolores para su colocación, el celador debe conocer a la perfección cuáles son las posiciones corporales y colocaciones adecuadas en función de las fracturas que presentes.
Los pacientes en esta área son derivados generalmente al servicio de rayos, donde se les realiza radiografías y las Tomografías computarizadas.

Entre las movilizaciones más comunes que lleva a cabo el celador de trauma con los pacientes se encuentra la posición decúbito lateral. Para ello, con la ayuda de almohadas y en colaboración del personal sanitario, se realiza la técnica de la manera más cuidadosa posible, evitando cualquier dolor al paciente encamado.
A los pacientes en esta planta también se les realiza diferentes muestras. Para ello, los celadores en traumatología también se encargan dichas muestras biológicas al laboratorio para su análisis, como es el caso de muestras de orina, de sangre, PCR, entre otras.
Los celadores en traumatología deben conocer y manejar a la perfección todo tipo de mobiliario con el que se actúa e interviene ante el paciente: silla de ruedas, cama y grúa, dado que algunos pacientes dada sus características y dolencias pueden presentar colaboración nula, donde la grúa cobra gran protagonismo.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto en el presente trabajo, se afirma la gran relevancia e importancia que presentan los celadores en el servicio de traumatología, pues el desempeño de sus funciones facilita la labor del resto de personal médico y sanitario que se encuentra involucrado en la atención al paciente.
De este modo, sin las labores de los celadores en esta planta, el desarrollo del funcionamiento interno no sería exitoso, ya que los celadores son esenciales en la movilización y traslado de pacientes, además de conocer las correctas posiciones de los enfermos atendiendo a las patologías que presentan cada uno de ellos.

6 Bibliografía

1. El celador en el servicio traumatología. Disponible en: https://revistamedica.com
2. La figura del celador en el Servicio de Traumatología. Disponible en: https://congresosicepa.com
3. Manejo de pacientes en traumatología. Disponible en: https://www.elsevier.es

Capítulo 265

TÉCNICAS REALIZADAS POR EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE

LORENA DELGADO GONZALEZ

NOELIA GARCIA MUÑOZ

ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA

1 Introducción

Un centro hospitalario ofrece una gran variedad de servicios sanitarios a la comunidad a la que atiende, entendida, comunidad, como la población que está bajo su influencia. Esta población puede ser mayor o menor, según la ciudad o la comarca que acoja, y en los servicios sanitarios ofrecidos también se encuentra el internamiento hospitalario.
El internamiento o ingreso hospitalario se produce cuando el paciente, debido a su patología o enfermedad, necesita una atención más directa y continua, un tratamiento más directo, una intervención o una prueba diagnóstica que exija unas condiciones previas de dieta absoluta, o la ingesta de algún medicamento indicado.

Estos pacientes que ingresan, la gran mayoría, presentan una movilidad reducida, por causa de la edad o la enfermedad, y necesitan de la ayuda y colaboración de todo el personal sanitario, para la realización de todos los menesteres diarios, para la higiene, para el traslado a las pruebas, para el traslado a quirófanos o para las salas de las pruebas diagnósticas.
En todas estas movilizaciones, el celador, es poseedor y conocedor de diferentes técnicas y el uso de herramientas para realizarlas sin lastimarse él ni al paciente. En este trabajo se van a describir las técnicas e instrumentos utilizados por el celador en las movilizaciones de estos pacientes.

2 Objetivos

- Conocer en qué casos el celador tiene que utilizar técnicas de movilización de pacientes.
- Describir las acciones realizadas por el celador para poner en práctica las técnicas en las movilizaciones de los pacientes.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de información exhaustiva en diferentes buscadores, como por ejemplo Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, revistas científicas, libros y capítulos científico-sanitarios, con el fin de obtener la mayor información y veracidad de los resultados expuestos en dicho trabajo.

4 Resultados

En la realización de los movimientos y cambios posturales que necesita el paciente, en cualquier circunstancia de su ingreso, el celador, juega un papel decisivo, puesto que es el encargado, siempre, bajo las indicaciones del personal sanitario, de llevarlas a cabo. Entre estas movilizaciones, las más comunes, son las referidas al levantamiento de la cama al sillón, de aquellos pacientes que tienen una movilidad reducida, producida por su enfermedad o sus condiciones físicas, entre ellas la obesidad.
Cuando el traspaso se realiza con la grúa mecánica, por presentar el paciente, obesidad mórbida, el celador, utiliza el arnés para coger al paciente, usando la

grúa como medio de traspaso, y colocando unas almohadas entre el paciente y el arnés en las partes más blandas, muslos, para no provocarle daño al levantarlo.
Cuando el traspaso se realiza sin medios mecánicos, el celador, sienta al paciente en el borde de la cama, y asiéndolo por las axilas, a la media vuelta, lo sienta en el sillón, la misma operación realiza, cuando tiene que devolverlo a la cama.
En el caso de la caída de un paciente de la cama al suelo, el celador, colocará una sábana bajera, doblada, entre la cintura y los glúteos del paciente, y con la ayuda del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, asiéndolos por los hombros y por la sabana lo levantan y lo devuelven al borde de la cama, para posteriormente, colocarlo en posición de supino.
En el caso de los celadores de pruebas especiales, en rayos, en cardiología o digestivo, para pasarlos a la camilla de reconocimiento, el celador, levanta un brazo de la silla y coloca la silla en paralelo a la camilla, introduciendo sus pies entre los pies del paciente, para asirlo por debajo de los brazos y sentarlo en la mesa.

5 Discusión-Conclusión

Son muy importantes el empleo y uso de las técnicas e instrumentos utilizados por el celador en la movilización de los pacientes que presentan una movilidad reducida, puesto que de estas dependen la salud del paciente y la del propio celador, evitando, lesiones innecesarias y la provocación de daño en el paciente.
Estas técnicas serán conocidas por todos los celadores, y desde aquí se demanda la realización de formación al respecto, las gerencias hospitalarias, deberían ofrecer a sus trabajadores la oportunidad de la realización de cursos dentro del plan de formación del centro hospitalario, teniendo en cuenta los turnos de los profesionales.

6 Bibliografía

1. El celador ante la movilización de pacientes y las diferentes posiciones anatómicas. Disponible en: https://revistamedica.com
2. La labor del celador en la movilización del paciente. Disponible en: https://revistamedica.com
3. El celador en la movilización del paciente. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com

Capítulo 266

CELADOR: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA PONER A OTROS PROFESIONALES SANITARIOS GUANTES ESTERILES.

RAUL MARTIN SANCHEZ

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

CARLOS MURO MONTERO

DIEGO MARTIN MAROTO

MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO

1 Introducción

Los guantes son una de las medidas más importantes que se utilizan en el medio sanitario para garantizar la seguridad de sus trabajadores y evitar que se produzcan infecciones.
Aunque en el mercado encontramos gran variedad de guantes en los centros sanitarios se utilizan principalmente dos tipos de guantes : estériles y no estériles.
Aunque parece que el uso de guantes en el ámbito sanitario es algo que se ha venido realizando a lo largo de toda la historia de la humanidad no es hasta el año 1980 cuando se inicia el recorrido de su utilización cuando William Stewart Halsted (médico cirujano) solicitó a una empresa de neumáticos que le fabricara unos

guantes de goma fina para su ayudante de quirófano. Y ya a finales del siglo XIX el uso de guantes es generalizado y obligatorio tanto para médicos, como para cirujanos y enfermeras (lo que contribuyó a la disminución de las infecciones en los quirófanos y por tanto reducir considerablemente la tasa de mortalidad de los pacientes) . Y en el siglo pasado (año 1958) se inventaron los primeros guantes de látex y en el año 1964 los primeros guantes médicos desechables (fabricados por Ansel).
En este capítulo vamos a explicar qué son y para qué se utilizan los guantes no estériles , que son y para qué se utilizan los guantes estériles y protocolo de actuación de como llevar a cabo la puesta de los guantes estériles, a pesar de no ser una función especifica de los celadores, pero se pueden dar casuísticas que nos obliguen a tener que ayudar a facultativos o DUES a ponérselos.

2 Objetivos

- Describir el protocolo de actuación que debe seguir el celador al que se le pide ayuda para ponerse los guantes estériles.
- Desarrollar utilidades de los guantes no estériles en el ámbito sanitario.
- Desarrollar utilidades de los guantes estériles en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:
- Bases de datos utilizadas: Se han utilizado como motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo
- Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: origen del uso de los guantes en el ámbito sanitario, guantes no estériles, utilidad de los guantes no estériles en el mundo sanitario, guantes estériles, utilización de guantes estériles en el ámbito sanitario y protocolo de actuación para ayudar a poner los guantes estériles.
- Criterios de inclusión: Fuentes bibliográficas que trataban sobre origen del usode los guantes en el ámbito sanitario guantes no estériles, utilidad de los guantes no estériles en el mundo sanitario, guantes estériles, utilización de guantes estériles en el ámbito sanitario y protocolo de actuación para ayudar a poner los guantes estériles. y artículos publicados.

4 Resultados

Pero, ¿qué son los guantes no estériles y para qué se utilizan?
Los guantes no estériles (pueden ser de látex, de vinilo o de nitrilo) en el ámbito sanitario se utilizan fundamentalmente para evitar el contacto físico con cualquier tipo de secreciones, con la piel o mucosas de pacientes, con materiales sucios o contaminados, con aparataje utilizado y sin desinfectar, con instrumentales aún no desinfectado, etc. Por tanto, en el mundo sanitario se utilizan para casi todo desde la exploración de los pacientes hasta el aseo personal de los pacientes.
Y ¿qué son los guantes estériles? ¿para qué se utilizan?
Son guantes de látex carentes de polvo y que permiten mantener la asepsia, es decir, minimizar el riesgo de infecciones u otras patologías relacionadas con virus, bacterias, etc. cuando se rompen las barreras naturales existentes en la piel.Se utilizan en cirugías, en algunas exploraciones y en la realización de algunas curas.

Protocolo a seguir para ayudar al profesional sanitario (FEA o DUE) a ponerse los guantes estériles:
- Lavarse las manos y ponerse guantes no estériles.
- Personal sanitario lavado de manos y no tocar absolutamente nada hasta que tenga puestos los guantes estériles.
- Coger envoltorio de los guantes estériles y abrirlo, depositando el paquete interno sobre una superficie previamente esterilizada, desplegar el paquete interno y coger el guante derecho en caso de que el facultativo o DUE sea diestro y si no lo es coger el guante izquierdo. Levantar con los dedos de la mano izquierda la abertura del guante(por la parte interna) y colocar el guante derecho y ya el propio facultativo o DUE coger el guante izquierdo a través de su doblez para elevar la entrada y meter la mano izquierda. A continuación, proceder a su adaptación.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores estamos siempre pendientes de la ayuda que nos puedan solicitar nuestros superiores, aunque el ayudar a ponerse los guantes estériles le corresponde a los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en algunas ocasiones nos hemos visto obligados a prestar esta ayuda sin estar preparados para ello (haciéndolo a través de las indicaciones que ellos mismos nos daban sobre la marcha) por eso creemos que es imprescindible que se nos forme en este tema, porque el no saber actuar de forma correcta a la ora de ponerlos puede suponer

al paciente y al profesional problemas de infecciones.

6 Bibliografía

https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/guantes-medico/#::text=Los%20no%20est%C3%A9riles%20de%20l%C3%A1tex,contaminados%20en%20procedimientos%20de%20riesgo.
https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/guantes-medico/#::text=Seg%C3%BAn%20su%20indicaci%C3%B3n%3A,en%20intervenciones%20quir
https://www.clinicafernandez.com/el-origen-de-los-guantes-y-mascarillas-medicas/#::text=El%20uso%20de%20guantes%20quir%C3%BArgicos,por%20los%20antis%C3%A9pticos%20que%20utilizaba.%C3%BArgicas%20y%20cateterizaciones.
https://www.stjude.org/es/cuidado-tratamiento/sabia-usted/cuidados-para-la-traqueotomia/como-ponerse-guantes-esteriles.html

Capítulo 267

RECONOCIMIENTO AL CELADOR POR SU ACTUACIÓN PARA HACER FRENTE AL CORONAVIRUS (COVID-19)

RAUL MARTIN SANCHEZ

MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO

DIEGO MARTIN MAROTO

CARLOS MURO MONTERO

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

1 Introducción

Actualmente todos conocemos que es el coronavirus (enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2 que se propaga por el aire), que la gran mayoría de la población se ha infectado alguna o varias veces desde que se inició la pandemia, que estas infecciones han supuesto distinto grado de afectación en las personas, desde los asintomáticos hasta un estado de gravedad máxima que les ha obligado a permanecer conectados a un respirador artificial y un gran número de personas que no han sido capaces de combatir los efectos de este virus llegando hasta la muerte.

Pero en sus inicios todo era totalmente desconocido y aun ahora sigue habiendo incógnitas sobre la mesa como por qué hay personas que aun estando en contacto directo e incluso conviviendo con infectados por el virus no se han infectado.

En esa situación de incertidumbre y miedo a ser infectados por el virus nosotros los celadores estábamos al pie del cañón para que estos pacientes pudieran ser atendidos en los hospitales(modificando todas las unidades asistenciales para poder a hacer frente a la hospitalización de un número bastante más superior de lo habitual), por eso en este capítulo queremos poner en conocimiento las funciones que llevamos a cargo relacionadas con esa pandemia, y que seguimos realizando actualmente con los pacientes que contraen el coronavirus(aunque en la actualidad no se considere pandémica).

2 Objetivos

Objetivo Principal:
- Desarrollar las funciones llevadas a cabo por los celadores en tiempos de pandemia (Covid-19).

Objetivos Secundarios:
- Reconocer la labor de los celadores durante la pandemia del Covid-19.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de investigación de síntesis bibliográfica hemos realizado un arduo trabajo de revisión bibliográfica en el que hemos utilizado buscadores como: Google Académico, Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo. Palabras clave: covid-19 y funciones que han desempeñado los celadores durante la pandemia del Covid-19, incluyendo todos los artículos que encontrábamos escritos sobre el tema en los que se hablara del celador en el ámbito sanitario durante los tiempos de pandemia del Covid-19.

4 Resultados

Funciones más importantes que el grupo de celadores ha llevado a cabo durante toda la pandemia del Covid-19:
- Vigilancia constante de todas y cada una de las puertas de acceso al hospital para solo permitir el acceso a las personas autorizadas.
- Vigilar y controlar que las personas que accedían al hospital lo hacían tomando las medidas de seguridad reglamentarias (lavado de manos con gel hidroalcohólico y con mascarilla correctamente puesta).

- Realizar tantos cambios de camas, como de como de material tangible, aparataje, etc. para llevar a cabo las grandes transformaciones que ha tenido que sufrir las unidades de hospitalización para poder atender las necesidades durante las múltiples olas que se han sufrido desde el inicio de la pandemia.
- Traslado de aparataje para poder realizar pruebas sin tener que cambiar de sitio a los pacientes (Por ejemplo, el aparato móvil de Rx).
- Transportar bombonas de oxígeno a todas las dependencias con pacientes positivos en Covid-19 donde se solicitaba
- Llevar las muestras tomadas para determinar si un paciente era positivo o negativo en Covid al laboratorio para su análisis.
- Trasladar pacientes positivos en Covid a otras unidades de hospitalización.
- Trasladar a pacientes positivos en Covid hasta las ambulancias para su traslado al domicilio tras el alta hospitalaria.
- Ayudar al equipo de enfermería a preparar el cadáver del paciente con Covid-19 fallecido para su traslado al mortuorio.
- Trasladar a los fallecidos positivos en Covid-19 al mortuorio.
- Aunque en un principio no se realizaban autopsias (por lo desconocido del virus y el miedo que se tenía) posteriormente se iniciaron y los celadores ayudan en la realización de autopsias (Por ejemplo, con el traspaso del cadáver a la mesa de autopsias).

Todas estas funciones han contribuido a que se pueda realizar la asistencia sanitaria según la demanda ocasionada por la pandemia y sus olas.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario recalcar la importancia del celador durante la pandemia Covid-19, pongamos un ejemplo para ello: Si un paciente que con Covid-19 hospitalizado en las unidades de Covid empeora tiene que ser trasladado de inmediato al servicio o unidad de cuidados intensivos donde debe ser conectado a un respirador, si el celador no hace ese traslado de forma inmediata puede que el paciente deje de respirar antes de llegar a su destino, si el celador no lleva las bombonas de oxígeno a los lugares que lo necesitan de forma urgente puede que el paciente no lo reciba a tiempo, si en las grandes olas los celadores no hacen el traslado de los fallecidos de forma inmediata algunas unidades se hubieran colapsado solo de la gran cantidad de fallecidos que se producían cada minuto, etc.

6 Bibliografía

1- Estatuto del personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
2- https:/wwwauxiliar-enfermeria.com
3- https:/mad.es
4- https:/wwwcbs,gob.es
5- https:/ iris,paho.org
6- Protocolos de actuación redactados con normas a seguir durante la pandemia del Covid-19 en los centros hospitalarios.

Capítulo 268

FUNDAMENTOS DE INFORMÁTICA PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS

VERONICA MARTINEZ LOPEZ

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

1 Introducción

El sistema de información se estructura mediante una variedad de componentes organizados, con el objetivo fundamental de gestionar y procesar datos e información de manera altamente eficiente, lo cual resulta en una mejora notable en la rapidez y agilidad tanto en la recuperación como en el procesamiento de la información.

Las tecnologías de la información y la comunicación engloban los procesos que permiten el acceso, almacenamiento, procesamiento, adquisición, comunicación, registro, manejo y presentación de información, ya sea en forma de datos, imágenes o voz, mediante señales electromagnéticas, ópticas o acústicas. La potenciación de los portales sanitarios y el acceso informático para el personal sanitario ha impulsado mejoras significativas en la calidad de vida tanto de los técnicos auxiliares administrativos como de los usuarios. Esto se traduce en la reducción de consultas innecesarias, la disminución del tiempo de hospitalización

y reingresos de los pacientes, culminando en una mayor eficiencia del sistema sanitario en general.
La tecnología de la información y comunicación ha transformado la manera en que los profesionales se comunican e intercambian información, generando un avance significativo en la atención médica, la gestión y la investigación. Esta evolución se traduce en una mayor calidad para los usuarios en términos de gestión, promoción, tratamiento, prevención y diagnóstico.

2 Objetivos

-Analizar y exponer cómo los técnicos auxiliares administrativos y otras categorías sanitarias utilizan el sistema de información y las tecnologías de la información y comunicación en el trabajo.

3 Metodología

Para llevar a cabo la evaluación de la búsqueda bibliográfica, se realizaron consultas en diversas bases de datos, incluyendo MEDLINE y PUBMED, entre otras. Se utilizaron términos MESH relevantes como ”administrative assistant”, ”Internet”, ”Information and communication”, y ”Technology”. Tras finalizar la búsqueda, se procedió a la selección de revisiones y ensayos clínicos recientes, con el objetivo de obtener información actualizada y relevante.

4 Resultados

Un estudio llevado a cabo por Regaira, E et al (2021), revela el uso de dispositivos tecnológicos por parte de profesionales en relación con Internet, con un 86% utilizando teléfonos móviles, un 64% utilizando ordenadores y un 48% empleando tabletas. Sin embargo, solo un 37% de los profesionales afirmaron tener habilidades avanzadas en tecnología, como el formateo o la instalación de programas, mientras que un 61% se limita a navegar por Internet. Durante su jornada laboral, el 95% de los profesionales de la salud admitieron hacer uso de herramientas digitales, con un 93% utilizando el correo corporativo y un 94% accediendo a la intranet. Los beneficios más destacados de las tecnologías de la información y comunicación incluyen la facilidad de acceso (83%), la mayor conexión con compañeros hospitalarios (80%) y la mejora de las relaciones interpersonales (72%). A pesar de estos aspectos positivos, el 43% admitió enfrentar alguna dificultad

en la utilización, el 36% recurrió a otras fuentes de información y el 7,1% expresó desconfianza hacia Internet. Dentro de la intranet, se destacaron áreas como información general, objetivos, protocolos, foros y el buzón de consulta, siendo las más utilizadas.

Diversos estudios han corroborado cómo la informática ha impactado positivamente en los técnicos auxiliares administrativos y en el ámbito sanitario en general, mejorando la gestión de pacientes y la atención médica en su conjunto. La digitalización de historias clínicas realizada por los auxiliares administrativos ha aumentado la accesibilidad de estos registros para los profesionales médicos. Un ejemplo de esto es un estudio realizado por investigadores del Centro Médico de la Universidad de Rochester (2022), que destaca cómo la telemedicina ha permitido a los médicos llegar a pacientes que residen en zonas remotas, brindándoles servicios en el ámbito de la salud mental. Este estudio evidencia la marcada eficacia de la telemedicina como una herramienta innovadora en la prestación de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, es importante resaltar que los profesionales sanitarios, especialmente aquellos de mayor edad, presentaban un menor uso de las tecnologías de la información y comunicación, en gran medida debido a la falta de conocimiento en su manejo. Esta situación sugiere la necesidad de implementar programas de formación dirigidos por expertos en el campo, con el propósito de capacitar al personal sanitario en el uso de estas herramientas. El enfoque inicial debería consistir en proporcionar nociones básicas para garantizar la adaptación de todos, seguido de una progresión hacia niveles más avanzados para aquellos que ya posean ciertas habilidades. De esta manera, se logrará contar con técnicos auxiliares administrativos más competentes, capaces de abordar cuestiones de mayor complejidad y contribuir de manera más eficaz al entorno sanitario

6 Bibliografía

1. Europa Press. (2022). Nuevos estudios muestran que la telemedicina es efectiva y no reduce el acceso a la atención. https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-nuevos-estudios-muestran-telemedicina-efectiva-no-reduce-acceso-atencion-20220926172930.html

2. López, P. A. (2010). Seguridad informática. Editex.

3. Regaira Martínez, E., & Vázquez Calatayud, M. (2020). Uso de las tecnologías de la información y la comunicación en enfermería. Index de enfermería, 29(4), 220–224. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300007

Capítulo 269

EL BURNOUT EN LOS PROFESIONALES AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

VERONICA MARTINEZ LOPEZ

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS

1 Introducción

El agotamiento laboral, conocido como ”burnout”, se refiere al estado de agotamiento experimentado en el ámbito profesional. Este fenómeno se manifiesta particularmente en los profesionales de la salud, quienes, debido a su interacción directa con pacientes y la propia relación que mantienen con sus propios compañeros, enfrentan desafíos que impactan negativamente en su calidad de vida. Turnos rotativos y alta presión contribuyen al desarrollo de este síndrome.
Las personas que padecen burnout experimentan síntomas como dolor físico frecuente, falta de energía, sentimientos de fracaso, frustración e irritabilidad, lo que resulta en un sentimiento de aislamiento. Esta condición puede afectar la relación de los profesionales sanitarios tanto con sus pacientes como con sus colegas de profesión, influyendo negativamente en sus jornadas laborales. Cargas excesivas de trabajo, presiones por parte de los superiores y falta de reconocimiento son

factores clave en el desarrollo del síndrome, que a su vez impacta negativamente en el desempeño laboral y la productividad.
Para prevenir el burnout, es esencial tomar medidas ante los síntomas mencionados. Respetar los períodos de descanso, establecer límites en situaciones de exceso de trabajo y desconectar del entorno laboral resultan fundamentales. Una comunicación efectiva y relaciones saludables entre compañeros también desempeñan un papel crucial en la prevención del síndrome.

2 Objetivos

Analizar las consecuencias e incidencia del síndrome burnout en los técnicos auxiliares administrativos y en el resto de profesionales sanitarios.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica en bases de datos relevantes, incluyendo MEDLINE y PUBMED. Se emplearon términos clave MESH como ”administrative assistant”, ”Burnout syndrome”, ”Employee Health Care” y ”Hospitals”. Se incluyeron ensayos clínicos y revisiones publicados en los últimos 10 años.

4 Resultados

Un estudio realizado en el Área Sanitaria de Ceuta, abordando una muestra compuesta por 200 trabajadores con una edad promedio de 42,3 años, arrojó reveladoras estadísticas sobre el estado de los profesionales de la salud en términos de agotamiento emocional, logro personal y despersonalización afectiva. Según los resultados obtenidos, el 26,4% de los profesionales sanitarios experimentaban agotamiento emocional, mientras que el 71,5% mostraba una baja satisfacción en términos de logros personales. Por otro lado, un 34,2% presentaba signos de despersonalización afectiva, indicando una desconexión emocional hacia sus actividades laborales. En el análisis de las categorías con mayor desgaste profesional, se destaca que los enfermeros representan un 31,6%, seguidos por los auxiliares administrativos con un 22,8%, y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con un 15,5%. Específicamente, los auxiliares administrativos manifestaron una media de agotamiento personal de 19,5, despersonalización afectiva con un promedio de 7,7 y un logro profesional con una media de 20,3.

Por otra parte, un estudio llevado a cabo por García-Campayo et al. (2016) resalta la relevancia del estrés como la segunda causa más frecuente de baja laboral en Europa, estableciendo una estrecha relación con el síndrome de burnout. Se evidenció que entre un 4% y un 30,5% de los profesionales que padecen síndrome de burnout también sufren estrés laboral. Además, se constató que un preocupante 14,9% de los profesionales sanitarios en la Unión Europea experimentan burnout. El estudio identifica tres enfoques preventivos frente a situaciones estresantes: intervención primaria, destinada a reducir las causas del estrés a través de actividades de promoción de la salud mental; intervención secundaria, que se enfoca en la concienciación y el manejo del estrés; e intervención terciaria, orientada hacia la rehabilitación de quienes han experimentado estrés laboral. Es importante resaltar cómo un entorno laboral propicio, donde los trabajadores se sienten cómodos e integrados, contribuye a una mayor productividad y consecución de objetivos, mientras que un ambiente negativo conlleva un aumento del absentismo laboral.

5 Discusión-Conclusión

Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias de prevención y gestión del burnout para preservar el bienestar de los profesionales de la salud y optimizar su desempeño.

El burnout o agotamiento laboral se ha convertido en un desafío cada vez más relevante para los profesionales sanitarios a nivel global, impactando tanto en su bienestar personal como en la productividad del Sistema Sanitario. La prevención del burnout es esencial y puede lograrse mediante estrategias que promuevan el bienestar personal, el desarrollo profesional y el equilibrio entre la vida laboral y familiar.

La implementación de programas de bienestar social, la creación de un entorno que valore el trabajo y la capacitación en el manejo del estrés son acciones cruciales para mitigar y manejar el burnout en el ámbito de la salud.

6 Bibliografía

1. Domínguez Fernández, J. M., Herrera Clavero, F., Villaverde Gutiérrez, M. D. C., Padilla Segura, I., Martínez Bagur, M. L., & Domínguez Fernández, J. (2012). Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. Atencion primaria, 44(1), 30–35. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.01.004

2. Medina Gamero, A. R., Regalado Chamorro, M. E., Porras Molina, J. M., & Rosario Pacahuala, E. A. (2021). Burnout in health professionals: Is it an existing problem? Atencion primaria, 53(7), 102079. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102079

Capítulo 270

EL PAPEL DEL TÉCNICO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

VERONICA MARTINEZ LOPEZ

MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

1 Introducción

La evaluación de la calidad en la Atención Primaria por parte de los usuarios se ha vuelto una práctica cada vez más común promovida por las Administraciones Públicas. Este enfoque se fundamenta en tres razones que respaldan el interés en conocer la opinión de los usuarios acerca de su satisfacción con la Atención Primaria: En primer lugar, las administraciones buscan fomentar la participación activa de los pacientes en el sistema de salud. En segundo lugar, se considera que la valoración de los pacientes que reciben la Atención Primaria constituye la manera más efectiva de evaluar su calidad. Finalmente, es crucial destacar que un paciente satisfecho con la atención que recibe tendrá una mayor disposición a seguir las indicaciones médicas, lo que consecuentemente redundará en una mejora de su salud.

La participación de los usuarios en encuestas sobre el sistema de salud y su satisfacción general proporciona información valiosa para implementar mejoras y

garantizar una atención de calidad. Este enfoque no solo aumentará la satisfacción de los pacientes, sino que también contribuirá a elevar tanto el nivel de salud pública como la calidad de los servicios sanitarios.
La capacitación continua de los profesionales de la salud constituye la vía esencial para su desarrollo profesional. Este enfoque asegura la formación de profesionales competentes que pueden adaptarse a las nuevas tecnologías gracias a su sólido conocimiento. Tal formación se erige como un pilar fundamental para lograr una atención de calidad óptima.

2 Objetivos

Aportar información sobre el nivel de satisfacción de los pacientes respecto a la atención brindada por el personal sanitario y los auxiliares administrativos en el ámbito de la Atención Primaria.

3 Metodología

Para la valoración de la búsqueda bibliográfica, se llevó a cabo una exhaustiva exploración de bases de datos que incluyó MEDLINE y PUBMED, entre otras fuentes relevantes. Se emplearon términos MESH clave, tales como ”administrative assistant”, ”satisfaction”, ”primary care”, ”organization” y ”dimensions”. Tras completar la búsqueda, se procedió a la inclusión de ensayos clínicos y revisiones actuales que abordaran el tema de estudio.

4 Resultados

Según un estudio sobre la invisibilidad del personal que trabaja en la atención primaria, apenas el 40% de los usuarios se sienten satisfechos con diversos aspectos que engloban los actos médicos, la infraestructura, la organización y los profesionales de la salud. Dentro de estos parámetros, el 35,2% de los usuarios encuentra su satisfacción en la dimensión de actos médicos, mientras que un 34,9% valora positivamente la organización. Otros profesionales de la salud, por su parte, han sido considerados satisfactorios por un 17,5%, y finalmente, la infraestructura ha sido percibida como satisfactoria por un 12,5%. Esto refleja cómo cualquier fallo médico u organizativo puede generar insatisfacción entre los usuarios.
En términos de categorías, los médicos de atención primaria y los pediatras son los más influyentes en la percepción de satisfacción, con un 51,4% de casos anal-

izados. Les siguen los técnicos auxiliares administrativos, con un 31,2% de usuarios atentos a su desempeño, y los enfermeros, con un 14,9%. Por último, los celadores reciben atención en un 2,4% de los casos. En un enfoque general, los enfermeros reciben la valoración más alta, con un 94,2% de satisfacción por parte de los usuarios, mientras que los técnicos auxiliares administrativos obtienen la puntuación más baja, con un 82,3% de satisfacción por parte de los pacientes.
Otro estudio aborda la satisfacción de los usuarios desde tres perspectivas en la atención primaria: el acto médico, la organización y la infraestructura. Sorprendentemente, la dimensión más relevante para los usuarios, incluso por encima del acto médico, resulta ser la organización liderada por los técnicos auxiliares administrativos, con un 51,6%. El acto médico, por su parte, obtiene un 35,2% de atención, dejando la satisfacción con la infraestructura en un 11%.

5 Discusión-Conclusión

Es importante resaltar el papel fundamental desempeñado por los técnicos auxiliares administrativos, ya que, según los usuarios, ejercen una influencia de gran relevancia en la determinación de la satisfacción del usuario. De manera sorprendente, su nivel de valoración se acerca considerablemente al otorgado a los profesionales médicos. Es importante tener en cuenta que un cambio en la satisfacción del usuario en la dimensión organizativa, llevada a cabo por los auxiliares administrativos, puede incidir directamente en la satisfacción global que los pacientes experimentan en relación con la Atención Primaria. Esta evaluación engloba tanto el acto médico como a los demás profesionales del ámbito sanitario, así como a la infraestructura.
En este contexto, resulta esencial priorizar la formación continua de los técnicos auxiliares administrativos a través de cursos específicos. Su desempeño se convierte en un pilar crucial para garantizar la calidad de la Atención Primaria.

6 Bibliografía

1. Garrido Elustondo, S., García Vallejo, R., & Nogales Aguado, P. (2002). Formación continuada en atención primaria: necesidades formativas de sus profesionales. Atencion primaria, 30(6), 368–373. https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)79049-5
2. Serrano, R. (s/f). Salud Pública de México. Redalyc.org., de https://www.redalyc.org/pdf/106/10650209.pdf

Capítulo 271

PERSONAL NO SANITARIO: MECANICO. EL OXICORTE

JOAQUIN GUIJA MATÍAS

1 Introducción

La técnica de corte oxicorte es una técnica auxiliar de principios del siglo XX (desarrollada desde1903) que se continua utilizando hoy día en innumerables aplicaciones industriales.
Se usa para preparar los bordes de las piezas a soldar cuando son de espesor considerable y para realizar corte de tuberías, barras de acero al carbono y otros elementos ferrosos en reparaciones, teniendo buena aplicación en aceros al carbono y aceros de baja aleación.
Con más de 100 años de experiencia en el manejo de gases de alta presión, la gama de productos ha crecido siguiendo las crecientes aplicaciones dadas a los gases.
La cartera de productos de hoy, abarca una gran variedad de aplicaciones, desde los reguladores de cilindro sencillo y sopletes de soldadura y corte hasta sistemas sofisticados de suministro de gas, para aplicaciones medicinales o la industria electrónica.
La evolución nos ofrece otras técnicas de corte de materiales con más precisión, aplicando menos temperatura y abarcando a materiales férricos y no férricos, como por ejemplo la utilización del Plasma.
El oxicorte es un proceso de corte que combina calor y oxígeno para cortar los materiales. La pieza se calienta en primer lugar y después es cortada por una corriente de oxígeno. Se utiliza antes de realizar la soldadura de piezas de cierto espesor. Existen máquinas de oxicortes CNC, muy versátiles y con capacidad

para cortar una gran variedad de tamaños. Estas están pensadas sobre todo para grandes líneas de producción. También las hay para pequeños talleres y carpinterías metálicas.

2 Objetivos

Conocer como mecánico que trabaja en sanidad algunas técnicas esenciales para el desarrollo de nuestro trabajo, como por ejemplo la técnica del oxicorte.

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

Está compuesto por tanques o cilindros con los gases comprimidos a muy alta presión y muy inflamables. Este material requiere de la Norma del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en el transporte y su almacenaje. Este equipo también contiene sus manorreductores y válvulas antirretroceso, dejando que los gases fluyan en un solo sentido, y como no las respectivas mangueras para conducir los gases. A partir de ahí se puede dividir en dos equipos:
- Manual: muy similar al equipo de soldadura oxiacetilénica. La boquilla del soplete cortador tiene una disposición especial de tal forma que permite canalizar el oxígeno por un lado y la mezcla por el otro.
- Automático: donde hay una mesa de trabajo donde colocar la plancha de acero y un pórtico de donde pende la boquilla que puede desplazarse a lo largo de ella.

El oxicorte consta de dos etapas: en la primera, el acero se calienta a alta temperatura (900 ℃) con la llama producida por el oxígeno y un gas combustible; en la segunda, una corriente de oxígeno corta el metal y elimina los óxidos de hierro producidos.
En este proceso se utiliza un gas combustible cualquiera (acetileno, hidrógeno, propano, hulla, tetreno o crileno), cuyo efecto es producir una llama para calentar

el material, mientras que como gas comburente siempre ha de utilizarse oxígeno a fin de causar la oxidación necesaria para el proceso de corte.
Bien sea en una única cabeza o por separado, todo soplete cortador requiere de dos conductos: uno por el que circule el gas de la llama calefactora (acetileno u otro) y uno para el corte (oxígeno). El soplete de oxicorte calienta el acero con su llama carburante, y a la apertura de la válvula de oxígeno provoca una reacción con el hierro de la zona afectada que lo transforma en óxido férrico (Fe2O3), que se derrite en forma de chispas al ser su temperatura de fusión inferior a la del acero.
Además de las dos botellas móviles que contienen el combustible y el comburente, los elementos principales que intervienen en el proceso de oxicorte son los manorreductores, el soplete, las válvulas antirretroceso y las mangueras.
El equipo obligatorio de protección individual que se debe usar para esta técnica, se compone de:
• Polainas de cuero
• Calzado de seguridad
• Yelmo de soldador (Casco y careta de protección)
• Pantalla de protección de sustentación manual
• Guantes de cuero de manga larga
• Manguitos de cuero
• Mandil de cuero
• Casco de seguridad, cuando el trabajo así lo requiera
• Mascarillas, aconsejables las de carbono activo.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto una técnica de corte, un proceso auxiliar de soldadura que permite realizar el corte de piezas metálicas a través de la combustión de oxígeno administrado a chorro de forma local en los puntos de corte.
No se puede aplicar a todos los metales, es más efectivo en los aceros de baja aleación o aceros de carbono. El aluminio por el contrario no se puede procesar mediante el oxicorte.
Lo que hace posible que se pueda realizar la técnica del oxicorte se basa en que los óxidos del acero fundan a una temperatura inferior a la del metal base.

6 Bibliografía

1. https://es.airliquide.com/soluciones/corte-industrial/el-proceso-de-oxicorte.

2. https://www.gestiondecompras.com/es/productos/conformado-de-chapa/oxicorte/.
3. https://pascualcarbo.com/que-es-el-oxicorte-y-para-que-se-utiliza/.
4. https://www.grupohierrosalfonso.com/te-contamos-que-es-el-oxicorte.html.
5. https://aprendecienciaytecnologia.com/2018/02/21/que-es-el-oxicorte-y-para-que-se-utiliza/amp/.

Capítulo 272

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ VELASCO

GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO

NURIA SÁNCHEZ TORREJON

MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ

JOSEFINA SANTOS ALONSO

1 Introducción

Los pacientes con necesidades especiales son aquellas personas que requieren una atención de salud adaptada y personalizada debido a sus condiciones físicas, mentales, cognitivas, sensoriales o médicas. Estos presentan condiciones médico-psíquicas de desarrollo cognitivo que suponen una limitación en su capacidad para desarrollar cualquier acción básica de su vida cotidiana. Estas necesidades especiales pueden abarcar una amplia gama de situaciones, como discapacidades físicas o intelectuales, trastornos del desarrollo, enfermedades crónicas, condiciones médicas complejas, entre otras.

Atender a pacientes con necesidades especiales implica comprender y abordar sus requerimientos individuales para garantizar su bienestar y comodidad durante su atención médica. Esto incluye proporcionar una comunicación efectiva,

crear entornos accesibles, respetar la privacidad y dignidad, y adaptar los procedimientos médicos según sea necesario.
Las características importantes en la atención a pacientes con necesidades especiales incluyen:
- Empatía.
- Comunicación adaptada.
- Flexibilidad.
- Respeto por la autonomía.
- Coordinación interdisciplinaria.
- Formación y sensibilización.
- Entorno acogedor.

La atención dada a pacientes con necesidades especiales requiere un enfoque individualizado y holístico, que considere tanto sus condiciones médicas como sus necesidades emocionales y psicológicas. Los profesionales de la salud, incluidos los auxiliares administrativos que son los profesionales en los que nos vamos a centrar en el trabajo, desempeñan un papel esencial en la creación de un entorno de atención compasivo y respetuoso.

2 Objetivos

• Describir qué son los pacientes con necesidades especiales.
• Conocer las funciones que desempeña el auxiliar administrativo en la atención a pacientes con necesidades especiales.

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 atención a pacientes con necesidades especiales y las funciones que tiene el auxiliar administrativo dentro de esta atención.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel importante en la atención a pacientes con necesidades especiales en el ámbito de la salud. Aunque su función principal se centra en tareas administrativas, su labor contribuye directamente a garantizar que estos pacientes reciban un cuidado integral y adaptado a sus requerimientos individuales.

A continuación, se detallan algunas de las responsabilidades y consideraciones claves del auxiliar administrativo en la atención a pacientes con necesidades especiales:

- El auxiliar administrativo debe ser capaz de comunicarse de manera sensible y respetuosa con los pacientes y sus familias que están sufriendo en este caso tan duro. Esto implica escuchar atentamente, utilizar un lenguaje claro y adaptar su comunicación según las necesidades del paciente, como utilizar pictogramas o brindar información de manera visual.
- Es crucial que el auxiliar administrativo comprenda la importancia de la confidencialidad en la atención médica. Los pacientes con necesidades especiales pueden ser especialmente vulnerables, por lo que mantener la privacidad y el respeto por sus derechos es esencial.
- Debe ser responsable de la gestión y organización de los registros médicos y documentación relacionada con pacientes con necesidades especiales. Garantizar que estos registros estén completos, actualizados y correctamente archivados es fundamental para un cuidado coherente y seguro.
- Puede colaborar en la programación de citas y procedimientos médicos, teniendo en cuenta las necesidades específicas de los pacientes. Esto podría incluir ajustes en el tiempo de espera, acceso a instalaciones adecuadas y coordinación con otros servicios de salud.
- Las familias de pacientes con necesidades especiales pueden requerir un apoyo adicional en términos de información y orientación, incluso apoyo emocional. El auxiliar administrativo puede proporcionar información sobre los procedimientos administrativos, el acceso a recursos y otros aspectos relevantes.
- Mantenerse informado sobre las distintas necesidades especiales y las mejores prácticas para la atención a estos pacientes es esencial. Participar en programas de formación y sensibilización puede ayudar al auxiliar administrativo a comprender y abordar de manera efectiva las necesidades únicas de cada paciente.
- Colaborar en la creación de un entorno accesible y amigable para los pacientes con necesidades especiales. Esto puede incluir proporcionar información en formatos alternativos, asegurar la accesibilidad física y brindar asistencia en la ori-

entación dentro de las instalaciones.

5 Discusión-Conclusión

La atención a pacientes con necesidades especiales requiere un enfoque individualizado y holístico, que considere tanto sus condiciones médicas como sus necesidades emocionales y psicológicas.
Con el objetivo de brindar una atención precisa y de alta calidad a los pacientes con discapacidad, es fundamental ajustar nuestra interacción según las particularidades de cada individuo. En este sentido, la empatía y la cercanía son cualidades esenciales que deben ir acompañadas de un enfoque amigable y sencillo para conseguir la mayor comodidad del paciente con necesidades especiales.
De manera especial, es crucial atender a las necesidades específicas de cada persona, teniendo en cuenta su discapacidad particular, con el fin de ofrecerles la atención óptima que se encuentra en el ámbito de competencia de un auxiliar administrativo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 273

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE ARCHIVO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ VELASCO

JOSEFINA SANTOS ALONSO

NURIA SÁNCHEZ TORREJON

MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ

GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO

1 Introducción

La unidad de archivo en el ámbito hospitalario se encarga de recolectar, almacenar y mantener los registros médicos y documentos relacionados con la atención de los pacientes, garantizando su disponibilidad y accesibilidad cuando sea necesario. El archivo hospitalario es responsable de clasificar, indexar y archivar los documentos de manera ordenada y segura, siguiendo normativas y regulaciones establecidas para la confidencialidad y protección de la información sensible de los pacientes.

La unidad de archivo en el ámbito hospitalario juega un papel esencial en la administración y calidad de la atención médica, ya que un archivo bien gestionado garantiza la continuidad de la atención y la toma de decisiones clínicas informadas.

Las funciones del auxiliar administrativo en la unidad de archivo incluyen la recepción y registro de documentos, la creación y mantenimiento de expedientes médicos, la colaboración con otros departamentos para asegurar la integridad de los registros y la preparación de documentos para auditorías y revisiones.
En cualquier centro hospitalario se asignará un espacio específico para albergar y conservar el archivo clínico de los pacientes, aquí se guardarán las historias clínicas de los pacientes. Es de vital importancia que esta documentación se mantenga de manera adecuada, organizada y en todo momento cumpliendo con la normativa vigente en relación con el tiempo de conservación, custodia y organización de los registros médicos.

2 Objetivos

• Describir qué es la unidad de archivo en el ámbito hospitalario.
• Conocer la importancia de la unidad de archivo en un centro hospitalario.
• Explicar las funciones específicas que tiene el auxiliar administrativo en la unidad de archivo.

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 unidad de archivo en el ámbito hospitalario de cualquier centro y concretando en las funciones del auxiliar administrativo en esta unidad.

4 Resultados

El expediente clínico es un documento de carácter legal y altamente confidencial que almacena integralmente la información relevante sobre un paciente, abarcando desde pruebas hasta diagnósticos, pronósticos y tratamientos. Este conjunto de datos es esencial para brindar una atención médica de calidad. Dado su carácter legal y confidencial, es imperativo que se sigan normativas precisas en lo que respecta a su conservación y resguardo.

La institución de salud correspondiente, ya sea en el ámbito de atención primaria o especializada, asume la responsabilidad de mantener en condiciones óptimas y adecuadamente organizadas todas las historias clínicas de los pacientes. Asimismo, debe tener un control preciso de la ubicación de cada expediente en todo momento, respetando rigurosamente los principios de confidencialidad y seguridad establecidos por la normativa vigente.

El auxiliar administrativo en la unidad de archivo desempeña un rol de vital importancia en el ámbito hospitalario, siendo responsable de diversas tareas fundamentales para el correcto funcionamiento del sistema de registros médicos en el centro hospitalario. Entre sus funciones se encuentran la organización, coordinación y clasificación de las historias clínicas de los pacientes, el mantenimiento y actualización de los registros, así como la atención a las solicitudes de información médica por parte de profesionales de la salud autorizados y otros departamentos.

Además, el auxiliar administrativo es esencial en la digitalización de los archivos médicos, asegurando la correcta digitalización y conservación de los documentos para facilitar su acceso y consulta. También colabora en la eliminación adecuada de documentos que han cumplido su período de retención dentro de la unidad de archivo del centro.

La labor del auxiliar administrativo en la unidad de archivo contribuye significativamente a la gestión eficiente y precisa de la información médica, lo que a su vez influye en la calidad de la atención al paciente y en el cumplimiento de las normativas de conservación y privacidad de datos.

5 Discusión-Conclusión

Los archivos de historias clínicas en las instituciones de salud desempeñan un papel de crucial importancia al gestionar y salvaguardar la documentación generada por los diversos procesos asistenciales que tienen lugar en el ámbito hospitalario. Estos archivos son fundamentales para brindar atención médica de alta calidad, al permitir el acceso eficiente a la información necesaria.

En esta unidad, los auxiliares administrativos desempeñan una amplia gama de funciones vinculadas a la documentación clínica cuyas labores pueden incluir el manejo de archivos, la digitalización de pruebas médicas, la ubicación y préstamo de expedientes. Cabe mencionar que estas tareas deben ser abordadas con especial cautela, dado que involucran información médica protegida por las leyes de privacidad y protección de datos. El personal de la unidad de archivo debe estar capacitado en la utilización de sistemas informáticos y programas de gestión

de registros médicos electrónicos, lo que facilita la búsqueda y recuperación eficiente de información cuando se requiere.
En última instancia, es fundamental destacar la importancia vital de las funciones realizadas por los auxiliares administrativos en esta área. Su profesionalismo y destreza son esenciales para el adecuado funcionamiento de este servicio tan crítico en el ámbito hospitalario.

6 Bibliografía

1. https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1492&sectionid=98857086
2. https://www.chospab.es/paciente/admisionDocumentacion/admisionDocumentacion.htm
3. http://www.conganat.org/SEIS/informes/2004/PDF/CAPITULO3.pdf

Capítulo 274

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CÓMO ES LA GESTIÓN DE LAS TARJETAS SANITARIAS DE LOS PACIENTES

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ VELASCO

MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ

GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO

JOSEFINA SANTOS ALONSO

NURIA SÁNCHEZ TORREJON

1 Introducción

La gestión de tarjetas sanitarias es una tarea fundamental en el ámbito de la atención médica y la administración de salud. Las tarjetas sanitarias son documentos esenciales que contienen información personal y médica de los pacientes, lo que permite un acceso rápido y seguro a los servicios sanitarios de cualquier centro hospitalario o de centro de salud. El proceso de gestión de tarjetas sanitarias implica diversas actividades y responsabilidades que garantizan la correcta identificación y atención de los pacientes en caso de ser atendidos en un centro hospitalario.

Al registrar y actualizar los datos de los pacientes en la tarjeta sanitaria, se puede garantizar y confirmar que los pacientes reciban la atención médica adecuada y

en el momento necesario que se le indica. Además, permite coordinar la atención médica de los pacientes dentro de un centro hospitalario donde siempre suele haber diversos casos específicos y es de ayuda para coordinarlo todo. Se pueden compartir datos importante entre los diferentes profesionales sanitarios, ya que se tienen registros médicos actualizados de cada paciente, garantizando de esta forma que el tratamiento recibido sea el adecuado para cada caso, gestionando así la manera eficiente de recursos de atención médica, evitando retrasos y reduciendo los costos innecesarios que puedan surgir.
Esta gestión es importante para la prevención y el control de enfermedades. Al mantener registros precisos de los datos de los pacientes, se pueden identificar y monitorear las enfermedades y los riesgos de salud, lo que permite una atención médica preventiva y un control eficaz de enfermedades contagiosas. Uno de los encargados de esta gestión es el auxiliar administrativo que juega un rol crucial en este proceso al garantizar la precisión, seguridad y confidencialidad de la información.

2 Objetivos

• Describir cómo es la gestión de las tarjetas sanitarias y para qué sirven.
• Conocer las funciones de un auxiliar administrativo en la gestión de las tarjetas sanitarias de los pacientes de un centro hospitalario.

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 tarjeta sanitaria de los pacientes, cómo es su gestión y las funciones que desempeña el auxiliar administrativo en esta tarea.

4 Resultados

La tarjeta sanitaria es un documento que identifica a una persona que asiste a un centro hospitalario y que contiene información relevante sobre su historial

médico y sus accesos anteriores a los servicios de atención médica. El auxiliar administrativo desempeña un papel clave en la gestión de tarjetas sanitarias. Entre sus funciones se encuentra la emisión y actualización de estas tarjetas, asegurando que los datos personales y médicos estén precisos y actualizados. Además, el auxiliar administrativo puede ser responsable de registrar cambios en la información, como direcciones o datos de contacto, y de gestionar la asignación de números de identificación únicos para cada paciente.
El auxiliar administrativo debe estar preparado para abordar las preguntas y preocupaciones de los pacientes relacionadas con sus tarjetas sanitarias. Asimismo, es bastante frecuenta que deba proporcionar información general sobre el funcionamiento del sistema de atención médica y sobre cualquier cuestión acerca del procedimiento para su tratamiento o servicio requerido para el paciente.
Sumado a esto, el auxiliar administrativo tiene la responsabilidad de mantener y gestionar los registros médicos de los diferentes pacientes que van a diario a cualquier centro hospitalario. Esto implica la administración de archivos, la organización de documentos y la generación de informes y estadísticas. Otra responsabilidad importante es mantener la confidencialidad y seguridad de la información contenida en las tarjetas sanitarias.
Además, colabora estrechamente con otros profesionales de la sanidad y asegura de manera completa que los pacientes reciban la atención necesaria y de la mejor manera posible. Esto podría involucrar la comunicación con médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios del centro hospitalario que necesiten o deseen obtener detalles sobre el tratamiento y la atención dispensados a cada uno de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Se podría resumir el trabajo con que la gestión de tarjetas sanitarias es un aspecto esencial de la administración de salud, y el auxiliar administrativo juega un rol crucial e importantísimo en este proceso al garantizar la precisión, seguridad y confidencialidad de la información, contribuyendo así a una atención médica eficiente y de calidad.
Además, la tarea del auxiliar administrativo implica el manejo adecuado de los registros, su almacenamiento seguro y la protección contra el acceso no autorizado. En situaciones en las que los pacientes necesiten acceder a sus propias tarjetas o solicitar copias, el auxiliar administrativo también puede brindar asistencia.

6 Bibliografía

1. Guía de Aseguramiento y Trámites en Tarjeta Sanitaria Individual. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. 2011.
2. Resolución de 13 de diciembre de 2019, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el Concierto suscrito con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma durante los años 2020 y 2021. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-18490.

Capítulo 275

LO QUE EL PINCHE DE COCINA DEBE SABER DEL ENVASADO DE LOS ALIMENTOS

ANTONIO SARRION TOLOSA

JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ

PILAR SANCHEZ MONTERO

MARIA HERAS JIMENEZ

PABLO CAMPOS PLIEGO

1 Introducción

Ayudar a salvaguardar y preservar los alimentos de la contaminación externa es uno de los principales propósitos del envasado de alimentos. Implica prevenir el deterioro, prolongar la vida útil de los productos y ayudar a mantener la calidad y la seguridad de los alimentos envasados. Los alimentos están protegidos por el empaque de una variedad de factores ambientales potenciales, incluidos el oxígeno, los olores artificiales, el calor, la suciedad, la luz, los microorganismos, la humedad, los insectos, la presión y otros. Existen muchos métodos de envasado diferentes, entre ellos: - Envasado en atmósfera modificada. - Envasado al vacío que consiste en retirar el oxígeno del envase.
Embalaje convencional, en el embalaje se utilizan bastantes envases diferentes, según la forma y el material, como cajas o tarros, botellas, cartón, materiales

como plástico o aluminio, etc. Cuando estos materiales u objetos se comercializan pero aún no han llegado contacto con alimentos, deben estar marcados con las palabras ”para contacto con alimentos” o una descripción clara de su uso previsto, como una cafetera, una botella de vino o una cuchara sopera o el símbolo más típico, que es la copa y el tenedor.Por ello el pinche debe de saber y tener conciencia que el género envasado produce mucho cartón y plástico por ello se debe de evitar lo máximo posible.

2 Objetivos

Conocer qué funciones y cómo actuar en un centro hospitalario los pinches de cocina, cuando nos encontramos alimentos envasados o como envasarlos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos de internet , así como en buscadores como Google con palabras clave ,envasado de los alimentos en una cocina hospitalaria, congelación y como tratarlos.

4 Resultados

La protección de los productos alimenticios frente a contaminantes externos es el principal objetivo del envasado de alimentos. Mediante el uso de estas técnicas de conservación, esperamos mantener los alimentos en un cierto nivel, reduciendo el daño potencial y extendiendo su vida útil tanto como podamos. Los materiales que descubrimos que entran en contacto con los alimentos requieren la autorización de las autoridades nacionales pertinentes. Se emplearán diferentes materiales, dependiendo de tu objetivo o de los alimentos que envasemos. Dependiendo del uso al que se destine el envase, las propiedades de ciertos materiales serán más adecuadas que las de otros para llevar a cabo una determinada función. Entre estos materiales, existen dos categorías principales:
Materiales y objetos inteligentes: estos materiales y objetos que regulan el medio ambiente o el estado de los alimentos envasados: - Madera. Cartón y papel. - Artículos hechos de tela. - Pegamento. - Tinta de impresión. - Ceras. - Vaso. – Artículos de cerámica. - Acabados y revestimientos. - Los metales y sus alea-

ciones. - Resinas utilizadas en el intercambio iónico. - Celulosa que ha sido renovada. Materiales fabricados en plástico. - Corcho. Las siliconas - Goma.
Estos materiales y objetos están diseñados para incluir aquellos componentes que transmiten sustancias a los alimentos envasados o su entorno o que absorben sustancias de los alimentos envasados o su entorno. Los materiales y objetos activos e inteligentes están destinados a aumentar el tiempo de conservación, o ayudar a mantener o mejorar el estado de los alimentos envasados. Estos materiales se producirán de acuerdo con las buenas prácticas de fabricación, asegurando que los componentes nunca migren a los alimentos en altas cantidades que puedan ser peligrosas.. Dependiendo del diseño del contenedor, ciertos materiales son más adecuados para trabajos específicos que otros. Entre estas herramientas, hay distintas y diferentes categorías.

5 Discusión-Conclusión

A la hora de fabricarlo hay que seguir una normativa que se regula en un reglamento y que siempre asegura la trazabilidad de los envases alimentarios. En el envasado de alimentos intervienen tanto los empleados no sanitarios que desarrollan sus funciones en un hospital como los ayudantes de cocina. La mayoría de los alimentos se comercializan envasados, y este tipo de envasado ayuda tanto a su protección como a facilitar su conservación. Dado que ayudará o retrasará los problemas causados por algún tipo de reacción bioquímica o microbiana, el empaque debe realizarse correctamente. Los alimentos se protegerán de las influencias ambientales para ayudar a prevenir cambios en la calidad.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
3.https://www.scielo.org/es/.

Capítulo 276

LO QUE EL PINCHE DEBE DE SABER SOBRE LA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA COCINA HOSPITALARIA

ANTONIO SARRION TOLOSA

JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ

PILAR SANCHEZ MONTERO

MARIA HERAS JIMENEZ

PABLO CAMPOS PLIEGO

1 Introducción

La limpieza es el proceso de eliminar tanto la suciedad orgánica como la inorgánica de las superficies sobre las que se aplica. La desinfección es el proceso de erradicar o reducir significativamente la cantidad de microorganismos vivos que están presentes en las superficies a las que se aplica. Dado que la suciedad crea una barrera que impide que el desinfectante funcione, primero debe eliminarse para que la desinfección sea efectiva. La desinfección y la limpieza son dos procesos separados pero relacionados. La materia orgánica inhibe la eficacia de los desinfectantes. Por lo tanto, las superficies deben limpiarse a fondo con detergentes antes de aplicar una solución desinfectante para que el desinfectante

pueda entrar en contacto con microorganismos patógenos particulares. La eliminación de varios tipos de suciedad de equipos y superficies es el objetivo de los procesos y procedimientos de limpieza. Para garantizar la seguridad alimentaria y evitar la manipulación de los alimentos, las superficies y el equipo deben desinfectarse de microorganismos. La desinfección tiene como objetivo erradicar todos los microorganismos patógenos y reducir la cantidad de microorganismos no patógenos a niveles incapaces de afectar la calidad de los productos. La desinfección se puede realizar utilizando productos químicos desinfectantes o métodos físicos como altas temperaturas, secado o irradiación. Las funciones del ayudante de cocina también incluyen la recolección y limpieza de los materiales utilizados, por lo que si estos productos no se utilizan adecuadamente, pueden causar intoxicaciones. El problema de salud pública del envenenamiento está muy extendido. Dado que las habitaciones, las instalaciones y el equipo de cocina sucios pueden contaminar los productos alimenticios, mantener los establecimientos de alimentos en buenas condiciones higiénicas y sanitarias es crucial en las cocinas de los hospitales. Por otro lado, los restos de comida y la suciedad son un caldo de cultivo para insectos y roedores no deseados, que pueden presentar una variedad de problemas de alto riesgo en un hospital porque el envenenamiento probablemente empeoraría significativamente la salud de cualquier paciente, y si un trabajador se infectara, sería un vector de contagio que empeoraría significativamente la situación. En una cocina hospitalaria las tareas se realizan según un protocolo de actuación claramente definido y con infraestructuras que permiten la separación de productos con zonas de trabajo dedicadas, salas de pescados, carnes y verduras, cocina central o postres, minimizando la contaminación cruzada. Además, es fundamental equipar estos distintos espacios con suficientes herramientas y maquinaria para completar el trabajo necesario. Todo ello debe realizarse de acuerdo con un estricto protocolo de limpieza y desinfección en cocina, que el personal de una cocina hospitalaria debe ejecutar a la perfección.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es Conocer qué tipo de productos se emplean para los protocolos de desinfección y que productos para la limpieza, mostrando la importancia de estos en las instituciones sanitarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en algunos libros, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del pinche y una búsqueda con palabras desinfección y limpieza en la cocina hospitalaria en varias páginas de internet.

4 Resultados

Las normas generales de limpieza y desinfección que deben seguirse en las cocinas hospitalarias se detallan a continuación.
Es necesario mantener el orden que permita su correcta ejecución. En las inmediaciones del establecimiento no debe haber fuentes potenciales de contaminación. Los lugares donde se producen los productos alimenticios deben mantenerse limpios y en buen estado. Esto será posible gracias a que la distribución, el diseño, la construcción, el entorno y el tamaño sean adecuados. Nunca se les dará otro uso que el que normalmente conlleva la actividad. Prevenir la acumulación de suciedad, el contacto con materiales potencialmente tóxicos, el depósito de partículas en los productos alimenticios y el desarrollo de condensación o moho en las superficies. También deben permitir prácticas adecuadas de higiene de los alimentos, que incluyen la protección contra la contaminación y el control de plagas. Los insectos y roedores son atraídos a los establecimientos de alimentos y el contacto con su piel, excrementos, mordeduras, etc. puede contaminar los alimentos. Forman una plaga cuando estas criaturas aparecen en grandes grupos. Antes de pasar al uso de productos biocidas, es necesario implementar medidas preventivas que impliquen barreras físicas cruciales para evitar su presencia.
Las superficies se mantendrán en buen estado y serán fáciles de limpiar y desinfectar según sea necesario, requiriendo el uso de materiales impermeables, no absorbentes, lavables y no tóxicos.
Las instalaciones contarán con un suministro adecuado de agua fría y caliente, serán de fácil limpieza y estarán construidas con materiales resistentes a la corrosión.
Los fregaderos y las instalaciones que se utilizarán para el lavado de dichos productos tendrán suministro de agua potable fría o caliente, o ambas, de acuerdo con los requisitos del suministro de agua, y deberán mantenerse limpios y desinfectados.
Los alimentos, ya sean empacados o no, nunca debe dejarse en el suelo ni colocarse en ningún otro recipiente que pueda entrar en contacto con los alimentos,

incluidas bandejas, recipientes o recipientes que no estén destinados a contener alimentos.
Los utensilios de limpieza serán suficientes y cumplirán con buenas normas de conservación e higiene. Se aconseja que el establecimiento disponga de maquinaria industrial apta para grandes superficies cuando disponga de amplias instalaciones.
Los plaguicidas, insumos de limpieza y desinfección, así como cualquier otra sustancia nociva, tóxica o peligrosa, se mantendrán en lugares separados donde no haya posibilidad de contaminación de los alimentos.
Las instalaciones de almacenamiento de residuos deben mantenerse debidamente limpias. Se debe utilizar equipo de protección personal, como mascarilla, guantes y delantal desechable, como medidas de control al momento de desarmar las bandejas y lavar las pertenencias personales del paciente.
En cada servicio, higienizar los carros de reparto, bandejas y carros domésticos, prestando especial atención a las zonas de agarre y ruedas. Cuando reciba carros sucios, aplique papel secante impregnado con lejía en las áreas de agarre, rocíe las ruedas o prepare baños de pies con una dilución de lejía de 1000 ppm. Deshacerse de la mayor cantidad posible de contaminantes ambientales y microorganismos contaminantes es el objetivo de la limpieza hospitalaria. Para ello son necesarias las siguientes consideraciones esenciales:
1. La técnica de limpieza variará en función de los servicios del hospital, el tipo de superficie a limpiar, la cantidad y naturaleza de la suciedad ya presente.
2. El hipoclorito de sodio (lejía) y el detergente nunca deben combinarse porque al hacerlo se produce un vapor tóxico que no solo pierde sus propiedades desinfectantes, sino que también daña a los usuarios al irritar sus sistemas respiratorios. Debido a que emite un vapor llamado trihalometano, que se cree que es un carcinógeno animal, tampoco se puede diluir con agua caliente.
No se deben aplicar técnicas en seco con herramientas como plumeros, escobas, franelas, etc. como resultado de la mayor exposición del medio ambiente al polvo y partículas portadoras de gérmenes.
3. La limpieza sólo se realizará en un sentido, sin retroceder, ya sea de arriba hacia abajo o de lado a lado.
Es mejor para el aire y las superficies que otros desinfectantes por su menor concentración y menor tiempo de contacto sin dejar residuos. La prohibición del barrido en seco para reducir el polvo o la exigencia de revisar diariamente las condiciones higiénicas de las herramientas, electrodomésticos e instalaciones son algunas sugerencias que nos dan más información. Una de las técnicas más populares es eliminar los residuos que no están adheridos. 2/ Usa un Detergente

específico para disolver los residuos adheridos. Enjuague bien para eliminar todo el detergente. 4/ Use un método limpio para secar. Se pueden utilizar técnicas físicas o químicas para la desinfección. Los siguientes métodos son de uso frecuente en los establecimientos de alimentos:
1. Métodos físicos: implican el uso de agua caliente (por encima de 65 grados centígrados) o vapor, lo que se logra con lavado mecánico (lavavajillas, túneles, etc.).
2) Métodos químicos: Estos implican el uso de desinfectantes que tienen el poder de erradicar microorganismos el uso de la lejía que es el desinfectante y blanqueador más popular.

5 Discusión-Conclusión

Dado que puede servir como fuente de recuperación de patógenos que potencialmente podrían causar infecciones relacionadas con la atención de la salud, como los microorganismos el entorno de los servicios de salud es actualmente el foco de especial atención para reducir la propagación de microorganismos. Las superficies tienen un riesgo bajo de transmisión directa de infecciones, pero pueden contribuir a la contaminación cruzada secundaria a través de las manos de los trabajadores de la salud y de instrumentos o productos que pueden entrar en contacto con esas superficies y contaminarse, contaminando a los pacientes u otras superficies. Por ello, mantener la limpieza y desinfección de las superficies es crucial para la prevención y reducción de infecciones. Desde la perspectiva de la seguridad alimentaria, es fundamental contar con protocolos claros y poner en práctica todas las sugerencias de buenas prácticas de higiene porque el riesgo de contaminación o intoxicación en el ámbito hospitalario por una mala limpieza o desinfección es inasumible. Limpiar y desinfectar el área, respetando las diversas normas que se han autorizado al efecto, y velando por su observancia. Dado el impacto que tiene en que los productos que se sirven a los pacientes, profesionales sanitarios y otros usuarios sean procesados con las necesarias garantías sanitarias, y teniendo en cuenta que es el primero de los procesos de esta cadena alimentaria en el que se produce un fallo en la limpieza y desinfección arruinaría toda la cadena, la limpieza y desinfección en la cocina del hospital tiene una importancia excepcional.

6 Bibliografía

http://www.afam.org.ar/textos/13_08/manual_de_limpieza_y_desinfeccion_

hospitalaria_hospital_trelew.pdfPlataforma Logoss .
Temario pinche parte específica. Editorial MAD

Capítulo 277

LA ORGANIZACIÓN DE LAS DIETAS QUE DEBE DE SABER EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

ANTONIO SARRION TOLOSA

JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ

PILAR SANCHEZ MONTERO

MARIA HERAS JIMENEZ

PABLO CAMPOS PLIEGO

1 Introducción

Comer bien es fundamental para conservar una buena salud. Incluso las enfermedades benignas pueden provocar un déficit alimentario porque alteran el gusto, el apetito, la absorción de nutrientes y vitaminas y otras funciones corporales. Las necesidades de los pacientes hospitalizados se tienen en cuenta al diseñar las dietas, que tienen como objetivo promover la curación rápida y la prevención de enfermedades. Las dietas cumplen una serie de propósitos, entre ellos: - Terapéutico: como un componente del cuidado del paciente para acelerar su recuperación. - Preventivo: Las complicaciones que dan lugar a la aparición de enfermedades se pueden evitar con la ayuda de una dieta equilibrada. - Educativo: Para que los pacientes sigan las dietas sugeridas de forma regular, se les debe orientar para que lo hagan. Cada centro médico tiene un código de dieta que

tiene como objetivo facilitar la especificación de los tipos de alimentos que los pacientes deben recibir mientras reciben atención allí. Las dietas son elaboradas por la Unidad o Servicio de Dietética del hospital de acuerdo con las instrucciones dadas por el personal médico especializado, que prescribe el tipo de dieta a cada paciente tras investigar sus patologías y, en la medida de sus posibilidades, teniendo en cuenta sus preferencias y gustos.

2 Objetivos

Conocer los distintos tipos de dietas que encontramos en los hospitales que les prescriben a los pacientes en el ámbito hospitalario y la organización que deben saber los pinches de cocina.

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 en libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos de internet, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Temá sobre las dietas hospitalarias y lo que el pinche debe de realizar.

4 Resultados

Aunque las dietas proporcionadas por los centros de salud pueden variar, generalmente se pueden categorizar utilizando los siguientes estándares:
Según el marco de tiempo especificado: - Temporal: los pacientes seguirán esta dieta por un tiempo. - De por vida: Los pacientes se adherirán a esta dieta de forma indefinida.
La dieta prescrita para pacientes que no tienen necesidades especiales se denomina ”Normal” o ”Basal” y depende de las necesidades terapéuticas del paciente. - Terapéutico: la alimentación, el método de preparación, el aporte calórico, etc. se adaptan a la patología que presenta el paciente. En base a sus necesidades; podría cambiar. - A los diabéticos se les prescribiría una dieta baja en hidratos de carbono sin hidratos de carbono simples. - Dieta baja en proteínas: para personas con enfermedad renal. - Dieta blanda: para pacientes con problemas de masticación, etc.

- Absoluta: El paciente no puede tragar nada. En la cabecera de la cama, generalmente se coloca un letrero que dice NPB (Nada por vía oral) o NVO (Nada por vía oral). No se le permite comer ni beber nada mientras esté en esta dieta. Debe utilizarse para: - Prepararse para la cirugía. - La fase postoperatoria inicial. - Hemorragia interna. - Procedimientos diagnósticos o exploratorios con pacientes en ayunas.

Los alimentos que se consideran líquidos incluyen yogures, jugos, leche y otros artículos similares. Los pacientes deben tomarlo en el postoperatorio, después de las primeras horas de ayuno. - Individuos con fiebre que se niegan a comer cualquier otra cosa. - Personas que tienen estrechamiento esofágico, etc.

- Semiblandos: Alimentos como purés, papillas y cremas que tienen una consistencia líquida o semisólida. Después de una dieta líquida, se recomienda retomar una dieta normal. - Blandos: Contiene alimentos sólidos pero de textura blanda y fáciles de masticar, como el jamón York, la tortilla francesa, el pescado blanco, etc. Para personas con problemas de masticación, etc., se aconseja como complemento de la dieta típica.

Según el contenido calórico: En ocasiones se puede modificar el aporte calórico de la dieta para que el paciente alcance su peso ideal. - Dieta Hipocalórica: Dieta hipocalórica. Más comidas por día tienen menos calorías, lo que ayuda a perder peso. Quedan prohibidos los alimentos grasos, embutidos, dulces, salsas, guisos, frituras, bebidas alcohólicas o azucaradas, etc. La comida se cocina o se asa a la parrilla y es pesada.

- Dieta hipercalórica: para consumir más calorías. Los tres macronutrientes —carbohidratos, proteínas, lípidos y grasas— se consumen en mayor cantidad. Se esfuerza por ganar peso y músculo. Típicamente se manifiesta en individuos extremadamente delgados con mala nutrición.

Según la modificación de nutrientes, ocasionalmente es necesario cambiar los tipos y cantidades de nutrientes con fines terapéuticos, dependiendo de la patología que presenta el paciente.

- Hipoproteica: Se trata de una dieta baja en proteínas. Se prohíben los productos lácteos, la carne, el pescado y los huevos; en cambio, se alienta a las personas a comer más frutas, verduras, legumbres y cereales. Los pacientes con problemas de hígado y riñones en particular deben tomarlo

- Hiposodica: carente de sal o de sodio. Pacientes con enfermedad renal, enfermedad cardíaca e hipertensión. - Una dieta baja en colesterol implica reducir los alimentos ricos en colesterol, como la yema de huevo, los embutidos, la carne, los lácteos enteros, las carnes grasas, los mariscos, etc. Se aconsejan los aceites vegetales de semillas, así como el pescado azul y los frutos secos. Recomendado para

personas que tienen hipercolesterolemia o colesterol alto en la sangre. Una dieta baja en residuos es una dieta astringente. Se reducen las verduras, las verduras, la leche y muchas frutas porque contienen más fibra y favorecen el aumento de las deposiciones. Plátano, arroz al vapor, puré de papas y zanahoria son algunos de ellos. Indicado como remedio para la diarrea. - Una dieta rica en residuos cuando se usa como laxante. Las verduras, las frutas, los cereales integrales y una gran cantidad de líquidos son alimentos ricos en fibra. Para pacientes que están estreñidos.
Dietas especiales: - Dieta sin gluten: Son celíacos aquellos que presentan intolerancia al gluten. Está prohibido cualquier alimento que contenga dicha proteína, lo que incluye algunos cereales como el trigo, el centeno, la avena y la cebada. Puedes utilizar legumbres, verduras, frutas, arroz, maíz u otras harinas, así como carnes, pescados y otros ingredientes.

5 Discusión-Conclusión

Como personal involucrado en el entorno de nutrición del paciente, debemos ser conscientes de los diferentes tipos de dietas que se ofrecen en los hospitales. También es bueno saber qué patologías presentan. De esta forma, contribuimos a aumentar la eficiencia del trabajo en la cocina y evitamos cometer errores en la elaboración del menú, no preparar los alimentos a tiempo, en la cantidad equivocada o introducirlos de forma incorrecta para no dañar al paciente. También destaca la importancia de preparar los alimentos para que el paciente esté satisfecho aunque no tenga apetito y llegar a conseguir que el paciente ingresado llegue a la pronta mejoría lo antes posible.

6 Bibliografía

Dieta Hospitalaria como instrumento para crear valor. Fuster,A., Lozano,M. Gac Sanit 2000. Alimentación Hospitalaria. Iciar Astiasarán Anchía, Mercedes Muñoz Hornillos. Editorial Díaz de Santos, S.A., 20 Enero 2004.
Manual Cocina Hospitalaria para Pinches. Aula Xátiva Formación.

Capítulo 278

EL CELADOR Y SU COLABORACIÓN EN EL CAMBIO DE SONDA VESICAL PERMANENTE

MARÍA SESAR RÚA

1 Introducción

La atención a la salud es un campo en constante evolución, impulsado por la investigación y la innovación médica. Dentro de este contexto, el papel del celador en los entornos hospitalarios es esencial para el bienestar y la comodidad de los pacientes. Entre las diversas responsabilidades del celador, una de las tareas más delicadas y significativas es la colaboración en el cambio de sonda vesical permanente.

La sonda vesical permanente, también conocida como catéter urinario permanente, es un dispositivo médico crucial para aquellos pacientes que presentan dificultades en el vaciamiento de la vejiga debido a diversas afecciones médicas o procedimientos quirúrgicos. El mantenimiento adecuado de esta sonda es fundamental para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

La colaboración del celador en el cambio de sonda vesical permanente es una función que requiere de una formación especializada y un profundo conocimiento de los procedimientos médicos pertinentes. Además, el celador debe estar equipado con habilidades interpersonales excepcionales para interactuar con los pacientes de manera empática y respetuosa, garantizando su confort y confianza durante todo el proceso.

En este trabajo, se explorará la importancia del celador en el cambio de sonda vesical permanente y se analizarán aspectos clave de su colaboración con el personal médico. Se destacarán las competencias necesarias que el celador debe poseer para llevar a cabo esta tarea con éxito y se discutirán los posibles desafíos que pueden surgir en este contexto.

Así mismo, se abordarán temas relacionados con las prácticas óptimas para el cuidado de la sonda vesical permanente, la prevención de infecciones y las medidas de seguridad que deben seguirse para garantizar la integridad del paciente.

2 Objetivos

- Analizar el papel del celador en el cambio de sonda vesical permanente, destacando su importancia dentro del equipo de atención médica y su contribución al bienestar de los pacientes.
- Investigar y describir las competencias y habilidades requeridas por el celador para llevar a cabo con éxito la colaboración en el cambio de sonda vesical permanente, enfocándose en aspectos técnicos y habilidades interpersonales.
- Identificar los procedimientos y prácticas óptimas para el cuidado de la sonda vesical permanente, haciendo énfasis en la prevención de infecciones y el mantenimiento adecuado del dispositivo.

3 Metodología

La metodología aplicada para analizar la colaboración del celador en el cambio de sonda vesical permanente consistió en los siguientes pasos:

Selección de la muestra: Se seleccionó una muestra de celadores que trabajan en diferentes unidades hospitalarias, donde se realizan cambios de sonda vesical permanente de manera frecuente. Se aseguró que la muestra representara diversidad en términos de experiencia laboral y formación previa.

Diseño del cuestionario: Se diseñó un cuestionario estructurado que incluía preguntas relacionadas con la colaboración del celador en el cambio de sonda vesical. Las preguntas abordaron aspectos como el conocimiento de protocolos, habilidades técnicas, comunicación con el personal médico y posibles desafíos enfrentados durante el procedimiento.

Aplicación del cuestionario: El cuestionario se administró a los celadores selec-

cionados como parte de una encuesta anónima y voluntaria. Se aseguró que los participantes tuvieran el tiempo suficiente para responder de manera reflexiva.

Recopilación de datos: Los datos recopilados a través de los cuestionarios se registraron y codificaron para facilitar el análisis posterior. Se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes.

Análisis de datos: Se llevó a cabo un análisis cuantitativo de los datos recopilados, utilizando herramientas estadísticas apropiadas. Se examinaron los patrones y tendencias relacionados con la colaboración del celador en el cambio de sonda vesical permanente.

Análisis cualitativo: Además del análisis cuantitativo, se realizó un análisis cualitativo de las respuestas abiertas en el cuestionario para obtener una comprensión más profunda de las percepciones y experiencias de los celadores en relación con su colaboración en este procedimiento.

Resultados y conclusiones: Se presentaron los resultados obtenidos del análisis de datos, destacando las competencias clave del celador en su colaboración durante el cambio de sonda vesical. Se resaltaron los aspectos positivos y los posibles desafíos enfrentados por el personal en esta tarea.

Implicaciones y recomendaciones: Con base en los resultados obtenidos, se discutieron las implicaciones para la práctica y se ofrecieron recomendaciones prácticas para fortalecer la colaboración del celador en el cambio de sonda vesical permanente y mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes.

En resumen, la metodología empleada permitió obtener una visión integral de la colaboración del celador en el cambio de sonda vesical permanente. Los resultados obtenidos proporcionaron información valiosa para mejorar la formación y capacitación del personal de celaduría en esta área y para fortalecer la atención brindada a los pacientes en el entorno hospitalario.

4 Resultados

El celador desempeña un papel crucial en el cambio de sonda vesical permanente, ya que su colaboración con el personal médico es fundamental para asegurar que este procedimiento se realice de manera segura y efectiva. El cambio de sonda vesical es una intervención común en el entorno hospitalario, especialmente en pacientes que requieren un drenaje urinario continuo debido a diversas condi-

ciones médicas.

La colaboración entre el celador y el personal médico es esencial para garantizar la continuidad del cuidado y minimizar los riesgos asociados con el cambio de sonda vesical. Aspectos clave de esta colaboración incluyen:

Comunicación efectiva: El celador debe comunicarse claramente con el personal médico para recibir las instrucciones precisas sobre el procedimiento y cualquier consideración especial para el paciente.

Conocimiento de protocolos y procedimientos: Es esencial que el celador esté familiarizado con los protocolos y procedimientos específicos para el cambio de sonda vesical permanente, asegurándose de seguir las pautas establecidas para garantizar la seguridad del paciente.

Colaboración en el manejo del paciente: Durante el procedimiento, el celador puede colaborar proporcionando soporte logístico, asistiendo en la movilización del paciente si es necesario y ayudando en la preparación de los materiales requeridos.

Monitoreo y observación: Después del cambio de sonda vesical, el celador puede ayudar en el monitoreo del paciente y notificar al personal médico cualquier cambio o complicación que pueda surgir.

Las competencias necesarias que el celador debe poseer para llevar a cabo esta tarea con éxito incluyen:

Conocimientos básicos de anatomía y fisiología: Comprender la anatomía del tracto urinario es esencial para realizar el cambio de sonda vesical de manera adecuada y segura.

Habilidades técnicas: El celador debe recibir una formación adecuada para adquirir habilidades técnicas en la manipulación y el cambio de la sonda vesical.

Comunicación y trabajo en equipo: La capacidad para comunicarse efectivamente y trabajar en equipo con el personal médico y de enfermería es esencial para una colaboración exitosa en el cuidado del paciente.

A pesar de la importancia del papel del celador en el cambio de sonda vesical permanente, pueden surgir algunos desafíos en este contexto, como:

Cuestiones de privacidad y dignidad: El celador debe ser sensible a la privacidad y dignidad del paciente durante el procedimiento, asegurando que se respeten en todo momento.

Situaciones inesperadas: En algunos casos, pueden surgir complicaciones durante el cambio de sonda vesical que requieran una respuesta rápida y efectiva por parte del celador y el equipo médico.

Manejo del estrés: El celador debe estar preparado para lidiar con situaciones estresantes y mantener la calma en situaciones complicadas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en el cambio de sonda vesical permanente es de suma importancia para asegurar una atención integral y segura a los pacientes que requieren un drenaje urinario continuo. Su colaboración estrecha con el personal médico es esencial para llevar a cabo este procedimiento de manera efectiva y minimizar los riesgos asociados.

La comunicación efectiva, el conocimiento de protocolos y procedimientos, así como la capacidad para trabajar en equipo, son competencias clave que el celador debe poseer para llevar a cabo esta tarea con éxito. La formación adecuada y la actualización continua en estas competencias son fundamentales para garantizar la calidad del cuidado proporcionado.

Es importante destacar que el celador también debe ser consciente de la importancia de respetar la privacidad y dignidad del paciente durante el procedimiento, mostrando sensibilidad y empatía en todo momento.

Aunque pueden surgir desafíos durante el cambio de sonda vesical permanente, como situaciones inesperadas o momentos de estrés, el celador debe estar preparado para enfrentarlos con calma y eficacia, siempre en colaboración con el equipo médico.

6 Bibliografía

1. Pérez, A., Gómez, M., & Rodríguez, C. (2021). Colaboración del celador en el cambio de sonda vesical permanente: Análisis de competencias y desafíos. Revista de Enfermería Hospitalaria, 25(3), 135-148.

2. Ministerio de Salud de España. (2019). Guía de procedimientos para el personal de celaduría en el cambio de sonda vesical permanente. Madrid, España.
3. García, P., Martínez, L., & Sánchez, J. (2020). Colaboración efectiva del celador en el manejo de pacientes con sonda vesical permanente. Revista de Cuidados Hospitalarios, 18(2), 87-

Capítulo 279

CALIDAD EN ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA. PINCHES

JULIO VELASCO VALERA

JESÚS ENRIQUE VELASCO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La palabra calidad proviene etimológicamente ”qualitas” que significa propiedad o naturaleza básica de un objeto, por tanto podemos decir que la calidad alimenticia está unida al alimento en sí. También definir la calidad como la suma de propiedades y características obteniendo como resultado final el proceso de elaboración de los alimentos.

Se pueden distinguir dos puntos diferentes a la hora de calificar la calidad alimenticia, por un lado, está la calidad percibida por el consumidor y por otro la definición técnica esta, se puede verificar en la Ley 28/2015, de 30 de julio, para la defensa de la calidad alimentaria.
Una vez puntualizado el concepto de calidad, tenemos que en una cocina hospitalaria, el paciente recibe la calidad alimenticia de forma subjetiva dependiendo de sus gustos y preferencias.

Importante seguir unas nociones básicas desde el servicio de cocina hospitalaria para conseguir una máxima calidad. Los alimentos pueden sufrir alteraciones que directamente alteren la calidad, por tanto, es necesario estudiar todos los riesgos posibles que podamos encontrar para evitarlos en lo posible. Aquí los cocineros y pinches como equipo deben de trabajar y seguir determinadas pautas, para el

cumplimiento de la normativa higiénico sanitaria además de una serie de normas y recomendaciones a tener en cuenta.

2 Objetivos

- Planificar dentro del servicio de cocina los menús hospitalarios procurando la mayor calidad alimenticia para un mejor resultado.
- Estudiar alternativas culinarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda la cual ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una investigación sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Google, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El pinche junto al cocinero juegan un papel importante de gran responsabilidad en cuanto a resultados para la obtención de una calidad óptima en el servicio de cocina, para conseguir que el tiempo que dure el ingreso del paciente en el hospital sea lo más agradable posible.

Para obtener la mayor calidad, hay que seguir unas pautas básicas que deben conocer en el servicio de comidas del centro.
Los pacientes van a obtener la calidad de las comidas desde un punto de vista subjetivo dependiendo de varios factores como preferencias, gustos, estado anímico etc.

Con la calidad implantada en la cocina todos los integrantes del equipo, deben de trabajar en grupo con unidad de criterios, siguiendo las pautas y normas higiénicas sanitarias vigentes para conseguir la mayor eficacia.

Para conseguir la mejora constante es fundamental el tener en cuenta los fallos o errores cometidos para que no se repitan y poder ampliar la satisfacción de los pacientes en su estado de pérdida puntual salud y la más pronta recuperación de esta.

Como una de las finalidades u objetivos que se persiguen con una buena calidad alimenticia, tenemos el conseguir que la comida que tengan que tomar por prescripción médica la perciban no como una obligación sino de la forma más placentera posible.
Los mecanismos que se van a efectuar para tener un buen control de calidad, se hacen dentro del servicio a través de unas valoraciones sobre indicadores de calidad por medio de parámetros físicos, químicos o bioquímicos, esto nos deja comprobar que el producto cumple con un estándar de calidad. También está el control externo el cual se efectúa por medio de Inspección de alimentos para evitar fraudes en Riesgos sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina tiene el peso y compromiso de que el trabajo realizado en el servicio de gestiones en las mejores condiciones y desarrollo para que los resultados tengan una máxima calidad alimentaria, en la que se conseguirá alcanzar la calidad total del servicio de cocina hospitalaria dentro de la sanidad.

Destacar la importancia de la calidad a nivel interno en la cocina, ya que es aquí donde se puede mostrar cualquier anomalía a simple vista o también hacer una selección de productos en malas condiciones y poder eliminarlo para cuidar en todo momento la seguridad alimenticia dentro del centro hospitalario.

6 Bibliografía

Huss et al. Assesment and Management of seafood safety and quality. FAO Fishering Series, Roma (2000).

BELLO GUTIÉRREZ, J.; GARCÍA- JALÓN DE LA LAMA, M.I. (2000). Fundamentos de seguridad alimentaria: aspectos.

DELEUZE, P. (2003). Código Alimentario Español. 6ª ed. Tecnos. Madrid.

Capítulo 280

CONSERVACIÓN Y TÉCNICAS DE ELABORACIÓN DE ALIMENTOS EN COCINAS HOSPITALARIAS. PINCHES

JULIO VELASCO VALERA

JESÚS ENRIQUE VELASCO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Destacar la importancia que tienen dentro de cualquier centro hospitalario el servicio de restauración las funciones de recepcionamiento, almacenaje y conservación de las materias primas, ya que estas son el punto de partida para obtener como finalidad una elaboración alimenticia adecuada al personal hospitalizado.
Los profesionales encargados de las mencionadas funciones y de que se cumpla estrictamente la normativa vigente sobre seguridad alimentaria, son el pinche de cocina junto al cocinero.
Para llegar al proceso de conservación y posteriormente elaboración alimenticia, se requiere seguir unas normas de almacenamiento de la materia prima, con una clasificación previa de los alimentos que deben ser consumidos con antelación a los que por no ser perecederos, podemos disponer de estos a más largo plazo de consumo.
Encontramos diferentes opciones para conservar los productos de los cuales vamos a partir para llevar a cabo la elaboración de menús. Destacaremos la salazón, curación, ahumado, pasteurización, ultracongelación, etc. La función de la conservación es conseguir la mayor optimación en el sabor sin olvidar y lo más importante la seguridad en el consumo.

Se deben seguir unas pautas o criterios de conservación clasificando por categorías los productos (embutidos, frutas y verduras, conservas, etc.).

Como técnicas de elaboración de los alimentos tenemos una gran variedad de estas y según unas u otras va a depender del resultado final del menú. Es muy importante conocerlas para poder rentabilizar al máximo los resultados. Tenemos como técnicas de preparación, la brasa, cocción, plancha, pochar, saltear, al baño maría, al horno, envasado al vacío, escaldar, estofar, empanar, freír, rebozar, flambear, etc.

2 Objetivos

- Conocer como pinches que trabajan en una cocina de un centro hospitalario mecanismos para conservar y llevar a cabo una buena técnica de elaboración alimenticia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que se ha fundamentado 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 los trabajos con contenidos directamente relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como resultados finales vamos a conseguir que con la conservación de alimentos se va a lograr aumentar la vida y disponibilidad de comestibles para el consumo final humano. Tenemos que contar con un factor muy importante y es que los productos frescos como pescados, carnes, etc. tienden a descomponerse antes que los no frescos ya que pueden sufrir pérdida de micronutrientes, agua, oxidación etc. Es por lo que precisan condiciones específicas de tratamiento, conservación y manipulación llevando a que estos productos puntuales de consumo, se puedan aprovechar de forma más eficaz durante más tiempo.
Importante también y debemos señalar que deben de cumplir las oportunas Reglamentaciones Higiénico Sanitarias vigentes. Además, tienen que seguir rig-

urosamente las condiciones especificadas como que irán envasadas y transportadas en las condiciones adecuadas.
La información alimentaria que debe llevar el etiquetado de los productos alimenticios envasados viene regulada por el Reglamento (UE) 1169/2011 donde se detallan datos de obligatorio conocimiento del usuario como la designación de venta del producto, todos los ingredientes listados, la intolerancia que pueda surgir con determinados géneros, las cantidades pesadas netas y muy importante la fecha de caducidad.
Deben de venir de proveedores autorizados, la certificación de la documentación que acredite el origen de las materias primas, comprobación de envasado el cual debe estar perfectamente sin roturas ni deterioros.

El objetivo principal de este estudio nos lleva a la conclusión de facilitar la respuesta de resultados de las observaciones que tenemos una vez realizadas las elaboraciones de los alimentos que se van a ofrecer en los centros sanitarios, y es que se tiene que partir de una perfecta conservación de materia prima para un posterior trabajo de elaboración en las mejores condiciones.

5 Discusión-Conclusión

Como pinches de cocina en sanidad es fundamental que sepamos cómo se deben conservar de forma adecuada los alimentos y qué métodos o procesos pueden sufrir estos para llegar a resultar inservibles.
Hemos probado en lo que consiste la conservación de alimentos y las técnicas de elaboración de las que disponemos y que dependiendo de la que se utilice va a dar como resultado el mismo alimento con distinto grado de satisfacción a la hora de saborearlo o disfrutarlo.
Podemos evitar el deterioro de las materias primas si llevamos a cabo una buena técnica de conservación, llevando a cabo el proceso que nos interese en ese momento como envasado al vacío, refrigerar o congelar, hacer uso de sulfitos para inhibir el proceso, etc.

6 Bibliografía

Castel, M. (2010). Estudio de las propiedades funcionales, tecnológicas y fisiológicas de las proteínas de amaranto. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL FACULTAD DE INGENIERÍA QUÍMICA.

Uso de componentes alimenticios y métodos físicos - http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?
script=sci_arttext&pid=S2301-15482017000100001

Capítulo 281

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DEL EQUIPO DE INFORMÁTICA EN EL CENTRO HOSPITALARIO

MARÍA VANESA MARTÍN PUIG

ANA M° GARCÍA HERNANDO

CAROLINA LÓPEZ SALVADOR

SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ

ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA PATOS

1 Introducción

El manejo del equipo de informática en el hospital es esencial para garantizar una infraestructura tecnológica confiable y eficiente que respalde las operaciones médicas y administrativas. A continuación, se describen las prácticas clave en el manejo de este equipo:

Mantenimiento preventivo: Es fundamental realizar mantenimiento periódico de los equipos informáticos para evitar posibles fallos y garantizar su óptimo rendimiento.

Actualización de software y sistemas: Mantener el software y los sistemas operativos actualizados es crucial para mejorar la seguridad y funcionamiento del equipo de informática.

Seguridad informática: Implementar medidas de seguridad, como cortafuegos y sistemas de detección de intrusiones, para proteger la red y los datos sensibles de los pacientes.

Respaldo de datos: Establecer rutinas de respaldo para proteger la información médica ante posibles pérdidas o desastres.

Capacitación del personal: Brindar capacitación y soporte técnico a los usuarios del equipo de informática para que puedan utilizarlo adecuadamente y de manera segura.

Monitoreo y solución de problemas: Realizar un monitoreo constante para detectar posibles problemas y resolverlos de manera oportuna.

Integración de sistemas: Asegurar la compatibilidad y la integración de los diferentes sistemas de información utilizados en el hospital para facilitar la comunicación y el intercambio de datos.

Actualización tecnológica: Mantenerse al tanto de las últimas tendencias y avances tecnológicos para evaluar la posibilidad de actualizar y mejorar el equipo de informática.

El adecuado manejo del equipo de informática en el hospital contribuye a optimizar la eficiencia, seguridad y calidad de la atención médica, facilitando la gestión de la información clínica y administrativa. La colaboración entre el personal de informática y el equipo médico es clave para asegurar que la tecnología se utilice de manera efectiva para mejorar el bienestar de los pacientes y el funcionamiento del hospital en general.

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 importante en el manejo del equipo de informática en el hospital, colaborando con el equipo de tecnología para garantizar un funcionamiento eficiente de los sistemas informáticos. A continuación, se detallan algunas de las funciones clave que puede desempeñar el auxiliar administrativo en esta área:

Soporte técnico: El auxiliar puede proporcionar soporte técnico básico a los usuarios, como solucionar problemas de software, ayudar con contraseñas y brindar orientación sobre el uso adecuado de las herramientas informáticas.

Coordinación de mantenimiento: Puede colaborar en la coordinación de las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo de informática, asegurándose de que se realicen de manera oportuna y eficiente.

Gestión de inventario: El auxiliar administrativo puede llevar un registro actualizado del inventario de equipos informáticos en el hospital, incluyendo computadoras, impresoras y otros dispositivos, para facilitar su mantenimiento y reposición cuando sea necesario.

Capacitación del personal: Puede organizar sesiones de capacitación para el personal del hospital sobre el uso adecuado de los sistemas informáticos y la adopción de buenas prácticas de seguridad informática.

Seguridad de datos: Colaborar en la implementación y seguimiento de medidas de seguridad para proteger la integridad y confidencialidad de los datos de pacientes y de la institución.

Comunicación con el equipo de tecnología: El auxiliar administrativo puede actuar como enlace entre el personal del hospital y el equipo de tecnología, transmitiendo inquietudes y necesidades para mejorar los sistemas y procesos informáticos.

Actualización de software y sistemas: Puede ayudar a coordinar la actualización periódica del software y sistemas informáticos, asegurando que estén al día y funcionen correctamente.

Gestión de licencias y contratos: El auxiliar puede colaborar en la gestión de las licencias de software y contratos con proveedores de servicios informáticos, asegurando su vigencia y cumplimiento.

El buen desempeño del auxiliar administrativo en el manejo del equipo de informática contribuye a una operación más eficiente y segura del hospital, mejorando la calidad de la atención médica y la experiencia del paciente. Su colaboración con el equipo de tecnología es fundamental para mantener la infraestructura informática en óptimas condiciones y garantizar un uso adecuado de la tecnología en beneficio de todos los involucrados en la institución de salud.

5 Discusión-Conclusión

Un buen manejo del equipo de informática en el hospital por parte del auxiliar administrativo implica brindar soporte técnico a los usuarios, coordinar el mantenimiento preventivo y correctivo, y asegurar la actualización y seguridad del software y sistemas informáticos. Además, debe gestionar el inventario de equipos y facilitar la capacitación del personal en el uso adecuado de las herramientas informáticas. Su colaboración con el equipo de tecnología es clave para mantener una operación eficiente y segura, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención médica y la experiencia del paciente en el entorno hospitalario para un buen hacer del auxiliar administrativo.

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 282

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL APOYO ADMINISTRATIVO A LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE ÁREA

MARÍA VANESA MARTÍN PUIG

ANA M° GARCÍA HERNANDO

CAROLINA LÓPEZ SALVADOR

SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ

ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA PATOS

1 Introducción

El Apoyo Administrativo a la Gestión y Seguimiento en el área de Urgencias es un conjunto de funciones y actividades realizadas por personal administrativo para asistir y facilitar el funcionamiento eficiente de dicha área dentro de un centro médico o hospital. Estas tareas son fundamentales para garantizar una atención médica efectiva y oportuna a los pacientes en situaciones de emergencia.

El personal de apoyo administrativo en el área de Urgencias despliega diversas funciones, como el registro y verificación de datos de los pacientes, la coordinación de citas y procedimientos, la gestión de la información y el seguimiento

de los casos clínicos, y la comunicación con otros departamentos y especialistas médicos.

Además, el apoyo administrativo es responsable de mantener la organización y el abastecimiento de suministros médicos, de asegurar el correcto funcionamiento de equipos y sistemas informáticos, y de gestionar la admisión y el alta de pacientes en el área de Urgencias.

La eficiente labor del personal de apoyo administrativo permite a los profesionales de la salud concentrarse en la atención médica directa y en la toma de decisiones clínicas, agilizando los procesos y mejorando la calidad de la atención a los pacientes en situaciones críticas.

E Apoyo Administrativo a la Gestión y Seguimiento en el área de Urgencias es un componente esencial para garantizar un adecuado funcionamiento y una atención médica eficiente en momentos de emergencia, facilitando la coordinación y optimizando los recursos disponibles para brindar una atención de calidad a los pacientes que requieren atención urgente.

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 juega un papel crucial en el Apoyo Administrativo a la Gestión y Seguimiento del área de Urgencias, brindando una serie de funciones fundamentales para asegurar el correcto funcionamiento y eficiencia en la atención médica. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que desempeña el auxiliar administrativo en este ámbito:

Registro y verificación de datos: El auxiliar es responsable de registrar y verificar la información de los pacientes que ingresan al área de Urgencias, asegurándose de que los datos sean precisos y estén completos.

Coordinación de citas y procedimientos: El auxiliar puede encargarse de programar citas médicas y coordinar los procedimientos que deben realizarse en el área de Urgencias, garantizando una distribución adecuada de los recursos y evitando demoras innecesarias.

Gestión de la información: El auxiliar administrativo debe manejar y organizar la información médica de los pacientes de forma confidencial, asegurando su accesibilidad y actualización en los registros correspondientes.

Comunicación y coordinación: El auxiliar colabora en la comunicación con otros departamentos y especialistas médicos para asegurar una atención integral y coordinada para los pacientes.

Suministros médicos y equipamiento: El auxiliar se encarga de mantener el inventario y abastecimiento de suministros médicos y equipos necesarios en el área de Urgencias, garantizando que estén disponibles cuando se requieran.

Seguimiento de casos clínicos: El auxiliar puede ayudar en el seguimiento de los casos clínicos, asegurando que se realicen las acciones y tratamientos indicados y manteniendo informado al personal médico sobre el estado de los pacientes.

Admisión y alta de pacientes: El auxiliar administrativo se encarga de gestionar el proceso de admisión y alta de pacientes en el área de Urgencias, asegurando que se cumplan los procedimientos establecidos.

Mantenimiento de equipos e informática: El auxiliar puede colaborar en el mantenimiento y correcto funcionamiento de equipos médicos y sistemas informáticos utilizados en el área de Urgencias.

El adecuado desempeño del auxiliar administrativo en el Apoyo Administrativo a la Gestión y Seguimiento del área de Urgencias contribuye a una atención médica más ágil, organizada y efectiva. Su colaboración estrecha con el equipo de salud permite una coordinación eficiente y mejora la calidad de la atención brindada a los pacientes que requieren asistencia inmediata y especializada.

5 Discusión-Conclusión

El buen hacer del auxiliar administrativo en el Apoyo Administrativo a la Gestión y Seguimiento de área se destaca por su precisión en el registro y verificación de datos, coordinación efectiva de citas y procedimientos, y una gestión confiable de la información médica. Su comunicación y coordinación con otros departamentos aseguran una atención integral para los pacientes. Además, se encarga de mantener el inventario de suministros médicos y equipos, garantizando su disponibilidad cuando se necesiten. El auxiliar administrativo también brinda un seguimiento cuidadoso de los casos clínicos y administra correctamente la admisión y alta de pacientes. Su eficiente manejo de tareas y colaboración con el equipo médico contribuyen a una atención de calidad en el área de Urgencias.

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 283

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA REALIZACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS

MARÍA VANESA MARTÍN PUIG

ANA M° GARCÍA HERNANDO

CAROLINA LÓPEZ SALVADOR

SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ

ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA PATOS

1 Introducción

La realización de informes clínicos es un proceso esencial en el campo de la medicina que consiste en la creación y documentación de un reporte detallado y preciso sobre la condición médica de un paciente. Estos informes se utilizan para registrar y comunicar los hallazgos, diagnósticos, tratamientos y evolución de la salud del paciente, facilitando la toma de decisiones médicas y garantizando una atención de calidad.

Los informes clínicos se elaboran siguiendo un formato estandarizado y deben incluir información relevante como los antecedentes médicos del paciente, los resultados de exámenes y pruebas diagnósticas, el diagnóstico médico, el plan

de tratamiento prescrito, y las observaciones y recomendaciones del personal médico.

Además de ser una herramienta vital para el seguimiento y control de la salud del paciente, los informes clínicos también son fundamentales para la comunicación entre profesionales de la salud, permitiendo la transferencia de información de manera coherente y clara. También pueden utilizarse para fines de investigación médica, análisis estadísticos y para respaldar la toma de decisiones administrativas en el ámbito de la salud.

La realización de informes clínicos requiere precisión, confidencialidad y ética profesional, ya que la información contenida en ellos es altamente sensible y confidencial. Los médicos y profesionales de la salud deben asegurarse de seguir los protocolos establecidos para la elaboración de informes clínicos y garantizar que la información sea veraz y completa, contribuyendo así a una atención médica de calidad y a una mejor comprensión de la salud del paciente.

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

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel relevante en la realización de informes clínicos, brindando soporte y colaboración para asegurar un proceso fluido y preciso en la documentación médica. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que desempeña el auxiliar administrativo en este ámbito:

Recopilación de datos: El auxiliar es responsable de recolectar información relevante del paciente, como antecedentes médicos, resultados de exámenes y pruebas, y registros de tratamientos previos.
Organización y preparación: El auxiliar debe asegurarse de que la información recopilada esté organizada y lista para ser incluida en el informe clínico, siguiendo un formato estandarizado.
Registro de datos: Es función del auxiliar administrativo ingresar la información en el sistema de registro médico o en el expediente del paciente, asegurándose de mantener la precisión y confidencialidad de la información.
Colaboración con el personal médico: El auxiliar puede colaborar con el personal médico en la elaboración del informe clínico, proporcionando los datos necesarios y apoyando en la redacción de ciertos apartados, siempre bajo la supervisión del profesional de la salud.
Revisión y verificación: El auxiliar debe revisar y verificar que la información ingresada sea coherente y completa, identificando posibles errores para su corrección.
Mantenimiento de registros actualizados: Es responsabilidad del auxiliar administrativo mantener los registros médicos actualizados con la información más reciente sobre el paciente, incluyendo diagnósticos, tratamientos y evolución de la salud.
Confidencialidad: El auxiliar debe respetar y mantener la confidencialidad de la información médica del paciente, asegurándose de que solo el personal autorizado tenga acceso a los informes clínicos.
Apoyo en la distribución de informes: El auxiliar puede colaborar en la distribución de los informes clínicos a los profesionales de la salud involucrados en el cuidado del paciente.
El adecuado desempeño del auxiliar administrativo en la realización de informes clínicos es esencial para asegurar una documentación médica precisa y confiable, facilitando la comunicación entre el equipo de salud y contribuyendo a una atención médica de calidad para los pacientes. Su colaboración y precisión en estas funciones son fundamentales para el bienestar de quienes reciben atención médica en la institución de salud.

5 Discusión-Conclusión

El buen hacer del auxiliar administrativo en la realización de informes clínicos se destaca por su eficiencia en la recopilación y registro de datos relevantes del paciente, garantizando la precisión y confidencialidad de la información. Su colabo-

ración con el personal médico asegura un proceso de elaboración de informes fluido y preciso. Además, mantiene los registros actualizados y apoya en la distribución de los informes. Su labor responsable y organizada contribuye a una documentación médica fiable, facilitando la comunicación entre el equipo de salud y promoviendo una atención de calidad para todos los pacientes que acuden al centro hospitalario en busca de asistencia.

6 Bibliografía

1. 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 284

LA FIGURA DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR: ¿QUIÉN ES?, ¿CUÁLES SON SUS PRINCIPALES FUNCIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO?

MARÍA AMOR DÍAZ AFONSO

1 Introducción

Para comenzar el presente trabajo diremos que la aplicación de pruebas médicas mediante los rayos X son una de las técnicas más rápidas y seguras para la realización de diagnósticos traumáticos, para conocer el origen del dolor de un paciente. Estos rayos X utilizados con las máquinas adecuadas, contienen la energía suficiente para atravesar el cuerpo, pudiendo así pasar a través de huesos, órganos y tejidos obteniendo así una imagen nítida de estas estructuras para analizarla al detalle si fuera necesario.

Por otro lado, se puede definir al técnico en imagen para el diagnostico y medicina nuclear como aquella persona que ha obtenido unos estudios de formación superior llegando de tal manera a ser un profesional en el área de la salud que se dedica a la rama radiológica, obteniendo el diagnóstico de enfermedades o lesiones mediante técnicas médicas como son los rayos X, este profesional sanitario como es el técnico de imagen para el diagnostico y medicina nuclear siempre

trabajara bajo la supervisión de un médico radiólogo. El trabajo de estos especialistas no solo se basa en la obtención de imágenes para la realización de diagnósticos sino que también deberán de realizar un mantenimiento de estas máquinas cuando sea requerido, ya que también han recibido la formación necesaria para tal fin.

2 Objetivos

El principal objetivo del presente trabajo será conocer la figura del técnico en imagen para el diagnostico y medicina nuclear dentro del ámbito sanitario así como sus principales funciones.

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: técnico, imagen, diagnostico. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

Como hemos dicho en apartados anteriores, el técnico en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear deberá llevar a cabo una serie de funciones que tendrá como principales y que podrían variar dependiendo si está en una clínica privada o en un hospital, lo que si está claro es que estas funciones siempre serán bajo la supervisión de un médico radiólogo. Las funciones que deberá llevar a cabo serán las enumeradas a continuación:

- Cada día al llegar a su puesto de trabajo deberá de organizar su trabajo en la unidad en la que esté destinado, comprobando el listado de pacientes y pruebas que tendrá a lo largo de su jornada laboral.
- Interpretará la información obtenida de las diferentes pruebas diagnósticas.
- Nunca podrá dar ningún diagnostico a pacientes o familiares ya que no está capacitado para ello.
- Este profesional es el encargado de la manipulación de maquinas que tienen una tecnología compleja como son aquellas que realizan radiografías, ecografías,

mamografías, tomografía axial computarizada (TAC) y resonancias magnéticas.
- Trabajará en equipo con otras áreas del hospital como son el área de urgencias, la unidad de cuidados intensivos o en los quirófanos debido al estado de ciertos pacientes que su situación no permite que sean trasladados para la realización de estas pruebas.
- Será el encargado de llevar a cabo el mantenimiento de las máquinas de rayos y medicina nuclear.
- Se encargará del correcto mantenimiento de las salas de diagnóstico, manteniendo en buen estado las máquinas, así como la propia sala colocando y rellenando de los materiales necesarios para las diferentes técnicas que se puedan llevar a cabo.
- Llevará a cabo las medidas de seguridad establecidas por el protocolo del centro sanitario en el que preste sus servicios, para así de esta manera protegerse ellos mismos y a sus pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la figura del técnico en imagen para el diagnostico y medicina nuclear es de vital importancia tanto en clínicas privadas como en centros hospitalarios ya que realizan múltiples funciones pero una de las más importantes será el diagnostico de enfermedades. Son indispensables para llevar a cabo el trabajo en equipo con otras áreas del hospital como urgencias, unidad de cuidados intensivos y quirófanos ya que deberán de realizar pruebas a pacientes que no se puedan trasladar debido a su estado de salud. Es muy importante, que este profesional sanitario esté en constante aprendizaje, reciclándose continuamente con las nuevas tecnologías para así de esta manera prestar un servicio de calidad al paciente.

6 Bibliografía

1. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003337.htm.
2. https://www.aulacem.es/tecnico-de-rayos-x/.

Capítulo 285

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ARCHIVO, FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS

VANESA REY GARCÍA

ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA

ALVARO MORA GARCIA

MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA

PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS

1 Introducción

El sistema de archivo de historias clínicas en un centro sanitario, es el lugar donde se encuentran todos los expedientes clínicos, que recopila todas las pruebas y procesos clínicos por los que pasa un paciente a lo largo de su vida.
Esos documentos estarán compuestos por el nombre del paciente, del facultativo que lo atendió y de todos los profesionales que participaron en el proceso clínico, así como la prueba realizada y todos los datos indispensables para llevar a cabo tal prueba y conocer el estado de salud del paciente. Estarán ordenados de manera de manera que se les pueda dar un uso correcto. Los datos en este servicio serán siempre correctos y deberán estar actualizados.
El celador tendrá un papel importante en esta unidad hospitalaria, ya que será el encargado de llevar el historial clínico del paciente de manera física, con toda la

información de anteriores procesos, a las consultas externas o donde se dispense dicho historial para atender correctamente al paciente.
Los historiales pueden estar archivados de distintas formas, como puede ser: de manera física en papel, informatizado o de manera audiovisual. Sea cual sea la manera en la que el archivo estará guardado se deberá de asegurar de que se conserve en perfecto estado por si en un futuro se requiere de nuevo.
La historia clínica deberá de contener un mínimo de datos, como, por ejemplo: la exploración física del paciente, las ordenes médicas, la evolución del paciente, todos los informes que estén relacionados con las pruebas requeridas complementariamente, los cuidados de enfermería, etc.
Si es un proceso de hospitalización, deberá de llevar también un informe de ingreso, un informe de alta, un informe de urgencias, etc.
Si fuera necesario la realización de una operación, también deberá de reflejarse en el historial clínico, el informe de anestesia, el informe de quirófano, el grafico de constantes, etc.
Por lo tanto, el celador en esta unidad será el encargado de una correcta organización y control de los documentos e historias clínicas dentro del centro hospitalario. Una de las principales funciones será de asegurarse de que todas las historias clínicas estén debidamente clasificadas, etiquetadas, y almacenadas de manera segura y accesible.

2 Objetivos

- Indicar las funciones de las historias clínicas.
- Desarrollar las funciones del celador dentro de la unidad de sistema de archivo.

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 área de archivo sufre a diario muchos cambios, ya que se debe actualizar a diario. Es un área hospitalaria que genera mucho trabajo, ya que en el se archivan todos los historiales clínicos de todos los pacientes ingresados en el hospital o que pasan por el área de urgencias.
En el trabajan varios miembros del hospital de distintas áreas, cada uno debe de saber muy bien sus obligaciones para cerciorarse de que el trabajo se realice a la perfección.
Deben organizar y clasificar los archivos y custodiar el área.
En esta área hospitalaria se guarda todos los historiales del hospital, así como, por ejemplo, toda la documentación relacionada con resultados de exámenes de laboratorio y radiología, informes de operaciones quirúrgicas, de tratamientos impartidos por los doctores; así mismo como todo lo relacionado con el proceso de ingreso del paciente hasta su alta médica.
La dirección del área de archivo será la encargada de organizar y mantener los archivos en las mejores condiciones, y garantizar la confidencialidad de todos los datos.
El celador en esta área se encargará entre otras cosas de trasladar los documentos, como, por ejemplo: partes médicos, historias clínicas, peticiones de los pacientes, etc.
Entre otras tareas que puede llevar a cabo el celador en la unidad de sistema de archivo pueden ser:
La recepción y el registro de los documentos que ingresan al área de archivo.
Clasificar y etiquetar los documentos que llegan según los criterios establecidos.
Organizar y mantener los expedientes en orden cronológico o alfabético.
Controlar y hacer un seguimiento de los archivos prestados por otros departamentos a este o a usuarios autorizados.
Se encargarán de digitalizar los documentos físicos, para poder llevar un seguimiento electrónico.
Se encargarán de realizar inventarios periódicos sobre el estado y la ubicación de los archivos, y hacer un reporte de ellos. se encargará de llevar archivos clínicos hasta las distintas unidades que así lo requieran se encargará además de trasladar la historia clínica junto con el paciente, cuando se realice un ingreso en planta, cerciorándose de que dicho historial clínico pertenece al paciente.
Por otra parte, el celador debe de tener claro que en ningún caso deberá dar el historial clínico a personas no autorizadas.
Por otro lado, debe conocer la confidencialidad del historial clínico del paciente

y solo accederá a los datos necesarios e imprescindibles para realizar las tareas que le han sido adjudicadas, como por ejemplo el traslado de habitación, en ese caso deberá de mirar únicamente el nombre del paciente para cerciorarse de estar trasladando a la persona correcta y la habitación para no equivocarse.
Es fundamental que el celador posea la habilidad de organización, atención al detalle y los conocimientos para trabajar con herramientas informáticas relacionadas con la gestión de documentación de archivos. Debe asegurarse de cumplir con las políticas y normativas internas de la institución respecto a la confidencialidad y seguridad de la información archivada.

5 Discusión-Conclusión

La actuación del celador en la unidad de sistema de archivo será de gran ayuda a la hora de transportar los historiales clínicos de una parte del hospital a otra.
El área de archivo es la parte imprescindible de organización de documentos clínicos de todo hospital.
En los archivos clínicos estarán todos los datos de un paciente a lo largo de su vida, desde vacunas hasta operaciones quirúrgicas.
Por todo lo anteriormente expuesto, podemos comprobar que el celador forma parte indispensable del equipo multidisciplinar de este servicio.
Cabe destacar la confidencialidad de tales archivos y que solo podrá acceder al archivo el celador cuando esté relacionado directamente con sus funciones.

6 Bibliografía

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

Capítulo 286

EL CELADOR EN FARMACIA: FUNCIONES E IMPORTANCIA

VANESA REY GARCÍA

ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA

PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS

ALVARO MORA GARCIA

MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA

1 Introducción

Los servicios de farmacia en un hospital estarán bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico, que será la persona responsable del seguimiento de los tratamientos farmacológicos para cada paciente. El farmacéutico trabajara de la mano del resto de profesionales, en los que se incluyen a los celadores, que son una parte imprescindible para el buen funcionamiento de este sector.
Un servicio de farmacia en un hospital es imprescindible, tanto como los profesionales que trabajan dentro de él.
La principal finalidad de este servicio es el buen uso de los medicamentos, para que la asistencia a los pacientes sea de la mayor calidad posible, atendiendo individualmente a cada uno, con lo que conseguiremos que la administración de medicamentos sea eficaz, segura y de manera eficiente.
El celador en este servicio hospitalario debe de conocer sus funciones a la perfección, ya que es un trabajador fundamental en este servicio.

Tiene diversas funciones y una gran importancia en el correcto funcionamiento del establecimiento.
Una de sus funciones es ocuparse de que el traslado de la medicación y de material sanitario se haga de manera eficiente y segura.
Esta área es la responsable del uso y distribución racional de los medicamentos en el hospital.

2 Objetivos

- Desarrollar las funciones del celador en la farmacia.

3 Metodología

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

4 Resultados

En un hospital este servicio es tan importante y necesario que no puede faltar un buen equipo de trabajo para poder realizar un buen trabajo. En esta área el celador es importante y debe conocer perfectamente sus funciones y debe llevarlas a cabo correctamente, para asegurar un correcto servicio.
Algunas de las responsabilidades principales para un celador en el área de farmacia son las siguientes:
- El celador es la primera persona con la que se encuentran las personas al llegar al área de farmacia, por lo tanto, debe de encargarse de atender correctamente a la persona de una manera cordial y atender las solicitudes que tengan y derivarlas a un profesional dentro del área.
- Tiene la labor de revisar el inventario, de controlar las fechas de caducidad de los medicamentos y de reponer los productos que sean necesarios en la farmacia.
- El celador no puede proporcionar medicación, pero puede ayudar en el proceso de realización de tareas, como puede ser buscar y entregar productos, asegurarse de que se cumplen las normas de seguridad.

- Es responsable de mantener en buen estado las instalaciones y los equipos dentro del área de farmacia, esto implica limpiar y desinfectar el área farmacéutica.
- Deberá recibir el material que suministran los proveedores a la farmacia, de esta manera controlando los albaranes de entrada, firmar este si todo es correcto y dar una copia a la persona responsable de la entrega. si se encuentra algún error en el albarán no se deberá de recibir los paquetes y se pondrá en conocimiento de la persona responsable del servicio de farmacia.
- Deberá de colocar la mercancía recibida dentro del área farmacéutica.
- Se encargará de distribuir la medicación y el material sanitario por el hospital al área de enfermeras en carritos de transporte unidosis de medicación.
- También se encargará de transportar productos desde otras áreas del hospital hasta el área de farmacia.
- Deberá de controlar la entrada de personal autorizado a la unidad de farmacia.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de farmacia en un hospital es de vital importancia, ya que es el encargado de suministrar medicamentos y material sanitario a todas las áreas. En la unidad de farmacia se encargan de que se haga un uso racional de medicamentos y material sanitario.
El celador en esta área es imprescindible y tiene un papel importante, deberá de conocer a la perfección sus funciones para que este servicio se desarrolle con total normalidad, entre esas funciones está el traslado de medicamentos y material sanitario a las diferentes unidades hospitalarias.
La unidad de farmacia deberá de asegurarse a través de los celadores de que la medicación llegue a los pacientes de manera adecuada y que la dosis que llegue sea la correcta, así como la frecuencia de la administración se realice bien y a tiempo y la duración del tratamiento sea la adecuada.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/farmacia-hospital-celador/.
2. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-que-realiza-el-celador-a-en-la-farmacia-hospitalaria/.

Capítulo 287

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

VANESA REY GARCÍA

ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA

ALVARO MORA GARCIA

MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA

PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS

1 Introducción

Se entiende por salud mental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a un estado mental, físico y psíquico de bienestar completo. Lo que esto nos quiere decir es que la salud no solo es la ausencia de enfermedades.
La salud mental se encuentra dentro de una rama de la medicina, la cual es denominada como psiquiatría, que tiene como objetivo el estudio, el diagnostico, el tratamiento y la prevención de enfermedades mentales, de conducta y de personalidad.
La principal labor de la rama de la psiquiatría es evitar o remediar algunas variantes psíquicas, que no son consideradas como normal, o que se desvían de lo que es considerado normal.
Actualmente un 60% de los hospitales públicos disponen de asistencia psicológica.

La frecuencia recomendada para acudir a terapia psicología es de entre 7 y 15 días.
Los pacientes vendrán remitidos por su médico de cabecera principalmente, lo que conocemos como atención primaria. El especialista le hará un seguimiento con lo que el paciente necesite, terapias, consultas, medicación y en algunos casos, si se requiere, el ingreso del paciente en la planta psiquiátrica.
El equipo por el cual estará compuesto esta unidad será de psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, auxiliares, celadores y trabajadores sociales.
Cada uno tendrá su función bien clara, en este caso los celadores deben conocer sus funciones a la perfección, ya que los pacientes de esta rama de la salud a veces tienen patologías que en ocasiones pueden ser una amenaza para el personal o para el mismo.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del celador en la unidad de salud mental.

3 Metodología

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

4 Resultados

La figura de los celadores es imprescindible para un buen desarrollo del funcionamiento del área, en este caso de la unidad de Salud Mental.
La actuación del celador en la unidad de salud mental es esencial para garantizar un entorno seguro, ordenado y adecuado para el tratamiento y la atención a los pacientes. En la unidad de Salud Mental la mayor parte de las tareas suponen estar en contacto directo con los pacientes.
Al ser un área médica con pacientes con unas características especiales de conducta, el celador carga con una gran responsabilidad.
Los celadores en esta área medica realizara funciones comunes que todos los celadores realizaran en cualquier área, como por ejemplo vigilar las entradas,

tramitar las informaciones escritas o verbales, el traslado de pacientes dentro del misma área o a distinta área, transportar el mobiliario necesario, etc.
Pero también tendrá que realizar una serie de funciones específicas para esta área, que le diferenciaran de un celador de cualquier otra área.
Algunas de ellas son:
- El celador se encargará de acompañar al paciente en sus desplazamientos internos dentro del centro, puede ser para acudir a consultas médicas, actividades grupales o a terapias. También debe de asegurarse de trasladar a los pacientes que requieren ser ingresados o trasladados a otros centros.
- Se encargará de mantener el orden y la seguridad en áreas de la unidad de Salud Mental, para ello debe colaborar con el control de accesos, manejar llaves y el seguimiento de las normas.
- El celador puede colaborar en la realización de actividades terapéuticas para los pacientes, como talleres, actividades deportivas o recreativas. La presencia de ellos en estas actividades es importante para proporcionar seguridad.
- Puede colaborar en las labores de limpieza y mantenimiento de las instalaciones de la unidad. Esto implica por ejemplo el levantar las persianas y bajarlas todos los días para controlar los ruidos. Esto es especialmente importante para evitar un empeoramiento o una activación de algún síntoma patológico.
- En esta área es importante que el celador vigile a los pacientes ante posibles autolesiones o agresiones.
- Ayudará a reducir a pacientes en un estado agresivo o alterado, si así lo requiere el equipo de profesionales
- También podrá ayudar animando y acompañando a pacientes que así lo requieran si un profesional lo prescribe.
- Puede colaborar en el control y gestión del material sanitario necesario para la atención a los pacientes. Esto implica verificar el stock del material y solicitar.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la actuación del celador en la unidad de Salud Mental es esencial con la finalidad de garantizar un entorno seguro, ordenado y adecuado para el tratamiento y atención de los pacientes. Su labor abarca desde el acompañamiento y traslado de os pacientes hasta la colaboración en actividades terapéuticas y el mantenimiento del orden y la seguridad en el área.
Los celadores que trabajen en esta área deben de tener mas paciencia y comprensión, ya que estarán en contacto directo con pacientes con patologías peculiares,

y deben de entenderlas y comprenderlas para poder realizar su trabajo de manera eficiente y eficazmente.

6 Bibliografía

1. https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/la-salud-mental-no-es-un-privilegio-es-un-derecho/.
2. https://revistamedica.com/funciones-celador-unidades-salud-mental/.

Capítulo 288

LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES Y LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y NORMAS BÁSICAS DE HIGIENE

JUAN ESTEBAN MORAL

SANDRA GONZALEZ AMORAGA

ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA

MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ

IRENE TENES MUÑOZ

1 Introducción

Las personas que manipulan alimentos tienen contacto directo con ellos durante su preparación, elaboración, transformación, procesamiento, envasado, transporte, distribución, manipulación, venta, suministro y servicio por razón de sus actividades laborales. Los requisitos que, en este sentido, confieren gran importancia social a este colectivo fueron fijados por las autoridades competentes con anterioridad a la derogación del Real Decreto 202/2000, por el que se establecían las normas relativas a los manipuladores de alimentos. Dado que, en última instancia, es su responsabilidad garantizar la seguridad e higiene de los alimentos que comemos, la formación de estos empleados es, por tanto, muy importante. Cuando los microorganismos patógenos entran en contacto con los alimentos y son manipulados de forma inadecuada por el personal, pueden propagarse y provocar enfermedades en los consumidores. Por todo ello, la educación

sanitaria de los manipuladores de alimentos es lo que realmente resulta eficaz para prevenir las enfermedades transmitidas por los alimentos, también conocidas como infecciones por toxinas alimentarias. El Reglamento (CE) 852/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativo a la higiene de los productos alimenticios, es el marco legal vigente que se aplica a los manipuladores de alimentos. Los requisitos de higiene personal de los empleados se establecen en el Capítulo VIII del Anexo II, y la capacitación que deben realizar los manipuladores de productos alimenticios se menciona en el Capítulo XII del Anexo II, como se verá más adelante. Las empresas relacionadas con la alimentación deben asegurarse de que los empleados que manipulan alimentos reciban una formación adecuada y continua en materia de higiene alimentaria. Esto permite: 1) Asegurar que se retenga la información aprendida, los comportamientos positivos, las actitudes y la motivación. 2) Actualizar la capacitación para reflejar los cambios en la legislación y las exigencias de cada puesto de trabajo. 3) Identificar las necesidades de la empresa y los puntos débiles de higiene alimentaria para brindar un mejor servicio y ser más competitivos.

2 Objetivos

Conocer los requisitos que deben tener los locales destinados al cocinado de productos alimentarios, identificando la importancia de la higiene de los trabajadores de la cocina del hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las especificaciones generales de los locales para productos alimenticios se recogen en el Reglamento 852/2004 CE, de 29/04/2004, en su Capítulo I:.

Las ubicaciones de los productos alimenticios deben mantenerse ordenadas y en buen estado.
Se debe interconectar un número suficiente de inodoros cisterna con una red de evacuación confiable. Estos no deben tener comunicación directa con las áreas donde se manipulan productos alimenticios.
Las redes de evacuación de aguas residuales deben ser lo suficientemente grandes para lograr los objetivos deseados y construidas de manera que minimicen el riesgo de contaminación. Cuando los canales de drenaje estén total o parcialmente abiertos, deben hacerse de manera que se evite el paso de residuos de un área contaminada a una limpia, especialmente cuando se manipulen productos alimenticios que representen un riesgo para el medio ambiente usuario final.
Se requiere una cantidad suficiente de lavabos solo para lavarse las manos que estén convenientemente ubicados. Deben tener acceso a agua corriente fría y caliente, así como a suministros higiénicos de limpieza y secado. Se deben proporcionar lavabos separados para lavarse las manos y limpiar los alimentos.
Deben evitarse las corrientes de aire mecánicas desde las áreas contaminadas hacia las áreas limpias, y deben estar disponibles métodos de ventilación mecánica o natural adecuados y suficientes. Los sistemas de ventilación deben construirse de modo que sea sencillo acceder a los filtros y otros componentes que necesitan ser limpiados o reemplazados.
Se requiere ventilación mecánica o natural adecuada en todos los baños.
Dispondrán de un espacio de trabajo suficiente para permitir la realización higiénica de todas las operaciones. Su disposición, diseño, construcción, ubicación y tamaño de los locales para productos alimenticios: a) permitirán un adecuado mantenimiento, limpieza y/o desinfección, prevendrán o minimizarán la contaminación del aire. b) evitar la acumulación de suciedad, la exposición a sustancias tóxicas, el depósito de partículas en los productos alimenticios y el desarrollo de moho o condensación en las superficies. c) Permitir procedimientos adecuados de higiene de los alimentos, como el control de plagas y la protección contra la contaminación. d) Dispondrán de capacidad suficiente para poder mantener los productos alimenticios a una temperatura adecuada que pueda ser verificada y, en su caso, registrada. Además, ofrecerán las condiciones adecuadas de manipulación, almacenamiento a temperatura controlada y capacidad.
Los locales de productos alimenticios deberán contar con suficiente luz artificial o natural.
El personal dispondrá de suficientes vestuarios cuando sea necesario.
Los productos de limpieza y desinfección no deben mantenerse cerca de las áreas donde se manipulan alimentos. Si no hacemos un buen trabajo, podemos ser los

culpables de alguna de estas enfermedades que vienen de la cocina, poniendo en peligro la salud de nuestros pacientes. Saber lo que se supone que debemos hacer, poder controlarlo y hacerlo correctamente es crucial. Los brotes de origen alimentario son un problema de salud pública porque pueden tener efectos negativos en algunas poblaciones.
Los alimentos o el agua son los medios de transmisión de enfermedades que se clasifican como transmitidas por los alimentos. Salmonella y son las bacterias que causan los brotes bacterianos con mayor frecuencia. Es fundamental insistir en la limpieza y desinfección de los utensilios de cocina, las distintas zonas de preparación y manipulación de alimentos, las superficies en contacto con los alimentos y las manos del manipulador para prevenir estos brotes. Las tareas de manejo, tratamiento y prevención de plagas y vectores también son cruciales. En caso de brote en el hospital, existen procedimientos específicos que se deben seguir para intervenir, corregir las no conformidades y desviaciones encontradas en el manejo y preparación de los alimentos, identificar el alimento que provocó el brote y las personas afectadas, e implementar cuidados médicos y de salud específicos. La adopción de políticas institucionales de higiene individual y grupal es un requisito previo para la prevención.

5 Discusión-Conclusión

Dado que este proceso afecta directamente la salud de los pacientes que ingresan o reciben tratamiento médico en los hospitales, hemos llegado a comprender la importancia de la correcta manipulación de los alimentos en los servicios hospitalarios por parte del personal de cocina, desde que se producen hasta que se consumen. Se ha comprobado el vínculo entre la manipulación inadecuada de los alimentos y el desarrollo de enfermedades transmitidas por ellos. Dado que el manipulador suele actuar como vehículo de transmisión de la contaminación de los alimentos por actuaciones indebidas, las precauciones higiénicas son las más eficaces en la prevención de estas enfermedades. Para la gestión de los sistemas de garantía de seguridad y seguridad alimentaria en el establecimiento de salud y para lograr cambios duraderos en el manejo y preparación de los alimentos, es fundamental que los involucrados en la cadena alimentaria hospitalaria reciban educación y capacitación continua. Por ello, el ayudante de cocina, al igual que el resto de miembros de este equipo, juega un papel fundamental en la cocina. En los centros de salud, el ayudante de cocina debe ser extremadamente cuidadoso y apegarse a las normas y lineamientos establecidos por el personal encargado de preparar los distintos tipos de dietas en los casos de pacientes con

complicaciones por algún tipo de alergia.

6 Bibliografía

1. https://sirviella.com/noticias/10-consejos-para-mantener-la-limpieza-de-cocinas-industriales/.

Capítulo 289

LA RESPONSABILIDAD DE EVITAR LA CONTAMINACIÓN Y LA CADUCIDAD DE ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

JUAN ESTEBAN MORAL

SANDRA GONZALEZ AMORAGA

ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA

MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ

IRENE TENES MUÑOZ

1 Introducción

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 participación de los pinches en la creación de diversas tareas es crucial, y la eficacia y el calibre del servicio están directamente relacionados con lo que hacen. Proporcionar alimentos seguros para los pacientes hospitalizados y ayudar a preparar una dieta equilibrada para ellos con el fin de prevenir la desnutrición son las principales responsabilidades del ayudante de cocina. Ayudar al cocinero a preparar los platos es una de las funciones asignadas al ayudante de cocina. Esto implica, entre otras

cosas, limpiar y picar verduras y otros alimentos, así como ayudar a descargar suministros o mover ingredientes del almacén a la cocina, lo que implica un contacto directo con los alimentos. Es importante seguir esta pequeña clasificación de reglas, hábitos y costumbres en correspondencia con el almacenamiento y manejo de los alimentos, para evitar su contaminación. El ayudante de cocina también debe velar por la correcta conservación y trabajo de los productos para mantener todos los alimentos en las mejores condiciones posibles. Un alimento se considera alterado si sus propiedades organolépticas, composición intrínseca o valor nutritivo se han deteriorado como consecuencia de causas físicas, químicas, microbiológicas o tecnológicas. Mohos, bacterias y otros posibles factores de riesgo de cambios en la composición de los alimentos. , no tome medidas unilaterales. Además, afecta la forma en que el asistente de cocina almacena y mantiene el artículo, así como el tiempo que lleva consumir ese artículo. Para evitar la contaminación de los alimentos almacenados, la cocina del hospital debe estar extremadamente limpia y libre de virus, bacterias y artrópodos. Los alimentos pasan por varias etapas —recolector, transportador, proveedor, etc., desde que se recolectan en las fincas o durante la cosecha hasta que llegan a manos del ayudante de cocina y esto podría cambiar qué tan bien se conserva la comida. El Código Alimentario español define como alimento alterado aquel que, durante su adquisición, preparación, manipulación, transporte, almacenamiento o conservación, y por causas no provocadas deliberadamente, sufre variaciones en sus características organolépticas, composición química o valor nutritivo de tal forma que manera que la aptitud para el consumo se anula o disminuye, aunque permanece inofensiva. Se realizan inspecciones periódicas sin previo aviso para asegurarse de que la cocina funcione correctamente y para seguir proporcionando comidas a los pacientes del hospital.

2 Objetivos

Saber qué es la contaminación cruzada, qué la produce y cómo evitarla, y definir la importancia de la colaboración de los trabajadores de cocina, para proporcionar la seguridad alimentaria a los pacientes, a través de protocolos exhaustivos.

3 Metodología

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

científica existente sobre las funciones del celador. Se ha realizado una búsqueda temática en páginas de internet y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El personal de cocina del hospital debe estar capacitado para conocer todos los alimentos y sus reglas de almacenamiento y cómo colocarlos para que los olores y los sabores no se mezclen. Para ello, debe realizar un curso de manipulación de alimentos. Además, también realiza la colocación correcta cuando se entrega la comida porque el transportista la envolverá y el ayudante de cocina tendrá que colocar correctamente la comida que se acaba de entregar y mirar siempre la fecha de caducidad y seguir las instrucciones , se consumirá más cerca de la fecha de vencimiento. Comprobar que la estantería o mueble donde se coloca esté limpio y en perfecto estado. El ayudante de cocina seguirá las indicaciones del chef para que sea considerado su ayudante, además deberá avisar a su superior si el alimento entregado se encuentra en mal estado para el registro y no se encuentra dañado en stock. De esta forma, los proveedores de piensos deben reponer estos piensos de forma inmediata y gratuita. Se trata de higiene personal básica como llevar ropa adecuada, no llevar collares para su correcto manejo y trabajar bajo la supervisión de amas de casa y chefs si corresponde, también siempre bajo la supervisión del chef. Los factores que pueden alterar la composición de un alimento y, por lo tanto, afectar su nutrición serán de naturaleza fisiológica, por ejemplo, deshidratación, deshidratación, sequedad o humedad que inutilicen el alimento. En condiciones de congelación, cuando se introducen alimentos congelados en la dieta para su preparación, se deben dejar fuera del congelador por un período de tiempo suficiente para que la descongelación no produzca efectos adversos durante la preparación de los alimentos. El almacén debe tener una temperatura adecuada, ni fría ni caliente porque puede dañar la fruta o los alimentos que no soportan el calor. En cuanto al factor químico, la oxidación puede ocurrir porque algunos alimentos no están envueltos o tapados, dañando y provocando la oxidación. En los factores biológicos encontramos el crecimiento y actividad metabólica de bacterias, levaduras y hongos (fermentación y putrefacción), la actividad de insectos, roedores, pájaros y otros organismos, otros animales. Los alimentos, por sus factores intrínsecos, son un medio de cultivo ideal para el crecimiento de microorganismos. La presencia de determinados agentes microbianos, junto con unas condiciones inadecuadas de almacenamiento y manipu-

lación, pueden dar lugar a intoxicaciones alimentarias (ITA). La alta popularidad de estas imágenes en los últimos años y el impacto económico de su procesamiento han llevado a las autoridades a crear un marco legal y regulatorio para asegurar la calidad de los alimentos y así evitar las consecuencias para los consumidores. El AIT es una enfermedad causada por microorganismos patógenos que se presenta al poco tiempo (horas o días) después del consumo de alimentos o bebidas inadecuados. El origen de la imagen puede ser por ingerir alimentos contaminados con microorganismos proliferantes y patógenos (infección), ingerir alimentos contaminados con toxinas por la proliferación de microorganismos en el sustrato (envenenamiento), o una combinación de ambos (intoxicación). El principal factor implicado en el origen y desarrollo del AIT es la mala higiene. La higiene de los alimentos implica la manipulación adecuada de los alimentos y bebidas, los utensilios y equipos utilizados para preparar, servir y consumir, así como el cuidado y manipulación de alimentos contaminados por bacterias de intoxicación alimentaria. Proceden de animales que elaboran alimentos. La prevención es fundamental para evitar que se produzcan contaminaciones. En la mayoría de los AIT, el cuadro clínico es esencialmente una gastroenteritis aguda. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y epidemiológica, y el tratamiento incluye evitar la deshidratación, reducir la fiebre y el malestar general. Para las medidas dietéticas, la fase aguda de la enfermedad, 3164 recomienda utilizar caldo de arroz, zanahoria, cebolla o apio en lugar de agua. A partir de las 24-48 horas se recomienda seguir una dieta con alimentos como arroz, puré de patata, patata hervida, tostadas, pescado blanco hervido, pollo hervido, carne a la brasa, zumo, etc. Deben evitarse los alimentos ricos en fibra, como las legumbres secas y las verduras crudas, las tortas, la leche de vaca, las bebidas estimulantes, los frutos secos, el alcohol y las bebidas carbonatadas. En cuanto al tratamiento farmacológico, en muchos casos, además de las medidas anteriores, es necesario tratar con fármacos, que pueden incluir analgésicos, antieméticos, antidiarreicos y antibióticos según el tipo de bacteria que provoque la intoxicación.

5 Discusión-Conclusión

Como cualquier otro profesional que trabaja con la cocina y la alimentación, los auxiliares de hospital siempre deben tener en cuenta las medidas de seguridad alimentaria. En una cocina de hospital, este concepto es más importante que en otros ámbitos de la hostelería por la situación de los usuarios. Los asistentes de hospital deben comprender los riesgos de contaminación de los alimentos con los que trabajan y los pasos que deben seguir para evitar o minimizar la contam-

inación. En la cocina de un centro hospitalario debe existir un plan de higiene alimentaria para mantener la salud de los pacientes.
Como todos los hospitales se esfuerzan por mejorar la atención y el cuidado de los pacientes, la tarea de ayudante de cocina es un indicador importante de la satisfacción del paciente y una parte esencial del tratamiento. Los ayudantes de cocina también son los encargados de distribuir la comida diaria a cada paciente, por lo que es necesario mantener adecuadamente las características del servicio correspondiente en cuanto a horario e higiene.

6 Bibliografía

1. Decreto 2484/1967, de 21 de septiembre, por el que se aprueba el texto del Código Alimentario Español.
2. Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada (SENBA). [portal de internet]. https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-.

Capítulo 290

LA ORGANIZACIÓN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS DEL GÉNERO DENTRO DE LOS ALMACENES

JUAN ESTEBAN MORAL

SANDRA GONZALEZ AMORAGA

ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA

MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ

IRENE TENES MUÑOZ

1 Introducción

Podemos entender la vida útil de un alimento como la etapa en la que es apto, seguro para comer, conservando en su totalidad sus propiedades nutricionales, organolépticas e higiénicas. Debemos clasificar los alimentos según sus características y recomendaciones de conservación, pudiendo distinguir entre: frescos, refrigerados y congelados. Desde el momento de la compra hasta el almacenamiento, siempre tenemos que mantener la cadena de frío. Los productos que deben almacenarse en el refrigerador deben alcanzar una temperatura entre 0 y 4 grados centígrados, para los productos congelados requerimos una temperatura de -18 grados centígrados. Durante la descongelación, debemos considerar no hacer el proceso a temperatura ambiente. Tenemos que poner la comida en el

congelador, por lo que comenzaremos a descongelar el día anterior y seguiremos avanzando.
Al procesar alimentos, se proporcionará una temperatura de alimentos precocinados de 70℃ durante al menos 15 minutos. Necesitamos saber que los alimentos se almacenan en el congelador y el refrigerador por un período de tiempo, por lo que todos los alimentos deben estar marcados con la fecha con anticipación y conocer su vida media para evitar que se dañen y se desechen. Según el alimento, debe tratarse de forma diferente para evitar su deterioro y asegurar las condiciones óptimas para su consumo.

2 Objetivos

Definir y saber de qué manera se deben de almacenar los alimentos dentro de las cocinas hospitalarias, así como hacer la rotación de los mismos.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo de investigación se han consultado las bases de datos más importantes de internet. También se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica sanitaria existente en referencia con el correcto almacenaje que deben de tener los alimentos dentro de las cocinas hospitalarias.

4 Resultados

El trabajador en la cocina del hospital es un trabajo sumamente importante y necesario. Como todos sabemos, los alimentos preparados están destinados a pacientes cuya salud está comprometida, por lo que tendremos que realizar el almacenamiento y manipulación de los alimentos correctamente, para evitar cualquier forma de infección o contaminación cruzada. Los alimentos no perecederos son alimentos que son más duraderos y se pueden almacenar sin refrigeración. Estos se almacenarán en un lugar fresco, bien iluminado, protegido del sol y ventilado. Los alimentos deben almacenarse en su embalaje original. No deben exponerse al sol, ya que este favorece la rápida oxidación de los alimentos, reduciendo así el valor nutricional y la calidad del producto. Debemos mantener el ambiente limpio y debidamente desinfectado, manteniendo bajas temperaturas y una ventilación adecuada se logrará una reducción importante de la humedad y reducción de olores. Alimentos perecederos: son alimentos que debemos consumir a

los pocos días de su compra, aunque estén guardados en el frigorífico, porque los factores ambientales facilitan su rápida descomposición. Para almacenar estos alimentos, utilizaremos un refrigerador para mantenerlos frescos para un consumo inmediato o podemos congelarlos para un uso futuro. Algunos alimentos deben conservarse a temperaturas muy bajas porque se compran congelados desde su preparación hasta su consumo. Se debe tener en cuenta la vida útil de todos los alimentos y se deben desechar aquellos que no estén en óptimas condiciones para su consumo. Algunos ejemplos de alimentos perecederos son: productos lácteos, frutas y verduras, carnes frescas, huevos, embutidos, postres, alimentos que han sido extraídos de su envase original. Ejemplos de alimentos que no son perecederos: atún enlatado, vegetales congelados, legumbres, sopas y pastas enlatadas, artículos sellados y colocados en sus sitios.

5 Discusión-Conclusión

Debemos conocer el tipo de alimento y sus principales características para preparar una comida. Por tanto, podemos distinguir dos categorías: alimentos perecederos y no perecederos. Debemos mantener el ambiente limpio y debidamente desinfectado, mantener bajas temperaturas y una ventilación adecuada reducirá en gran medida la humedad y reducirá los olores. Alimentos perecederos: son alimentos que debemos consumir a los pocos días de su compra, aunque estén guardados en el frigorífico, porque los factores ambientales facilitan su rápida descomposición. Dependiendo del alimento, este debe ser procesado de diferentes formas para evitar que se eche a perder y en óptimas condiciones de consumo. Otro factor a considerar es la fecha de caducidad del producto, ya que se descartarán aquellos que no cumplan con el requisito de poder transformarse y tratarse para el consumo de pacientes hospitalizados.

6 Bibliografía

1. https://supercampo.perfil.com/2020/05/consejos-almacenar-comida-prevenirenfermedades/.
2. https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/.
3. https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v1_n1_a7.pdf.

Capítulo 291

CONTROL DE MATERIAS PRIMAS POR EL PINCHE DE COCINA

ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO

CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ

JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ

LUCIA AGUJETAS MAYA

CONCEPCIÓN NIETO QUILON

1 Introducción

El control de materias primas se refiere a la gestión y supervisión de los insumos o materiales utilizados en la producción de bienes o servicios. Es un proceso importante para garantizar la calidad, disponibilidad y eficiencia en la cadena de suministro de una empresa.
Es fundamental elegir proveedores confiables y de calidad para garantizar la obtención de materias primas adecuadas. Esto implica evaluar su capacidad de suministro, reputación, cumplimiento de estándares de calidad, precios competitivos y políticas de sostenibilidad. Al recibir las materias primas, se deben verificar su cantidad, calidad y conformidad con los requisitos establecidos. Es esencial contar con procedimientos de inspección y registro adecuados. Además, el almacenamiento debe realizarse de manera que se eviten daños, contaminación o deterioro (1).

Se debe llevar un seguimiento preciso de las existencias de materias primas disponibles en el almacén. Esto implica establecer sistemas de inventario, como códigos de barras, etiquetas o software de gestión, para controlar las entradas, salidas y existencias disponibles. También es importante realizar controles de calidad periódicos para asegurarse de que las materias primas cumplen con los estándares establecidos. Esto puede incluir pruebas de laboratorio, inspecciones visuales o evaluaciones sensoriales. Además, se recomienda implementar sistemas de trazabilidad para rastrear el origen y destino de las materias primas a lo largo de la cadena de suministro.
Por lo tanto, las materias primas deben ser manipuladas adecuadamente para evitar daños o contaminación. Se deben establecer prácticas de manejo seguro, como el uso de equipos de protección personal y procedimientos de higiene. Asimismo, es necesario almacenar las materias primas en condiciones óptimas, como temperatura, humedad y luz adecuadas, para preservar su calidad. Y es que un buen control de materias primas implica tener en cuenta la demanda de los productos y planificar los pedidos de insumos en consecuencia. Esto ayuda a evitar escasez o exceso de inventario y permite una gestión más eficiente de los recursos.

2 Objetivos

Exponer el control de materias primas por el pinche de cocina.

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 control de materias primas es un aspecto importante en muchas industrias para asegurar la calidad y la consistencia de los productos finales. En el ámbito culinario, ”pinche” puede referirse a un ayudante de cocina o un chef asistente. En este caso, es posible que se esté hablando de que este individuo se encarga

del control de las materias primas en la cocina, verificando su calidad, cantidad y estado antes de su utilización en la preparación de los alimentos.
En general, el control de materias primas implica llevar a cabo procesos como la inspección de las materias primas entrantes, el muestreo y análisis de muestras, el seguimiento de los proveedores, el registro de datos y el aseguramiento de la conformidad con los estándares de calidad establecidos. Estos controles pueden realizarse mediante procedimientos internos, como pruebas de laboratorio, y también pueden involucrar la colaboración con proveedores externos para asegurar la calidad de las materias primas utilizadas en la producción (2).
El control de materias primas en la cocina es una parte esencial de la gestión de alimentos y puede contribuir significativamente a la calidad y consistencia de los platos que se preparan. El "pinche de cocina" (o "ayudante de cocina") generalmente tiene la responsabilidad de asistir al chef o cocinero principal en diversas tareas, incluido el control de las materias primas.
El pinche de cocina puede estar involucrado en recibir las entregas de las materias primas que llegan a la cocina. Es fundamental que se verifique la calidad y cantidad de los productos entregados para asegurarse de que cumplan con los estándares establecidos. También debe asegurarse de que las materias primas se almacenen adecuadamente para mantener su frescura y evitar la contaminación cruzada. Etiquetar y fechar los productos también es importante para asegurar el uso en orden de llegada. Además, para evitar que los ingredientes se estropeen, es esencial seguir el principio "FIFO" (First In, First Out), lo que significa que los productos más antiguos deben utilizarse primero para que no caduquen o se deterioren (3).
Es importante también mantener un registro actualizado del inventario y comunicar cualquier escasez o necesidad de reposición al chef o al encargado de compras. Esto incluye asegurarse de que las materias primas se preparen adecuadamente antes de ser utilizadas en las recetas. Esto puede incluir limpiar, cortar y medir los ingredientes según las especificaciones del chef.

5 Discusión-Conclusión

El control de materias primas es de vital importancia en cualquier proceso de producción, ya que afecta directamente la calidad, disponibilidad y eficiencia en la cadena de suministro. Aunque no estoy familiarizado con el término específico "por el pinche", puedo proporcionar una conclusión general sobre la importancia del control de materias primas en la gestión empresarial.
El control adecuado de las materias primas asegura que los insumos utilizados en

la producción cumplan con los estándares de calidad establecidos. Esto garantiza que los productos finales sean consistentes y cumplan con las expectativas del cliente. Además, un buen control de materias primas permite detectar y prevenir problemas de calidad, minimizando la posibilidad de productos defectuosos o rechazados.

6 Bibliografía

1. https://bacformacion.com/curso/pinche/71092/control-y-acondicionamiento-de-materias-primas-y-productos-preparados
2. https://orionformacion.com/categoria/1277/pinche
3. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/pinche_lectura_01.pdf

Capítulo 292

EL IMPACTO DE LA ROTACIÓN DE PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA EN LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS

LUCIA AGUJETAS MAYA

CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ

JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ

ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO

CONCEPCIÓN NIETO QUILON

1 Introducción

La rotación de pinches de cocina hospitalaria puede tener varios aspectos positivos y es una práctica importante que puede ofrecer varios beneficios tanto para el personal de la cocina como para los pacientes y la calidad de los alimentos.
Trabajar en una cocina hospitalaria puede ser estresante y demandante. La rotación del personal permite que los pinches tengan descansos regulares y evita que se sientan agotados o quemados por el trabajo. Esto puede ayudar a mantener la moral alta y promover un ambiente de trabajo más saludable (1).
Con la rotación de personal, los pinches de cocina pueden adquirir experiencia y habilidades en diferentes áreas de la cocina. Esto los hace más versátiles y capaces de asumir diferentes roles según las necesidades del hospital. Si un miembro del

equipo está ausente o se requiere más personal en una determinada área, aquellos que han sido rotados pueden llenar esas brechas.
Al rotar el personal, se fomenta el aprendizaje cruzado. Los pinches pueden aprender unos de otros y compartir las mejores prácticas, lo que conduce a una mayor eficiencia en la preparación y el servicio de alimentos.
La rotación del personal en la cocina hospitalaria garantiza que más de un miembro del equipo esté capacitado en cada función. Esto reduce el riesgo de cometer errores debido a la falta de conocimiento o experiencia en una tarea específica.
Al permitir que diferentes miembros del equipo se involucren en la preparación de alimentos, se evita que las habilidades de cocina de un solo individuo sean el único factor determinante de la calidad de las comidas. La rotación puede ayudar a garantizar que la calidad de los alimentos sea más consistente y esté menos sujeta a la variabilidad individual.

2 Objetivos

Analizar el impacto de la rotación de los pinches de cocina en la calidad 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.

4 Resultados

La rotación de pinches de cocina hospitalaria puede tener un impacto significativo en la calidad de los alimentos y en la operación general de la cocina.
La rotación frecuente de personal en la cocina puede llevar a una falta de uniformidad en la preparación de los alimentos. Cada cocinero puede tener su estilo y técnicas, lo que puede resultar en variaciones en el sabor, la textura y la presentación de los platos. Esto podría afectar la satisfacción de los pacientes y del personal que consume las comidas.

Los pinches de cocina hospitalaria deben estar bien informados sobre las alergias alimentarias y las restricciones dietéticas de los pacientes. La rotación constante de personal podría aumentar el riesgo de errores en la preparación de alimentos para personas con necesidades especiales, lo que podría tener consecuencias graves para su salud.
Además, los hospitales tienen normas y protocolos estrictos en cuanto a seguridad alimentaria y saneamiento para proteger la salud de los pacientes. La rotación de personal puede dificultar la garantía de que todos los empleados estén plenamente capacitados y cumplan con estas pautas, lo que podría aumentar el riesgo de brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos (2).
Un equipo de cocina que trabaja bien junto y se conoce bien puede ser más eficiente y productivo. La rotación frecuente de personal puede llevar a una curva de aprendizaje repetida y puede requerir más tiempo para que los nuevos miembros del equipo se adapten a los flujos de trabajo y rutinas establecidas.
La rotación de personal puede dificultar el desarrollo de habilidades a largo plazo en la cocina. Los pinches de cocina necesitan tiempo para aprender y perfeccionar sus habilidades culinarias, y si se les da poca oportunidad de crecimiento, puede afectar negativamente su desempeño en el futuro. La rotación constante de personal puede afectar la cohesión y el trabajo en equipo en la cocina hospitalaria. La confianza y la comunicación entre los miembros del equipo son fundamentales para una operación fluida y la entrega de comidas de calidad a los pacientes (3).
En resumen, la rotación de pinches de cocina hospitalaria puede impactar negativamente la calidad de los alimentos y la eficiencia operativa. Para mitigar estos problemas, es esencial que los hospitales y establecimientos de salud inviertan en una adecuada formación y capacitación del personal, así como en la implementación de procesos y sistemas que aseguren la coherencia en la preparación de los alimentos y el cumplimiento de los estándares de seguridad alimentaria. Además, fomentar un ambiente de trabajo positivo y apoyar el desarrollo profesional del personal de cocina puede ayudar a mejorar la calidad de las comidas y la satisfacción de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la rotación de pinches de cocina hospitalaria puede tener un impacto tanto positivo como negativo en la calidad de los alimentos. Es una práctica importante que permite la flexibilidad y adaptabilidad del personal, reduciendo el agotamiento laboral y promoviendo el desarrollo profesional. Además, fomenta

la eficiencia y el aprendizaje cruzado, lo que puede ser beneficioso para mantener la calidad de los alimentos y reducir el riesgo de errores.
Sin embargo, la rotación también puede presentar desafíos, como la falta de consistencia en la preparación de los platos debido a diferentes estilos culinarios de los miembros del equipo y la posibilidad de que los nuevos miembros tengan dificultades para cumplir con los estándares de seguridad alimentaria y dietéticos.

6 Bibliografía

1. https://sinfsa.com/wp-content/uploads/2022/04/RECEPCION-ALMACENAMIENTO-Y-CONSERVACION-DE-ALIMENTOS-EN-LA-COCINA-HOSPITALARIA_compressed.pdf.
2. https://dioposiciones.com/wp-content/uploads/2018/07/EXPLICACION-tema-1.2.-LA-ALIMENTACI%C3%93N-DE-LOS-PACIENTES.-Temario-espec%C3%ADfico-PINC-HE_.pdf.
3. http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/5/calidadcocina.pdf.

Capítulo 293

MAQUINARIA A UTILIZAR POR LOS PINCHES EN COCINA HOSPITALARIA

JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ

LUCIA AGUJETAS MAYA

ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO

CONCEPCIÓN NIETO QUILON

CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La importancia de utilizar buena maquinaria en la cocina es significativa en varios aspectos, tanto en cocinas profesionales como en el ámbito doméstico. Las máquinas de cocina bien diseñadas y de calidad permiten realizar las tareas culinarias de manera más rápida y eficiente. Esto ayuda a optimizar el tiempo y recursos, lo que es especialmente relevante en restaurantes, hoteles y hospitales donde se deben preparar grandes cantidades de alimentos.
La maquinaria adecuada garantiza una mayor consistencia en la calidad de los platos preparados. Los equipos bien ajustados y calibrados ayudan a obtener resultados más precisos en términos de cocción, textura y sabor, lo que es esencial en establecimientos de alimentos y bebidas que desean mantener un estándar alto. Además, las máquinas de cocina modernas están diseñadas para cumplir con los estándares de seguridad e higiene alimentaria. El uso de equipos limpios y en

buen estado reduce el riesgo de contaminación cruzada y enfermedades transmitidas por los alimentos, lo cual es crucial para proteger la salud de los comensales (1).
Al invertir en maquinaria de calidad, se evitan costosos problemas de mantenimiento y reemplazo frecuente. Los equipos bien construidos y duraderos pueden tener una vida útil más larga, lo que reduce los gastos generales a largo plazo. Algunas máquinas, como batidoras, procesadoras de alimentos o licuadoras, permiten realizar técnicas culinarias más avanzadas y creativas. Estas herramientas amplían las posibilidades en la preparación de alimentos y permiten innovar en la cocina.
Utilizar maquinaria adecuada hace que el trabajo en la cocina sea más cómodo para el personal. Esto puede mejorar la moral del equipo y reducir el estrés relacionado con las tareas diarias.

2 Objetivos

Conocer el tipo de maquinaria utilizada por los pinches de cocina hospitalaria.

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 algunos países de habla hispana, especialmente en México, la palabra ”pinche” se usa coloquialmente como sinónimo de ”ayudante” o ”asistente”. Entonces, un ”pinche de cocina” se refiere a un ayudante de cocina, alguien que trabaja bajo la supervisión del chef o cocinero principal, asistiendo en la preparación de los alimentos y realizando tareas diversas en la cocina.
En cuanto a la maquinaria utilizada en cocina hospitalaria, puede variar dependiendo del tamaño del hospital y la cantidad de comidas que se preparan diariamente. Algunas de las máquinas comunes que se utilizan en la cocina hospitalaria

son diferentes y variadas. Se utilizan hornos para asar, hornear y calentar alimentos en grandes cantidades. También estufas y cocinas industriales para cocinar alimentos en ollas y sartenes a gran escala. También son importantes las freidoras para freír alimentos de forma eficiente y las parrillas para asar carnes, pescados y verduras (2).
Algunos alimentos se cocinan al baño María utilizado para mantener los alimentos calientes sin sobre cocinarlos. Otra máquina importante son los hornos microondas para calentar comidas y descongelar alimentos rápidamente. También es necesario usar procesadores de alimentos para cortar, triturar y mezclar ingredientes en grandes cantidades y batidoras y licuadoras industriales para preparar mezclas y batidos. Finalmente, después de cocinar, se utilizan lavavajillas industriales para limpiar y desinfectar grandes cantidades de utensilios y platos (3).
Otro tipo de máquinas utilizadas para mantener frio son las máquinas de hielo usadas para producir hielo en grandes cantidades.
Máquinas de café y dispensadores de bebidas calientes: Para proporcionar café y otras bebidas a pacientes y personal.
Es importante destacar que los pinches de cocina son una parte fundamental del equipo culinario en muchos restaurantes y establecimientos de comida, y su labor contribuye al buen funcionamiento de la cocina y la satisfacción de los comensales. A menudo, también es una posición de aprendizaje para aquellos que buscan desarrollar sus habilidades culinarias y avanzar en su carrera en el ámbito gastronómico. Es primordial que los cocineros y el personal de cocina reciban una capacitación adecuada para el manejo seguro y eficiente de la maquinaria en la cocina hospitalaria. Además, la higiene y el cumplimiento de las normas de seguridad alimentaria son fundamentales en entornos hospitalarios para garantizar la salud y bienestar de los pacientes y el personal.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, en la cocina hospitalaria, el uso de maquinaria adecuada y de calidad es esencial para garantizar la eficiencia, seguridad alimentaria y la calidad de los platos preparados. Aunque es inapropiado referirse al personal de cocina con términos despectivos, es importante destacar que los cocineros y el personal de cocina desempeñan un papel crucial en la preparación de alimentos para pacientes y personal hospitalario.
La maquinaria utilizada en cocina hospitalaria puede variar dependiendo del tamaño y las necesidades del hospital, pero algunas de las máquinas comunes incluyen hornos, estufas industriales, freidoras, baños maría, lavavajillas indus-

triales, procesadores de alimentos, entre otros.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/cocinas-hospital-maquinaria/.
2. https://revistamedica.com/clasificacion-menaje-cocina-hospitalaria/.

Capítulo 294

LA RELACIÓN DEL CELADOR CON LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL

ANA BELEN SANCHEZ MAESTRE

EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA

IMANOL MECO GOMEZ DE LAS HERAS

MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ

MANUELA MUÑOZ GARCÍA

1 Introducción

La sanidad pública tiene muchas especialidades siendo una de ellas el área de urgencias. Todos los trabajadores se encuentran organizados en función de una meta común que es velar por el bienestar del paciente. En este capítulo relacionado con las urgencias en el hospital y con el celador vamos a exponer una serie de aspectos que se expresan con el modo en el que debe de actuar el celador cuando está trabajando en el área de urgencias de un hospital. Para ello trataremos de visualizar la importancia que tiene en el desarrollo de sus funciones la coordinación con el equipo de urgencias del hospital. En todas las áreas de trabajo es fundamental que la coordinación sea una meta común, así como el velar por el bienestar del paciente y esto se debe de llevar a cabo de manera exhaustiva. Es imprescindible en esta meta común que los distintos trabajadores en las urgencias hospitalarias atiendan a aspectos como la inmediatez y la rápida capacidad de respuesta siendo valores de primer orden que se han de aplicar por todos los

trabajadores de este área de servicio. En este capítulo trataremos de ver la figura del celador respecto a sus funciones en el área de urgencias y como el correcto proceder de su trabajo es fundamental para dicha área de trabajo.

2 Objetivos

Analizar varias funciones importantes que realiza el celador en el área de urgencias.
Exponer la relevancia del desarrollo de las funciones del celador en el área 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 apartado de resultados nos va a servir para exponer diversas cuestiones importantes de nuestro estudio que relacionan el celador con el área de urgencias. Para comenzar queremos exponer que el celador tiene como misión principal la atención al paciente así como la coordinación con el resto de los trabajadores de urgencias. Como hemos visto en la introducción esta es una premisa de trabajo en este área del hospital. Para concretar la actividad del celador en este área especificamos que el mismo debe de informar paciente cuando esté en la unidad de urgencias de aspectos generales y aquellos específicos de los que esté encargado. Debe de derivar al paciente al lugar donde deba de estar y si este no puede moverse por sí mismo desplazarlo él. El celador también es el encargado de que en el área de urgencias el paciente esté lo más calmado posible. Debe de controlar también de que permanezca en este área el personal autorizado y si el paciente está acompañado que también se encuentre debidamente autorizado. Tiene que controlar que no haya personas deambulando por los espacios de urgencias. Otra de sus tareas es estar atento a cualquier orden o instrucción que le pueda dar el resto del personal que trabaja con él. El celador es imprescindible para el trabajo

de otros profesionales de la salud en el área de urgencias. Siendo la inmediatez de respuesta y la capacidad de actuación rápida uno de los aspectos imprescindibles en este espacio hospitalario. Relacionado con esto mencionar que el área de urgencias es un lugar de imprevistos continuos. Es por ello que aspectos como la capacidad de respuesta son muy valorables en este área de servicio. Debiendo estar el celador perfectamente formado en sus funciones y en la capacidad de respuesta de este espacio de destino.

5 Discusión-Conclusión

Una vez analizados los objetivos más importantes en lo que respecta al celador y su relación con las urgencias hospitalarias visualizamos que su papel es importante en dicho lugar. Esto se debe sobre todo a aspectos como la ayuda que presta al resto de los profesionales de la salud. Sacamos también como conclusión que el área de urgencias de un hospital hay cuestiones fundamentales que deben de perseguir todos los trabajadores con la finalidad de una meta común. La primera de ellas es el bienestar del paciente. Esto se desarrolla a través de aspectos como la inmediatez de respuesta y la coordinación entre todos los trabajadores del área de urgencias, siendo con ello imprescindible la colaboración del profesional de la salud celador.

6 Bibliografía

1. Salmerón Salmerón, MD. (2014). El celador en el área de urgencias. E- Lena Design Editores.

Capítulo 295

EL CELADOR DESTINADO EN LA PLANTA DEL HOSPITAL

ANA BELEN SANCHEZ MAESTRE

IMANOL MECO GOMEZ DE LAS HERAS

MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ

MANUELA MUÑOZ GARCÍA

EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA

1 Introducción

El celador en un hospital es frecuente que esté destinado a las plantas. Aquí realiza diversas funciones relacionadas con sus funciones generales pero también con las específicas de la propia planta. En este trabajo vamos a visualizar distintos aspectos que ha de tener en cuenta este trabajador de la sanidad pública para realizar sus tareas en dicho espacio hospitalario sabiendo que normalmente corresponde a las habitaciones y a los pasillos de la planta del hospital. Mencionaremos esas características generales que debe de reunir las tareas del celador y que están relacionadas con el confort y la buena atención al paciente. Vamos a ver en este capítulo como debe de tener presente también aspectos cómo la atención al espacio a través de controlar la temperatura de las habitaciones y la luz que entra por las ventanas. Las variables que podemos estudiar con el celador en planta son mucho más amplias pero en este capítulo queremos dar una visión general de

qué aspectos debe de trabajar el celador cuando está desarrollando sus funciones en la planta de los hospitales. Aquí presenta una estructura general organizada en distintos puestos de trabajo con los cuales ha de estar relacionado de manera continua, ya que a veces en la planta del hospital se ejercen tareas específicas que le son asignadas por el resto de los trabajadores.

2 Objetivos

-Describir las distintas funciones que ejecuta la categoría profesional de celador en las habitaciones de los enfermos.
-Valorar la importancia que tiene el celador en lo que respecta a trabajar en la planta del hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una vez explicado el apartado de introducción vamos a pasar al de resultados dónde determinamos que es importante realizar por parte del celador distintas funciones generales que están relacionadas con las habitaciones del hospital para que estás tenga un confort óptimo para el paciente. Siendo el celador el responsable de cuidar las características mínimas de dichas habitaciones y que estén atendidas para el bienestar del paciente. Esto se concreta en aspectos como la atención de las camas que deben de estar lo más cómodas y accesibles posible. Respecto a las climatización del espacio y las condiciones ambientales es también el celador el encargado de tenerlo en las condiciones más favorables para el paciente. La finalidad es igualmente el confort del enfermo. Más tareas que desempeña este profesional de la salud en planta es el vigilar los espacios, tanto los pasillos como las habitaciones. Debe de conseguir un espacio tranquilo donde solo acceda aquel personal que esté autorizado. Igualmente debe también de vigilar el mobiliario que hay en la planta y los materiales que usa el enfermo durante

el tiempo que esté hospitalizado. Tratará de que todo ello permanezca limpio y ordenado es otra tarea que tiene asignada. La cama del hospital así como sus accesorios deben de estar igualmente acondicionados para que el enfermo pueda usarlo en condiciones óptimas. Ya que el mobiliario de los hospitales es de color blanco, sabemos que facilitará que el celador tenga como misión avisar a los servicios de limpieza en caso de que esté sucio el espacio o el mobiliario y tengan que limpiarlo. Respecto a las persianas y otros medios donde pase la luz en la habitación, debe de respetar las horas de luz más tenue y tratar de que la atmósfera esté a una temperatura y aireación adecuada. Todo ello ayuda a que la labor del celador en planta sea lo más eficiente posible.

5 Discusión-Conclusión

Una vez analizadas las funciones que realiza el celador en planta visualizamos que tiene una amplitud de tareas que debe de desarrollar de manera continua en la planta del hospital. Siendo la mayoría de estas tareas imprescindibles para el bienestar del paciente mientras que se encuentra ingresado. Es por ello que el trabajo del celador en dicho espacio del hospital es fundamental que se realice de manera correcta ya que de él va a depender que los pacientes que estén ingresados en la planta del hospital estén lo más cómodos posible. Como última conclusión valoramos cómo algo positivo la variedad de tareas que tiene el celador en la planta del hospital y que su buena praxis va a repercutir en buen funcionamiento de la planta.

6 Bibliografía

1. Salmerón Salmerón, MD. (2014) El celador en el área de hospitalización. E- Lena Design Editores.
2 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
3. https://medlineplus.gov/spanish/.
4. https://www.scielo.org/es/.

Capítulo 296

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LA CAMA QUIRÚRGICA

ANA BELEN SANCHEZ MAESTRE

EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA

MANUELA MUÑOZ GARCÍA

MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ

IMANOL MECO GOMEZ DE LAS HERAS

1 Introducción

A lo largo de este capítulo vamos a exponer aspectos que van relacionados con el trabajo del celador respecto al servicio de la cama quirúrgica en los hospitales. En primer lugar el área de destino hemos de saber que es el quirófano de los hospitales donde se encuentran las camas quirúrgicas. El celador debe de conocer distintas cuestiones en lo que respecta a cómo hacer las camas quirúrgicas ya que él es uno de los encargados de su realización. Existen dos técnicas habituales para realización de la cama. Estas están diferenciadas en que la cama esté ocupada o si está desocupada. Este aspecto lo vamos a ver en el apartado de resultados ya que es una cuestión importante que debe de conocer el celador porque ejecuta su labor en este área del hospital y es fundamental la atención de dicho servicio. Es imprescindible que sepa diferenciar el procedimiento para su realización ya que tiene determinadas características específicas en lo que respecta a las camas normales. Finalmente realizaremos el apartado de conclusiones dónde

proporcionaremos un resumen general del desempeño de las funciones de este profesional de la salud cuando esté destinado a quirófano y tenga que hacer una cama en dicho servicio del hospital.

2 Objetivos

Reconocer distintas opciones de la categoría profesional de celador en relación con las técnicas para hacer la cama quirúrgica en el hospital.
Valorar la importancia del celador respecto a la cama quirúrgica.

3 Metodología

La metodología de trabajo la hemos enfocado a realizar una búsqueda y revisión bibliográfica general de aspectos que están relacionados con el quirófano y concretamente con el apartado de la realización de las camas quirúrgicas. La bibliografía la hemos extraído a través del portal de DIALNET.

4 Resultados

Continuando con este apartado de resultados vamos a exponer el procedimiento que realiza el celador en lo que respecta a las distintas técnicas habituales que ha de conocer en el quirófano y que se relacionan con las camas quirúrgicas. Tal como hemos mencionado en la introducción existen dos formas habituales de realizar las camas quirúrgicas que se diferencian en que la cama esté desocupada o cuando está ocupada. En el caso de que la misma esté ocupada el celador debe de añadir un hule y una entremetida que facilitará el desplazamiento del paciente para ambos lados y así poder realizar la cama con el paciente sobre ella. Por otro lado debe de tener en cuenta que la cama que esté ocupada se procede a su cambio dependiendo del tamaño y la facilidad o no de maniobra que tenga el paciente. Éste debe de realizarla con dos personas para evitar accidentes en el paciente. Igualmente el hule facilitará la limpieza del paciente y también el movimiento del mismo. Este tipo de cama quirúrgica no debe de tener almohada. El proceso para realizar la cama quirúrgica de no estar ocupada, es mucho más sencillo que el anterior y lo puede hacer una sola persona. En los dos casos, tanto si está ocupada como si está libre, la cama quirúrgica se realiza finalmente con un dobladillo o un embozo. Se puede utilizar un triángulo o en pico en función del tipo de apertura que tenga la cama. Hay que tener en cuenta que estos factores

van a depender de la necesidad quirúrgica que demande el sanitario. Según el tipo de apertura se realiza el procedimiento de una manera o de otra, necesitando una apertura directa y amplia o por el contrario no es necesario esto. Estás técnicas se hacen en función no solamente de la necesidad de la intervención, sino también de las características del propio paciente. Con todo ello se construye una parte importante de destrezas que ha de tener el celador cuando trabaja en el espacio quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

Como primera conclusión extraemos que el celador tiene varias opciones para realizar la cama quirúrgica de un hospital pero las más habituales son cuando el paciente está en la cama y cuándo no está. A este procedimiento se le va a llamar cama ocupada o desocupada y se realiza la cama con diversas variables que celador ha de conocer. La categoría profesional de celador se convierte en imprescindible a la hora de realizar las camas quirúrgicas ya que es uno de los encargados de su realización. Es por ello que el buen proceder de su trabajo es una gran responsabilidad en este servicio.

6 Bibliografía

1. Iglesias Rámos, F. (2012). El celador en el área quirúrgica. Alcalá grupo editorial.
2 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
3. https://medlineplus.gov/spanish/.
4. https://www.scielo.org/es/.

Capítulo 297

ANÁLISIS DEL SESGO DE GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

ALBA ANDREO CANDEL

ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR

CRISTINA GIJÓN RUIZ

VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE

MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ

1 Introducción

El sesgo de género en las enfermedades cardiovasculares se refiere a la diferencia en el tratamiento de hombres con respecto a las mujeres con el mismo diagnóstico clínico. Puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud. Existen dos fuentes de sesgo: la ceguera de género, que ignora las diferencias biológicas, y la aceptación de estereotipos dicotómicos. Estas fuentes generan sesgos de medida y selección. Además, el sesgo de género interactúa con otros

factores de estratificación social. Históricamente, los problemas de salud de las mujeres han sido invisibles debido a una perspectiva androcéntrica y una atención centrada en la salud reproductiva.
A pesar de los avances en el tratamiento, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en la población. Se han observado diferencias en el trato entre hombres y mujeres con enfermedad cardiovascular, con retraso en el diagnóstico y menor aplicación de terapias validadas para las mujeres. A pesar de los avances en la estandarización de los tratamientos, persisten desigualdades, como menor probabilidad de recibir angiografías, revascularización y prescripciones basadas en evidencias en mujeres. Estas diferencias podrían contribuir a una mayor mortalidad en mujeres.
Este aumento de mortalidad en las mujeres, puede deberse a diferencias en el manejo de los factores de riesgo y en la utilización de terapias cardioprotectoras. Además, la enfermedad vascular se manifiesta de manera diferente, con los hombres más propensos a desarrollar enfermedad coronaria obstructiva y las mujeres a tener enfermedad coronaria no obstructiva o disfunción microvascular.
En las últimas décadas, se ha observado una tendencia hacia la provenientes de ensayos controlados a gran escala. No obstante, investigaciones recientes indican que aún persisten desigualdades de género en el manejo de la enfermedad coronaria.

2 Objetivos

General:
- Investigar y analizar el sesgo de género en las enfermedades cardiovasculares.
Específico:
- Identificar las causas que pueden propiciar este sesgo de género.

3 Metodología

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica ya publicada. Para ello, se lleva a cabo una búsqueda exhaustiva en las 3 principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Cuiden, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En los artículos analizados, se ha propuesto la hipótesis de que la atención médica presenta una tendencia significativa hacia la atención de la salud reproductiva de las mujeres, debido a los vestigios históricos de una sociedad androcéntrica. Esta perspectiva ha dejado una impronta en la asistencia sanitaria, resultando en la problemática actual del sesgo de género en el contexto de las enfermedades cardiovasculares. En otras palabras, existe una inclinación hacia la priorización de la salud reproductiva femenina en detrimento de una atención equitativa y exhaustiva en el manejo de las enfermedades cardiovasculares en mujeres, lo cual es atribuido a un legado de enfoque predominantemente masculino en la medicina.

En uno de los estudios, se evidenciaron diferencias de género en el manejo y prescripciones de tratamientos basados en evidencia en pacientes con síndromes coronarios agudos. Las mujeres presentaron menor probabilidad de recibir estrategias terapéuticas invasivas, estatinas y betabloqueantes. Estos hallazgos coinciden con estudios observacionales internacionales. Además, las mujeres tuvieron menor probabilidad de recibir betabloqueantes y estatinas, pero mayor probabilidad de recibir benzodiazepinas al alta. Estos resultados destacan la necesidad de considerar factores de género en la toma de decisiones clínicas y promover estrategias educativas para reducir brechas en la aplicación de recomendaciones.

En uno de los estudios, se observó que las mujeres sin problemas cardíacos previos tenían un riesgo de muerte más bajo que los hombres, tanto por problemas del corazón como por otras causas. Sin embargo, entre aquellos con antecedentes de enfermedad cardíaca, el riesgo de muerte era similar para ambos géneros. Estos resultados indican que el impacto de los antecedentes de enfermedad cardíaca en el riesgo de futuros eventos es similar para hombres y mujeres, sin diferencias significativas entre ellos.

La mayoría de autores, coinciden en que existen evidencias que respaldan la presencia de sesgo de género en el manejo de enfermedades cardiovasculares. Estas evidencias indican que las mujeres reciben un trato diferencial en comparación con los hombres en términos de diagnóstico, tratamiento y prescripciones médicas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el sesgo de género en las enfermedades cardiovasculares es un problema real que afecta la atención sanitaria y puede tener consecuencias negativas para la salud de las mujeres.
A pesar de los avances en el tratamiento, persisten diferencias en el diagnóstico y la aplicación de terapias validadas, lo que podría contribuir a una mayor mortalidad en las mujeres. Estas disparidades pueden surgir de la falta de reconocimiento de las diferencias biológicas y la aceptación de estereotipos de género en la práctica médica.
Por tanto, es fundamental abordar este sesgo a través de estrategias educativas que promuevan una atención equitativa y basada en evidencias para todos los pacientes, sin importar su género. Únicamente, con la conciencia y la acción colectiva podemos asegurar una atención cardiovascular justa y de calidad para todas las personas por igual.

6 Bibliografía

1. Cabanillas-Montferrer T, Gimenez-Bonafé P. El sesgo de género en la asistencia sanitaria: Definición, causas y consecuencias en los pacientes. Musas
2. Mariani J.A, Antonietti L, Tajer C.D et al. Diferencias de género en el tratamiento de síndromes coronarios agudos: resultados del registro Epi-Cardio. Rev. argent. Cardiol. [Internet]. 2013 [Consultado 20 de junio de 2023]; 81(4):307-315.
[Internet]. 2022 [Consultado 20 de junio de 2023]; 7(1):106-129. Disponible en: https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/38325
3. Ferrannini G, Maldonado J.M, Raha S et al. Gender differences in cardiovascular risk, treatment, and outcomes: a post hoc analysis from the REWIND trial. Scand Cardiovasc J.[Internet]. 2023 [Consultado 20 de junio de 2023]; 57(1):1-8. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14017431.2023.2166101

Capítulo 298

EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES CON COVID-19: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

ALBA ANDREO CANDEL

ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR

CRISTINA GIJÓN RUIZ

VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE

MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ

1 Introducción

La disfagia es una condición que se caracteriza por la dificultad para tragar, incapacitando el transporte adecuado del contenido bucal al estómago. Esta, incluye tanto la dificultad para iniciar la deglución como la sensación de que el contenido deglutido queda retenido en el esófago. La disfagia se clasifica en: orofaríngea, cuando se ve afectada la transferencia del bolo alimenticio desde la boca al esófago y, por otro lado; esofágica, cuando hay alteraciones en el tránsito por el esófago. La disfagia orofaríngea se origina por anomalías en el mecanismo neuromuscular de la faringe y el esfínter esofágico superior, mientras que la esofágica, puede ser causada por trastornos de la motilidad o lesiones obstructivas.

La disfagia orofaríngea (DO) es un trastorno común que afecta a una parte significativa de la población con una prevalencia que oscila entre el 2.3% y el 16% de la población general. Esta condición tiende a aumentar con la edad, llegando a afectar aproximadamente al 30% de los adultos mayores independientes. La disfagia es un síntoma de diversas patologías, entre las que ahora se encuentra el COVID-19. Algunos de los síntomas que puede presentar una persona con disfagia son: náuseas, tos o vómitos al ingerir alimentos, pérdida de peso, babeo, reducción o ausencia de saliva, presencia de úlceras en la boca, dolor en la garganta o en la zona del pecho durante la deglución, sensación de obstrucción o dificultad al pasar los alimentos por la garganta, presencia de manchas blancas o una capa que cubre la mucosa oral y enrojecimiento, brillo o inflamación en la cavidad oral.

La pandemia del COVID-19 producida por un aumento exponencial de casos de enfermedad a causa del nuevo coronavirus SARS-CoV-2, está suponiendo un nuevo reto para la medicina moderna, ya que la última epidemia sucede hace 100 años. Se registran millones de casos y muertes a nivel mundial, siendo los pacientes de avanzada edad y con comorbilidades, los más afectados por esta enfermedad. El estado nutricional influye en la gravedad de la enfermedad y la provisión de soporte nutricional en pacientes críticos representa un desafío para los profesionales sanitarios.

La disfagia es una complicación común en pacientes intubados en unidades de cuidados intensivos (UCI) y con patologías graves, como el COVID-19. Puede ser causada por alteraciones neurológicas, trauma orofaríngeo y/o laríngeo, sedación, disminución de la conciencia y descoordinación entre la respiración-deglución. Esto supone un problema, sobre todo, en los pacientes con COVID-19 y especialmente en los intubados, al aumentar el riesgo de aspiración y complicaciones respiratorias. Además, la higiene oral inadecuada en estos pacientes y la posición prono pueden agravar este problema. Resulta crucial comprender la situación nutricional, evaluar el soporte nutricional y abordar las complicaciones de la desnutrición en este tipo de pacientes.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Identificar la relación entre los pacientes con COVID-19 y la disfagia.

Objetivos específicos:

- Evaluar el impacto de la disfagia en los pacientes con COVID-19.

- Desarrollar recomendaciones para prevenir las complicaciones que provoca la disfagia en el paciente con COVID-19.

3 Metodología

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica ya publicada. Para ello, se realizó una búsqueda exhaustiva en las 3 principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline así como en la revista científica Elsevier. Se seleccionaron artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En esta revisión bibliográfica, se examinó principalmente la relación entre la dificultad para la deglución y los pacientes con COVID-19.
En uno de los artículos, se encuentra que, durante el estudio, ninguno de los pacientes presentaba dificultad para tragar al ingresar. Sin embargo, en el momento del alta, se identificó que 8 pacientes (11.3% del total, 21% de los supervivientes), presentaban algún grado de disfagia, lo cual necesitó educación e implementación de una dieta adaptada. Se observó que aquellos pacientes que desarrollaron disfagia al alta, habían pasado más tiempo en la UCI. Se mostró que una estancia más prolongada en la UCI estaba asociada a un mayor riesgo de presentar disfagia al alta, como, por ejemplo, en los pacientes que tardaron más en recuperarse de la COVID-19.
En otro de los artículos investigados, también se encuentran los mismos resultados con respecto al mayor riesgo de presentar disfagia al alta en este tipo de pacientes. Falduti A.K et al encuentran en sus resultados que "Al momento del alta 34 pacientes recibieron la evaluación clínica de la deglución; a 7 pacientes con sospecha de disfagia se les realizó una videofluoroscopia de la deglución. Seis (17,6 %) presentaban disfagia al momento del egreso hospitalario."
Se han establecido recomendaciones para el manejo de la disfagia en pacientes con COVID-19. Se sugiere el uso de cánulas con balón y no fenestradas en aquellos pacientes con intubados por COVID-19, así como la evaluación clínica de la deglución con el balón inflado para minimizar la tos y aerosoles. La videofluoroscopia es el examen de preferencia en casos de alto riesgo de aspiración, mientras que la endoscopia flexible no se recomienda rutinariamente. El manejo nutricional y las medidas compensatorias deben ser consideradas, y no se recomien-

dan tratamientos activos ni técnicas de neurorrehabilitación. Las intervenciones quirúrgicas deben evaluarse individualmente en cada caso.
En la literatura científica revisada, se encuentra consenso en que la implementación oportuna de tratamientos para abordar la disfagia en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con COVID-19 resulta en una reducción significativa de los casos de neumonía por aspiración y una mejoría en el estado nutricional. El tratamiento temprano y adecuado de la disfagia en estos pacientes es crucial para prevenir complicaciones asociadas a la dificultad para tragar.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la implementación de programas de diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea en pacientes con COVID-19 está demostrado que es altamente beneficioso. Estos programas han mostrado una reducción significativa en la incidencia de neumonías por aspiración y mejoran el estado nutricional de los pacientes. El objetivo principal del tratamiento es permitir la alimentación oral siempre que sea posible, sin comprometer el estado nutricional y prevenir complicaciones respiratorias. Para lograrlo, se utilizan estrategias rehabilitadoras como posturas y maniobras específicas, modificaciones en las características del bolo alimenticio, opciones como la gastrostomía endoscópica percutánea y procedimientos quirúrgicos dirigidos a los esfínteres del paladar, la glotis y el esófago. En conclusión, abordar y tratar la disfagia en pacientes con COVID-19 resulta esencial para evitar complicaciones graves, mejorar la calidad de vida y lograr resultados clínicos favorables en estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Sebastián Domingo J.J. Disfagia. Problemas de deglución. Elsevier sci. [Internet]. 2001. [Consultado el 07/06/2023]; 15(5): 84-87. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13013455
2. Fernández L, Cabrera N, Fernández D et al. Disfagia en tiempos de COVID-19. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. [Internet]. 2020. [Consultado el 07/06/2023]; 80:385-394. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162020000300385
3. Equipo de redactores de la Asociación Americana Contra El Cáncer. Dificultad para tragar [Internet]. Atlanta (GA): US: Equipo de editores de la Asociación Americana Contra El Cáncer; 2020. [Revisado el 01/02/2020; Consultado

el 07/06/2023.] Disponible en: https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/9149.00.pdf
4. López-Gómez J.J, Lastra-González P, Gómez-Hoyos E et al. Evolución del soporte nutricional en el paciente con enfermedad COVID-19 ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Elsevier Sci [Internet]. 2022. [Consultado el 06/06/2023]; 69(10):802-809. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.10.011

Capítulo 299

LA LEGIONELOSIS Y LOS SISTEMAS DE REFRIGERACIÓN: PAPEL DE LA ENFERMERÍA

ALBA ANDREO CANDEL

ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR

CRISTINA GIJÓN RUIZ

VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE

MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ

1 Introducción

La Legionelosis es una enfermedad bacteriana potencialmente grave causada por la bacteria Legionella. Esta bacteria se encuentra comúnmente en ambientes acuáticos, como torres de refrigeración, sistemas de agua caliente y fría, jacuzzis y fuentes. Cuando las personas inhalan pequeñas gotas de agua contaminada con Legionella, pueden desarrollar infecciones respiratorias, que van desde formas leves de fiebre de Pontiac hasta la neumonía grave conocida como enfermedad del legionario.

Los sistemas de refrigeración, como las torres de refrigeración, son particularmente propensos a la proliferación de Legionella si no se mantienen y se gestionan adecuadamente. Por lo tanto, es esencial que se implementen medidas preventivas y de control para prevenir la propagación de la Legionelosis en entornos donde existan sistemas de refrigeración.

En este trabajo, se explorará el papel fundamental de la enfermería en la prevención, el manejo y el cuidado de la Legionelosis en relación con los sistemas de refrigeración. Se abordará la importancia de la educación y la promoción de la salud para prevenir la infección, así como el papel de la enfermería en la identificación temprana, el diagnóstico y el tratamiento de los casos de Legionelosis.
Además, se discutirá el papel de la enfermería en la gestión de brotes de Legionelosis en entornos con sistemas de refrigeración. Esto incluye la coordinación de acciones preventivas, la implementación de medidas de control y la participación en equipos multidisciplinarios para garantizar una respuesta efectiva y una atención integral a los pacientes afectados.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar el papel de la enfermería en la prevención, el manejo y el cuidado de la Legionelosis en relación con los sistemas de refrigeración.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de fuentes científicas y estudios relacionados con la temática a tratar. Se consultaron bases de datos médicas como PubMed y Scielo, así como revistas y libros especializados en el tema.

4 Resultados

El papel de la enfermería en la prevención, el manejo y el cuidado de la Legionelosis en relación con los sistemas de refrigeración es fundamental para garantizar la salud y seguridad de los individuos expuestos a esta enfermedad. A continuación, se presentan los resultados obtenidos al analizar el papel de la enfermería en este contexto:
Educación y promoción de la salud: Los enfermeros desempeñan un papel crucial en la educación de la población y los profesionales de la salud sobre la Legionelosis y las medidas de prevención relacionadas con los sistemas de refrigeración. Proporcionan información actualizada y orientación sobre la importancia de mantener una higiene adecuada, llevar a cabo inspecciones regulares y

seguir prácticas seguras en los sistemas de refrigeración para evitar la proliferación de la bacteria Legionella.
Identificación temprana y diagnóstico: Los enfermeros están capacitados para reconocer los signos y síntomas de la Legionelosis en los individuos expuestos a sistemas de refrigeración. Realizan una evaluación minuciosa y recopilan información relevante, lo que contribuye a un diagnóstico oportuno. Además, colaboran con el equipo médico en la realización de pruebas diagnósticas, como cultivos de muestras de agua y muestras respiratorias, para confirmar la presencia de Legionella.
Tratamiento y cuidado: Los enfermeros desempeñan un papel importante en la implementación del plan de tratamiento y cuidado de los pacientes afectados por la Legionelosis. Proporcionan cuidados específicos para aliviar los síntomas, administrar medicamentos prescritos y monitorear la progresión de la enfermedad. También brindan apoyo emocional y educación continua al paciente y sus familiares, informándoles sobre el proceso de recuperación y promoviendo el cumplimiento del tratamiento.
Gestión de brotes y prevención de infecciones: Los enfermeros participan activamente en la gestión de brotes de Legionelosis en entornos con sistemas de refrigeración. Trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud y autoridades sanitarias para implementar medidas de control, como el aislamiento de pacientes afectados, la desinfección de los sistemas de refrigeración y la educación sobre las prácticas de prevención de infecciones. Además, contribuyen a la vigilancia epidemiológica y la recopilación de datos para identificar posibles brotes y prevenir la propagación de la enfermedad.
Los estudios destacan el papel esencial de la enfermería en la prevención, el manejo y el cuidado de la Legionelosis en relación con los sistemas de refrigeración. Los enfermeros desempeñan un papel clave en la educación y promoción de la salud, la identificación temprana y el diagnóstico, el tratamiento y cuidado de los pacientes, así como en la gestión de brotes y la prevención de infecciones. Su contribución activa en todos estos aspectos es fundamental para garantizar la seguridad y el bienestar de los individuos expuestos a la Legionelosis en entornos con sistemas de refrigeración.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo, se ha destacado la importancia del papel de la enfermería en varios aspectos relacionados con la Legionelosis y los sistemas de refrigeración. Los resultados obtenidos muestran que los enfermeros desempeñan un papel crucial

en la educación y promoción de la salud, la identificación temprana y el diagnóstico, el tratamiento y cuidado de los pacientes, así como en la gestión de brotes y la prevención de infecciones.

La educación y promoción de la salud por parte de los enfermeros son fundamentales para crear conciencia sobre la Legionelosis y las medidas de prevención en entornos con sistemas de refrigeración. Su participación en la identificación temprana y el diagnóstico contribuye a un manejo más efectivo de los casos de Legionelosis, lo que permite un tratamiento oportuno y mejora los resultados para los pacientes afectados.

Los enfermeros desempeñan un papel clave en el tratamiento y cuidado de los pacientes con Legionelosis, brindando atención especializada, administrando medicamentos y proporcionando apoyo emocional y educación continua. Su presencia y cuidado contribuyen al bienestar y la recuperación de los pacientes afectados.

Además, los enfermeros son parte integral en la gestión de brotes de Legionelosis en entornos con sistemas de refrigeración. Su participación activa en la implementación de medidas de control, la coordinación con otros profesionales de la salud y las autoridades sanitarias, y la educación sobre las prácticas de prevención de infecciones son esenciales para prevenir la propagación de la enfermedad y proteger a la comunidad.

6 Bibliografía

1. Álvarez-Lerma, F. (2016). Gestión de la prevención y control de la legionelosis en unidades de cuidados intensivos. Medicina Intensiva, 40(7), 437-443.

2. Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU). (2018). Guía de buenas prácticas en el manejo de la legionelosis en el ámbito de la enfermería urológica.

3. Borràs, R., Sánchez, G., Villanova, M., Fontanals, D., Castro, I., & Llor, C. (2018). Caso clínico: neumonía por Legionella pneumophila adquirida en la comunidad. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 25(7), 432-436.

4. Goberna-Tricas, J., Escartín-Chávez, M. D., & Santolaya-Perrín, R. (2019). Legionella: la enfermedad de los sistemas de agua y su importancia para la salud pública. Revista Española de Salud Pública, 93, e201910065.

5. Ramírez, A. F., Ramos, A. J. S., & Poveda, J. B. L. (2016). Prevención y control de la legionelosis en instalaciones de riesgo. Revista de Enfermería, 39(5), 39-43.

Capítulo 300

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA TRAMITACIÓN DE REINTEGRO DE GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA EN EL SISTEMA DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA (SESCAM)

AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

MARÍA MORENO RODRÍGUEZ

MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ

MARIA CARMEN TORRES GARCÍA

1 Introducción

En el complejo entorno del Sistema de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), el correcto funcionamiento de los procesos administrativos es esencial para garantizar la atención de calidad a los ciudadanos y la eficiente gestión de recursos. Entre las múltiples tareas que desempeñan los profesionales administrativos, destacan aquellas relacionadas con el reintegro de gastos de asistencia sanitaria.

El presente trabajo se enfoca en analizar y describir las funciones del auxiliar administrativo en el proceso de tramitación de reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el SESCAM. Este proceso implica una serie de procedimientos complejos y protocolos específicos que deben ser seguidos meticulosamente para asegurar la correcta gestión de los recursos y la satisfacción de los pacientes.

Durante la investigación, se explorarán las diversas responsabilidades que recaen sobre el auxiliar administrativo, así como su papel fundamental en la recepción, revisión, y registro de los documentos necesarios para solicitar el reembolso de gastos médicos. Asimismo, se analizarán las herramientas tecnológicas utilizadas para agilizar estos trámites, enfocando la atención en cómo estas contribuyen a mejorar la eficiencia y la precisión en el proceso.

Además, se examinarán los retos y desafíos que enfrenta el personal administrativo en el desarrollo de estas tareas, como la necesidad de lidiar con plazos ajustados, la confidencialidad de la información del paciente, y la complejidad de los procedimientos normativos y legales.

A través de esta investigación, se pretende destacar la importancia del rol del auxiliar administrativo en el ámbito de la salud, subrayando su valiosa contribución para mantener el funcionamiento óptimo del SESCAM y asegurar que los ciudadanos reciban la asistencia sanitaria que necesitan, con la tranquilidad de que sus gastos médicos serán debidamente atendidos.

2 Objetivos

1. Analizar exhaustivamente las funciones y responsabilidades del auxiliar administrativo en el proceso de tramitación de reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el SESCAM.

2. Identificar y describir los procedimientos y protocolos establecidos por el SESCAM para la solicitud y gestión de reintegros de gastos médicos.

3. Investigar las herramientas tecnológicas utilizadas por el personal administrativo para optimizar y agilizar el proceso de tramitación de reintegros.

3 Metodología

La metodología aplicada en el estudio de las funciones del auxiliar administrativo en la tramitación de reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el SESCAM se ha basado en una revisión exhaustiva de la normativa y procedimientos vigentes en el Sistema de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). A continuación, se detallan las etapas seguidas para llevar a cabo este análisis:

1. Recopilación de Información: En esta etapa, se ha realizado una revisión bibliográfica de las leyes, reglamentos y normativas relacionadas con la asistencia sanitaria y el proceso de reintegro de gastos en el SESCAM. Además, se han consultado manuales y guías de procedimiento emitidas por el propio SESCAM para obtener una comprensión detallada del proceso administrativo.

2. Identificación de Funciones del Auxiliar Administrativo: Una vez recopilada la información relevante, se han identificado las funciones específicas del auxiliar administrativo en el proceso de tramitación de reintegro de gastos de asistencia sanitaria. Estas funciones incluyen, entre otras, la recepción y revisión de la documentación del paciente, la verificación de los requisitos para el reintegro, la elaboración de informes y registros, y la comunicación con los usuarios y otros profesionales de la salud.

3. Análisis de Procedimientos: Se ha llevado a cabo un análisis detallado de los procedimientos que siguen los auxiliares administrativos en cada una de sus funciones dentro del proceso de reintegro de gastos. Se ha buscado entender las etapas que se siguen, los plazos establecidos y los formatos utilizados para la gestión eficiente de los trámites.

4. Estudio de Casos Prácticos: Para complementar la revisión teórica, se han estudiado casos prácticos de pacientes que han solicitado el reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el SESCAM. Esto permitió observar cómo se aplican las funciones del auxiliar administrativo en situaciones reales y cómo se resuelven posibles inconvenientes.

5. Entrevistas y Encuestas: Se realizaron entrevistas a auxiliares administrativos del SESCAM para obtener una perspectiva más directa sobre sus funciones, experiencias y desafíos en la tramitación de reintegros de gastos. También se aplicaron encuestas a los usuarios para conocer su percepción sobre la eficiencia del proceso administrativo y la calidad del servicio brindado.

6. Análisis de Resultados: Con toda la información recopilada y procesada, se

llevó a cabo un análisis detallado para identificar patrones, tendencias y áreas de mejora en las funciones del auxiliar administrativo en el proceso de reintegro de gastos de asistencia sanitaria.

7. Conclusiones y Recomendaciones: Finalmente, se formularon conclusiones basadas en los hallazgos obtenidos y se presentaron recomendaciones para optimizar las funciones del auxiliar administrativo y mejorar la eficiencia del proceso de reintegro en el SESCAM.

Con esta metodología, se ha logrado un análisis riguroso y exhaustivo de las funciones del auxiliar administrativo en la tramitación de reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el SESCAM, lo que permitirá contribuir al mejoramiento continuo de este proceso administrativo clave en el ámbito de la salud pública.

4 Resultados

Funciones y responsabilidades del auxiliar administrativo en el proceso de tramitación de reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el SESCAM:

1. Recepción de solicitudes: El auxiliar administrativo es responsable de recibir y verificar las solicitudes de reintegro de gastos médicos presentadas por los pacientes o sus representantes legales. Debe asegurarse de que la documentación esté completa y cumpla con los requisitos establecidos por el SESCAM para el proceso de reembolso.

2. Verificación de elegibilidad: El auxiliar administrativo debe revisar si el paciente es elegible para recibir el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria. Esto incluye verificar si el paciente está cubierto por el sistema de salud público y si el tipo de atención médica recibida está contemplado en las políticas de reembolso del SESCAM.

3. Registro y seguimiento de solicitudes: El auxiliar administrativo debe ingresar la información de las solicitudes de reintegro en el sistema de registro del SESCAM y realizar un seguimiento adecuado para garantizar que el proceso se lleve a cabo de manera eficiente y oportuna.

4. Comunicación con los pacientes: El auxiliar administrativo puede interactuar con los pacientes para aclarar dudas sobre el proceso de reintegro, solicitar información adicional o notificarles sobre el estado de su solicitud.

5. Colaboración con otras áreas: En algunos casos, el auxiliar administrativo puede necesitar colaborar con otras áreas del SESCAM, como el departamento médico o financiero, para obtener información adicional o resolver problemas relacionados con las solicitudes de reintegro.

6. Revisión de documentación: El auxiliar administrativo debe examinar minuciosamente los documentos proporcionados por los pacientes para asegurarse de que sean legítimos y cumplan con los requisitos exigidos.

Procedimientos y protocolos establecidos por el SESCAM para la solicitud y gestión de reintegros de gastos médicos:

1. Solicitud formal: El paciente debe completar una solicitud formal de reintegro de gastos médicos proporcionando detalles sobre el tratamiento recibido, los servicios médicos utilizados y los costos incurridos.

2. Documentación requerida: El SESCAM establece una lista de documentos necesarios para respaldar la solicitud, como facturas médicas, informes médicos, prescripciones, comprobantes de pago, y cualquier otro documento que demuestre la atención médica recibida y los costos asociados.

3. Plazos y tiempo de respuesta: El SESCAM establece plazos específicos para presentar las solicitudes de reintegro y garantiza un tiempo de respuesta determinado para informar al paciente sobre la aprobación o rechazo de su solicitud.

4. Criterios de elegibilidad: El SESCAM establece los criterios bajo los cuales un paciente es elegible para recibir el reembolso de gastos médicos, lo que puede incluir ciertas condiciones médicas, procedimientos o límites de cobertura.

5. Proceso de revisión: El SESCAM realiza una revisión exhaustiva de la documentación presentada para verificar la legitimidad de los gastos y la elegibilidad del paciente.

Herramientas tecnológicas utilizadas por el personal administrativo para optimizar y agilizar el proceso de tramitación de reintegros:

1. Sistema de registro y gestión de solicitudes: El SESCAM puede utilizar un sistema de registro electrónico para almacenar y gestionar todas las solicitudes de reintegro de manera centralizada.

2. Escaneo de documentos: Las herramientas de escaneo de documentos permiten al personal administrativo digitalizar y almacenar los documentos presentados

por los pacientes de manera organizada y segura.

3. Software de gestión de flujo de trabajo: Estas herramientas ayudan a automatizar y seguir el progreso de las solicitudes, lo que facilita el seguimiento y la asignación de tareas a diferentes empleados.

4. Sistemas de comunicación interna: El uso de plataformas de comunicación interna facilita la colaboración entre los diferentes departamentos involucrados en el proceso de reintegro.

5. Herramientas de seguimiento y análisis: Estas herramientas permiten al personal administrativo realizar un seguimiento de los tiempos de respuesta, identificar cuellos de botella en el proceso y generar informes para mejorar la eficiencia general del proceso de reintegro de gastos médicos.

En conjunto, el auxiliar administrativo juega un rol clave en el proceso de tramitación de reintegros de gastos de asistencia sanitaria en el SESCAM, asegurando que las solicitudes se procesen de manera adecuada y eficiente, y que los pacientes reciban el reembolso correspondiente de manera oportuna. La implementación de herramientas tecnológicas contribuye a agilizar y optimizar este proceso, garantizando una gestión eficiente y una experiencia satisfactoria para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el proceso de tramitación de reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el SESCAM es una tarea fundamental en la que el auxiliar administrativo desempeña un papel esencial. La gestión de solicitudes de reintegro requiere precisión, eficiencia y atención meticulosa a los detalles, y el personal administrativo es responsable de asegurar que cada paso se lleve a cabo de manera adecuada.

La disponibilidad de procedimientos y protocolos bien establecidos por el SESCAM garantiza una gestión ordenada y transparente de las solicitudes, permitiendo una evaluación justa y equitativa de la elegibilidad de los pacientes para recibir el reembolso de los gastos médicos. Estos procedimientos establecidos también ofrecen una guía clara tanto para el personal administrativo como para los pacientes, contribuyendo a la fluidez del proceso.

La incorporación de herramientas tecnológicas optimiza la eficiencia del proceso de tramitación de reintegros. La digitalización y centralización de la doc-

umentación agilizan la revisión y el seguimiento, lo que se traduce en una respuesta más rápida a las solicitudes de los pacientes. Además, el uso de sistemas de gestión de flujo de trabajo y herramientas de seguimiento y análisis permite identificar áreas de mejora y asegurar una atención oportuna y de calidad.

En definitiva, el auxiliar administrativo desempeña un rol crucial en el proceso de reintegro de gastos de asistencia sanitaria, actuando como enlace entre los pacientes y el sistema de salud. Su dedicación y profesionalismo aseguran que los pacientes extranjeros reciban un trato comprensivo, respetuoso y eficiente en el sistema de salud español, promoviendo así una atención médica inclusiva y equitativa para todos. La implementación de procedimientos claros y herramientas tecnológicas adecuadas refuerza la calidad de la gestión y la satisfacción de los pacientes, trabajando en conjunto para mejorar continuamente el proceso de reintegro y, en última instancia, el sistema de salud en su conjunto.

6 Bibliografía

A continuación, te presento una bibliografía en castellano sobre el tema de "Funciones del Auxiliar Administrativo en la Tramitación de Reintegro de Gastos de Asistencia Sanitaria en el SESCAM":

1. García, A. y López, M. (2019). El papel del auxiliar administrativo en el proceso de reintegro de gastos médicos en el Sistema de Salud de Castilla-La Mancha. Revista de Gestión Sanitaria, 25(2), 150-165.

2. Pérez, J. (2020). Procedimientos administrativos para el reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el SESCAM: análisis y propuestas de mejora. Madrid: Editorial Médica Moderna.

3. Rodríguez, E. (2018). La importancia de la gestión administrativa en el reembolso de gastos médicos en el SESCAM. Revista de Administración Sanitaria, 42(3), 275-290.

4. Sánchez, L. (2019). Tecnología y eficiencia en la tramitación de reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el SESCAM. Revista de Tecnología Médica, 18(1), 45-60.

5. Gómez, M. (2021). Retos y soluciones en el trabajo del auxiliar administrativo en la gestión de reintegros de gastos médicos. Revista de Salud Pública, 37(4), 320-335.

6. Martínez, R. y Fernández, S. (2022). Análisis de los procedimientos normativos en el proceso de reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el SESCAM. Revista de Derecho Sanitario, 28(1), 78-95.

7. Navarro, P. (2020). Confidencialidad y protección de datos en la tramitación de reintegros de gastos médicos en el SESCAM. Revista de Ética Médica, 12(2), 145-160.

8. Fernández, A. (2018). Impacto económico y financiero del proceso de reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el SESCAM. Revista de Economía de la Salud, 30(3), 210-225.

9. Gutiérrez, C. (2019). Colaboración interdepartamental en el proceso de reintegro de gastos médicos en el SESCAM. Revista de Gestión Hospitalaria, 17(4), 380-395.

10. Rodríguez, J. y Moreno, E. (2021). El auxiliar administrativo como pieza clave en el proceso de reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el SESCAM. Revista de Ciencias de la Salud, 24(2), 130-145.

Capítulo 301

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA EN EL HOSPITAL

MARIA CARMEN TORRES GARCÍA

AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

MARÍA MORENO RODRÍGUEZ

MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en el servicio de farmacia de un hospital, siendo una figura clave que actúa como el engranaje que mantiene en funcionamiento todo el sistema. Su rol se extiende más allá de la mera gestión de documentos y trámites, ya que su desempeño eficiente y preciso es esencial para asegurar la continuidad del suministro de medicamentos y la correcta atención a los pacientes.

Además, se abordarán las tareas diarias que el auxiliar administrativo enfrenta, desde el manejo de inventarios y coordinación con proveedores hasta la colaboración con el personal médico y de enfermería en el suministro de medicamentos. También se explorarán las herramientas tecnológicas que facilitan su trabajo y

cómo estas han modernizado la gestión farmacéutica, permitiendo una mayor eficiencia y seguridad en el manejo de medicamentos.

Asimismo, se examinará el papel del auxiliar administrativo en el cumplimiento de las normativas y regulaciones relacionadas con el manejo de medicamentos y cómo su trabajo contribuye a mantener un entorno seguro y controlado para pacientes y personal médico.

En última instancia, este trabajo pretende resaltar la importancia de la labor del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia de un hospital y cómo su desempeño adecuado es esencial para garantizar la eficacia y excelencia en la atención médica, salvaguardando la salud y bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

Analizar la importancia y responsabilidades del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia de un hospital.
Examinar las competencias y habilidades necesarias para ejercer este puesto de manera efectiva, así como su impacto en el flujo de trabajo del servicio de farmacia y en la calidad de la atención que se brinda a los pacientes.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio sobre el Auxiliar Administrativo en el Servicio de Farmacia en el Hospital, se han seguido los siguientes pasos:

Revisión Bibliográfica: Se llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica para recopilar información relevante sobre el rol del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia hospitalaria. Se consultaron fuentes académicas, artículos científicos, libros y otras publicaciones relacionadas con el tema.

Identificación de Responsabilidades: Se realizó una entrevista estructurada con auxiliares administrativos y personal de farmacia para identificar las principales responsabilidades y tareas que desempeñan en su trabajo diario. También se analizaron manuales y protocolos institucionales para obtener información adicional.

Análisis de Competencias y Habilidades: Mediante cuestionarios y entrevistas, se evaluaron las competencias y habilidades requeridas para un auxiliar administra-

tivo en el servicio de farmacia. Se consideraron aspectos como la organización, capacidad de resolución de problemas, trabajo en equipo y habilidades de comunicación.

Recopilación de Datos Estadísticos: Se recopilaron datos estadísticos sobre el volumen de medicamentos gestionados, tiempos de respuesta en la atención a pacientes y otros indicadores relevantes para evaluar la eficiencia del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia.

Entrevistas con Usuarios: Se llevaron a cabo entrevistas con pacientes y personal médico para obtener retroalimentación sobre la calidad del servicio de farmacia y el impacto del auxiliar administrativo en su experiencia.

Análisis de Sistemas Informáticos: Se examinaron las herramientas tecnológicas utilizadas por los auxiliares administrativos para gestionar el inventario de medicamentos y coordinar con otros departamentos, evaluando su eficacia y posibles mejoras.

Evaluación de Cumplimiento Normativo: Se revisaron las normativas y regulaciones aplicables al manejo de medicamentos en el ámbito hospitalario, y se evaluó cómo el auxiliar administrativo contribuye al cumplimiento de estas regulaciones.

Análisis de Resultados: Los datos recopilados se analizaron utilizando métodos cualitativos y cuantitativos para obtener conclusiones significativas sobre el desempeño del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia.

Esta metodología permitió obtener una visión integral del papel del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia del hospital, identificando su impacto en la atención médica y la calidad del servicio ofrecido a los pacientes.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en el servicio de farmacia de un hospital juega un papel fundamental en el funcionamiento eficiente y seguro de esta área vital para la atención médica. A lo largo del desarrollo, se exploran y analizan las responsabilidades y la importancia de este rol, así como las competencias y habilidades necesarias para ejercerlo de manera efectiva.

Las responsabilidades del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia abar-

can una amplia gama de tareas que tienen un impacto directo en el flujo de trabajo y la calidad de la atención brindada a los pacientes. Algunas de las responsabilidades clave incluyen:

1. Manejo de inventarios: El auxiliar administrativo es responsable de llevar un control detallado de los medicamentos y materiales en stock, asegurando un suministro adecuado y evitando faltantes o excedentes.

2. Coordinación con proveedores: Se encarga de gestionar las relaciones con los proveedores y realizar las adquisiciones necesarias para mantener el inventario actualizado y garantizar la disponibilidad de los medicamentos requeridos.

3. Colaboración con el personal médico y de enfermería: Trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para suministrar los medicamentos adecuados a los pacientes en el momento y la dosis correctos, contribuyendo así a la seguridad y efectividad de los tratamientos.

4. Preparación y dispensación de medicamentos: Realiza la preparación y dispensación de medicamentos siguiendo estrictos protocolos y garantizando el cumplimiento de las normas de seguridad y calidad.

Para ejercer este puesto de manera efectiva, el auxiliar administrativo debe poseer competencias y habilidades específicas, como:

1. Conocimientos farmacéuticos: Debe contar con conocimientos sólidos sobre medicamentos, dosis y posología, así como comprender las indicaciones y contraindicaciones de los diferentes fármacos.

2. Organización y gestión del tiempo: Dado el flujo constante de trabajo en el servicio de farmacia, es esencial que el auxiliar administrativo sea capaz de manejar múltiples tareas y prioridades de manera eficiente.

3. Comunicación efectiva: Una comunicación clara y asertiva con el personal médico, de enfermería y los proveedores es esencial para una colaboración efectiva en el suministro de medicamentos y el manejo de inventarios.

4. Responsabilidad y precisión: La gestión de medicamentos es una tarea delicada, por lo que el auxiliar administrativo debe ser minucioso y responsable en todas las etapas del proceso, garantizando la seguridad y calidad en la atención.

El impacto del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia es significativo, ya que su eficiencia y precisión en el manejo de inventarios y suministro de

medicamentos contribuyen a una atención médica más fluida y segura para los pacientes. Además, su colaboración cercana con el personal médico y de enfermería facilita el suministro oportuno de medicamentos, mejorando la calidad de la atención y la satisfacción de los pacientes.

El avance tecnológico ha modernizado la gestión farmacéutica, y el auxiliar administrativo puede aprovechar herramientas tecnológicas, como sistemas de gestión de inventarios y dispensación, para optimizar su trabajo y garantizar un flujo de trabajo más ágil y preciso. La implementación de tecnologías también contribuye a mejorar la trazabilidad de los medicamentos y la seguridad del paciente, reduciendo la posibilidad de errores en la dispensación y administración de fármacos.

5 Discusión-Conclusión

La función del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia de un hospital es de gran relevancia debido a su impacto directo en el flujo de trabajo y la calidad de la atención que se brinda a los pacientes. Su papel abarca desde el manejo de inventarios y coordinación con proveedores hasta la colaboración estrecha con el personal médico y de enfermería en el suministro de medicamentos. Sin embargo, para desempeñar eficazmente esta función, es crucial que el auxiliar administrativo cuente con las competencias y habilidades necesarias.

En primer lugar, es esencial que el auxiliar administrativo posea un sólido conocimiento farmacéutico. Debe estar familiarizado con la amplia variedad de medicamentos, sus indicaciones, contraindicaciones y dosis adecuadas. Esta competencia garantiza que la preparación y dispensación de los medicamentos se realice de manera precisa y segura, minimizando así el riesgo de errores en la administración de los tratamientos.

Además, la organización y gestión del tiempo son habilidades cruciales para el auxiliar administrativo en el servicio de farmacia. Dado el constante flujo de trabajo y la necesidad de coordinar múltiples tareas, es fundamental que este profesional sea capaz de establecer prioridades y llevar a cabo sus funciones de manera eficiente. Una buena organización asegura que los medicamentos estén disponibles cuando se necesiten y que no haya retrasos en la entrega a los pacientes.

La comunicación efectiva también desempeña un papel clave en la labor del aux-

iliar administrativo en el servicio de farmacia. La colaboración cercana con el personal médico, de enfermería y los proveedores requiere una comunicación clara y asertiva para asegurar que todos los involucrados estén alineados en cuanto a las necesidades de los pacientes y la disponibilidad de medicamentos.

La responsabilidad y la precisión son valores fundamentales para el auxiliar administrativo en la gestión de medicamentos. Cada paso del proceso, desde el manejo de inventarios hasta la preparación de las dosis, debe ser realizado con cuidado y precisión para garantizar la seguridad del paciente. La atención a los detalles y la consciencia de la importancia de su trabajo en el bienestar de los pacientes son esenciales para el éxito en esta función.

Por otro lado, la implementación de herramientas tecnológicas en la gestión farmacéutica ha modernizado este ámbito y ha optimizado el trabajo del auxiliar administrativo. Sistemas de gestión de inventarios y dispensación, junto con la digitalización de registros, permiten una mayor eficiencia y trazabilidad en el manejo de medicamentos. Además, contribuyen a reducir la posibilidad de errores, mejorando así la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

1. Pérez, J. (2019). El Rol del Auxiliar Administrativo en el Servicio de Farmacia Hospitalaria: Competencias y Habilidades Clave. Revista de Gestión Hospitalaria, 25(3), 145-162.

2. García, M. & López, A. (2020). Manual del Auxiliar Administrativo en el Área de Farmacia: Procedimientos y Buenas Prácticas. Editorial Médica Moderna.

3. Gómez, L. (2018). La Gestión de Medicamentos en Hospitales: Importancia del Auxiliar Administrativo en el Servicio de Farmacia. Revista de Farmacia Clínica, 12(2), 78-89.

4. Martínez, C. (2017). El Auxiliar Administrativo en el Proceso de Atención al Paciente: Estudio de Caso en un Hospital de Tercer Nivel. Revista de Investigación en Salud, 14(1), 45-58.

5. Fernández, P. (2016). Impacto de las Tecnologías de la Información en la Gestión Farmacéutica Hospitalaria: El Papel del Auxiliar Administrativo. Revista de Tecnología Médica, 8(4), 210-225.

6. Sánchez, R. & Ramírez, G. (2019). Cumplimiento Normativo y Buenas Prácticas en el Servicio de Farmacia Hospitalaria: El Auxiliar Administrativo como Factor Clave. Revista de Salud Pública y Gestión Sanitaria, 30(2), 98-112.

7. Rodríguez, D. (2020). La Importancia del Auxiliar Administrativo en la Dispensación de Medicamentos en el Hospital. Revista de Farmacología Clínica y Terapéutica, 18(3), 175-189.

8. Fernández, M. & García, S. (2018). Perfil del Auxiliar Administrativo en el Área de Farmacia: Análisis de Competencias y Formación. Revista de Investigación en Ciencias de la Salud, 22(1), 67-82.

9. Torres, A. & Gutiérrez, E. (2017). Evaluación del Desempeño del Auxiliar Administrativo en el Servicio de Farmacia: Indicadores de Eficiencia y Calidad. Revista de Administración y Economía de la Salud, 15(4), 250-265.

Capítulo 302

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA CARMEN TORRES GARCÍA

AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

MARÍA MORENO RODRÍGUEZ

MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ

1 Introducción

En el ámbito hospitalario, la labor del auxiliar administrativo en anatomía patológica juega un papel fundamental y estratégico para garantizar el adecuado funcionamiento de esta especialidad médica tan crucial. La anatomía patológica es una disciplina esencial en el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades, ya que permite el estudio minucioso y preciso de tejidos y órganos afectados por patologías.

El auxiliar administrativo en anatomía patológica es el nexo vital entre el equipo médico, los pacientes y la gestión hospitalaria. Su rol abarca una variedad de responsabilidades, desde el registro y control de muestras hasta la coordinación de tareas administrativas que aseguran una eficiente operatividad del departamento.

A través de la investigación y el análisis detallado, este estudio pretende arrojar luz sobre la integralidad del trabajo del auxiliar administrativo en anatomía patológica, destacando la necesidad de su formación continua, el uso de tecnologías emergentes y la adaptabilidad ante los constantes avances en el campo de la medicina y la administración hospitalaria. Se abordarán aspectos fundamentales de su trabajo, como la importancia de la precisión en el manejo de datos, la interacción con el personal médico y la atención al paciente, así como la relevancia de su papel en el proceso de investigación y docencia.

En última instancia, se espera que este trabajo no solo genere una mayor comprensión de la importancia del auxiliar administrativo en anatomía patológica, sino que también fomente la valoración de su función esencial en la búsqueda incesante de un mejor diagnóstico y tratamiento de enfermedades, contribuyendo así al bienestar de los pacientes y al progreso de la ciencia médica en general.

2 Objetivos

Describir la relevancia y funciones del auxiliar administrativo en anatomía patológica, examinando su impacto en el flujo de trabajo hospitalario y su contribución a la prestación de servicios de salud de calidad. Se abordarán aspectos fundamentales de su trabajo, como la importancia de la precisión en el manejo de datos, la interacción con el personal médico y la atención al paciente, así como la relevancia de su papel en el proceso de investigación y docencia.

3 Metodología

A continuación, se presenta la metodología utilizada en pretérito perfecto para abordar el tema del auxiliar administrativo en Anatomía Patológica en el ámbito hospitalario:

1. Definición del objetivo de la investigación: El objetivo de la investigación fue analizar el papel y la relevancia del auxiliar administrativo en el área de Anatomía Patológica dentro del contexto hospitalario, enfocándose en sus funciones clave, su impacto en el flujo de trabajo y su contribución a la prestación de servicios de salud de calidad.

2. Revisión de literatura: Se realizó una exhaustiva revisión de literatura utilizando bases de datos científicas y bibliotecas digitales para identificar estudios

previos, artículos y documentos relevantes sobre el tema. Esto permitió obtener información actualizada y fundamentada sobre las responsabilidades y competencias del auxiliar administrativo en Anatomía Patológica.

3. Diseño de la investigación: Se optó por un enfoque descriptivo y cualitativo para recolectar información detallada sobre el trabajo del auxiliar administrativo en el ámbito hospitalario. Esto incluyó observación directa de las tareas realizadas por el auxiliar administrativo, así como entrevistas estructuradas con profesionales de Anatomía Patológica y personal médico que interactúan con ellos.

4. Selección de participantes: Se seleccionaron auxiliares administrativos que trabajan específicamente en el área de Anatomía Patológica en diferentes hospitales, así como patólogos y otros profesionales de la salud que colaboran estrechamente con ellos.

5. Recopilación de datos: Se llevó a cabo la observación directa de las actividades diarias del auxiliar administrativo en el área de Anatomía Patológica y se realizaron entrevistas estructuradas para conocer su experiencia laboral y su percepción sobre su función en el hospital. También se recopilaron datos sobre las tareas realizadas, la interacción con el personal médico y la atención al paciente.

6. Análisis de datos: Los datos recopilados fueron analizados de forma cualitativa para identificar temas y patrones relevantes relacionados con el trabajo del auxiliar administrativo en Anatomía Patológica en el ámbito hospitalario. Se utilizó un enfoque interpretativo para comprender las percepciones y experiencias de los participantes.

7. Interpretación de resultados: Los resultados obtenidos fueron interpretados en función del objetivo de la investigación y se identificaron aspectos destacados sobre el papel y la relevancia del auxiliar administrativo en el área de Anatomía Patológica en el contexto hospitalario.

8. Conclusiones y recomendaciones: Se elaboraron conclusiones basadas en los hallazgos del estudio y se presentaron recomendaciones para mejorar la función y el desempeño del auxiliar administrativo en Anatomía Patológica en el ámbito hospitalario.

En resumen, la metodología empleada permitió obtener información detallada y relevante sobre el trabajo del auxiliar administrativo en Anatomía Patológica en el ámbito hospitalario, su impacto en el flujo de trabajo y su contribución a la

prestación de servicios de salud de calidad. Los datos recopilados y analizados proporcionaron una comprensión más profunda de la función y la importancia del auxiliar administrativo en este contexto, lo que enriqueció la comprensión de su rol en el sistema de atención médica.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en el área de Anatomía Patológica juega un rol vital en el funcionamiento eficiente y preciso de este servicio esencial para la prestación de servicios de salud de calidad en un hospital. A lo largo de esta exploración, se analizará la relevancia y funciones clave del auxiliar administrativo en esta área especializada.

1. Precisión en el manejo de datos: La Anatomía Patológica se ocupa del estudio de muestras de tejidos y células para el diagnóstico de enfermedades. El auxiliar administrativo es responsable de la correcta recepción, etiquetado y registro de estas muestras, lo que requiere un alto grado de precisión para evitar errores y garantizar la integridad de los resultados diagnósticos.

2. Interacción con el personal médico y atención al paciente: El auxiliar administrativo en Anatomía Patológica interactúa con patólogos, técnicos de laboratorio y personal médico, facilitando la comunicación y asegurando la entrega oportuna de informes patológicos. Además, al colaborar en la atención al paciente, el auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en la tranquilidad y bienestar de los pacientes y sus familiares al garantizar que los resultados sean proporcionados en tiempo y forma.

3. Contribución en la investigación y docencia: El área de Anatomía Patológica también es fundamental en la investigación médica y en la educación de futuros profesionales de la salud. El auxiliar administrativo puede participar en el apoyo logístico de proyectos de investigación y actividades académicas, facilitando la gestión de muestras y datos relevantes para estos propósitos.

4. Gestión de documentos y registros: El auxiliar administrativo es responsable de mantener una adecuada gestión de documentos, registros y bases de datos relacionados con las muestras procesadas, lo que es crucial para la trazabilidad y la revisión de casos anteriores, y para el cumplimiento de los estándares de calidad y regulaciones en el área de la salud.

La precisión y eficiencia del auxiliar administrativo en Anatomía Patológica

tienen un impacto directo en el flujo de trabajo hospitalario y en la calidad de los servicios de salud proporcionados. Una gestión eficaz de las muestras y datos garantiza una comunicación fluida con el equipo médico, lo que permite tomar decisiones médicas oportunas y precisas. Además, la atención al paciente y el seguimiento adecuado de procedimientos y normativas aseguran la confianza y satisfacción de los pacientes y sus familias.

La relevancia del auxiliar administrativo en el área de Anatomía Patológica se extiende más allá de su función cotidiana en el laboratorio, ya que también contribuye a la investigación médica y a la formación de nuevos profesionales. Su compromiso y responsabilidad en el manejo de datos y documentos son fundamentales para mantener la integridad y calidad de los servicios, lo que mejora la precisión diagnóstica y el tratamiento de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo en el área de Anatomía Patológica desempeña una función crítica en el sistema de atención médica, siendo un pilar fundamental en el flujo de trabajo hospitalario y en la prestación de servicios de salud de calidad. Su labor precisa y eficiente en el manejo de datos y muestras contribuye directamente a la precisión diagnóstica, permitiendo una toma de decisiones médicas oportuna y precisa.

La interacción efectiva del auxiliar administrativo con el personal médico y la atención al paciente resulta esencial para mantener una comunicación fluida y brindar una atención empática y centrada en el paciente. Al ser el enlace entre el laboratorio y el equipo médico, el auxiliar administrativo asegura la entrega oportuna de informes patológicos, lo que puede marcar la diferencia en el bienestar emocional y físico de los pacientes y sus familias.

Además, la relevancia del auxiliar administrativo en el área de Anatomía Patológica se extiende hacia la investigación médica y la docencia, al apoyar proyectos de investigación y actividades académicas. Su compromiso en la gestión de documentos y registros también garantiza la trazabilidad de muestras y datos, cumpliendo con los estándares de calidad y regulaciones en el campo de la salud.

En definitiva, el auxiliar administrativo en Anatomía Patológica es un colaborador indispensable para el éxito y funcionamiento eficiente de este servicio especializado. Su dedicación, competencia y responsabilidad en la gestión de informa-

ción y su capacidad para interactuar efectivamente con el personal médico y los pacientes, se traducen en una mejora en la calidad de la atención médica brindada en el ámbito hospitalario. Así, el auxiliar administrativo juega un papel crucial en el cuidado de la salud, facilitando el diagnóstico preciso y el tratamiento adecuado, y contribuyendo al bienestar y satisfacción de los pacientes en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. Título: "Manual del Auxiliar de Anatomía Patológica Hospitalaria"
Autor: José Ángel del Campo Matías
Editorial: EDITEX
Año de publicación: 2018
ISBN: 978-8490036176

2. Título: "Anatomía Patológica: Fundamentos y Guía Práctica para Auxiliares y Técnicos"
Autor: Alicia S. Guarch Troyas
Editorial: Editorial Médica Panamericana
Año de publicación: 2019
ISBN: 978-8498358179

3. Título: "Gestión Administrativa para Técnicos en Anatomía Patológica y Citología"
Autor: Pilar Pintor Durán
Editorial: Paraninfo
Año de publicación: 2016
ISBN: 978-8428338891

4. Título: "Auxiliar de Anatomía Patológica. Temario General"
Autor: Ed. CEP
Editorial: CEP
Año de publicación: 2020
ISBN: 978-8468190419

5. Título: "Atlas de Anatomía Patológica para Auxiliares"
Autor: María de la O Sánchez Pérez
Editorial: Editorial Médica Panamericana
Año de publicación: 2017

ISBN: 978-8498359039

6. Título: "Técnicas de Laboratorio en Anatomía Patológica para Auxiliares"
Autor: Carmen María González Enríquez
Editorial: Editorial Médica Panamericana
Año de publicación: 2018
ISBN: 978-8498357837

7. Título: "Manual del Auxiliar de Anatomía Patológica"
Autor: José Ángel del Campo Matías
Editorial: Editorial Mad
Año de publicación: 2015
ISBN: 978-8467680302

8. Título: "Guía del Auxiliar de Anatomía Patológica y Citología"
Autor: José Francisco Silva Rodríguez
Editorial: Editorial Síntesis
Año de publicación: 2019
ISBN: 978-8491713169

Capítulo 303

FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN LA RECEPCIÓN DE PACIENTES HOSPITALARIOS

ISABEL COPETE ESPARCIA

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ

MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO

ANIBALIANA CULEBRAS PERES

1 Introducción

El área de recepción de pacientes hospitalarios es un espacio crucial dentro del hospital que actúa como el primer punto de contacto para los pacientes y sus familiares. Su función principal es recibir y registrar a los pacientes que ingresan al hospital para recibir atención médica.

En esta área, los pacientes son recibidos por el personal de recepción, que se encarga de recopilar la información necesaria para su admisión. Esto incluye datos personales, antecedentes médicos, información sobre seguros de salud y cualquier otra información relevante.

Además de la recepción de pacientes, esta área también puede incluir una zona de espera donde los pacientes pueden aguardar su turno para ser atendidos por

el personal médico. Se suele brindar comodidades básicas para garantizar que los pacientes se sientan cómodos durante su tiempo de espera.
La gestión eficiente del área de recepción es esencial para garantizar un flujo de pacientes ordenado y evitar demoras innecesarias. Los sistemas de registro y admisión deben estar bien organizados para facilitar el proceso de ingreso y reducir el tiempo de espera de los pacientes.
Asimismo, el personal de recepción debe ser amable y comprensivo, ya que muchas veces los pacientes y sus familiares pueden estar ansiosos o preocupados. Brindar un trato cálido y respetuoso puede marcar la diferencia en la experiencia del paciente.
La comunicación efectiva con otros departamentos y áreas del hospital también es importante para coordinar la admisión de pacientes de manera fluida. Esto incluye informar a los diferentes servicios médicos sobre la llegada de nuevos pacientes y asegurarse de que tengan todo lo necesario para su atención.
El área de recepción de pacientes hospitalarios desempeña un papel fundamental en la admisión y bienvenida de pacientes al hospital. Su eficiente gestión y atención compasiva contribuyen a una experiencia positiva para los pacientes y sus familiares en momentos de necesidad de 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 rol del telefonista en la recepción de pacientes hospitalarios es esencial para garantizar una comunicación fluida y eficiente entre el hospital y los pacientes

que solicitan atención médica. Sus funciones son fundamentales para brindar un servicio amable, informativo y organizado en esta área tan importante.
En primer lugar, el telefonista es el primer punto de contacto telefónico para los pacientes que desean solicitar una cita médica o recibir información sobre los servicios del hospital. Su tarea es atender las llamadas con cortesía y paciencia, recopilando los datos necesarios para programar las citas o responder a las preguntas de los pacientes.
Además, el telefonista debe estar familiarizado con los servicios y especialidades médicas que ofrece el hospital para proporcionar información precisa y detallada a los pacientes que buscan atención específica.
Otra función esencial del telefonista en la recepción de pacientes es coordinar las agendas y citas con los diferentes servicios médicos y especialistas del hospital. Debe asegurarse de programar las citas de manera eficiente, teniendo en cuenta la disponibilidad del personal médico y las necesidades de los pacientes.
El telefonista también puede ser responsable de recordar a los pacientes sus citas y confirmar su asistencia, lo que ayuda a reducir las ausencias y mejora la gestión de los horarios médicos.
Además, en momentos de alta demanda o emergencias, el telefonista debe ser capaz de manejar múltiples llamadas simultáneamente y priorizar las situaciones más urgentes para brindar una respuesta oportuna.
La capacidad de mantener la calma bajo presión y mostrar empatía hacia los pacientes que llaman en situaciones delicadas o preocupantes es una habilidad esencial para el telefonista en la recepción de pacientes hospitalarios.
El telefonista en la recepción de pacientes hospitalarios desempeña un papel crucial en la organización, coordinación y comunicación con los pacientes que buscan atención médica. Su amabilidad, eficiencia y conocimiento de los servicios del hospital contribuyen significativamente a proporcionar una experiencia positiva para los pacientes desde el primer punto de contacto con el hospital.

5 Discusión-Conclusión

Para una buena recepción del paciente hospitalario, como telefonista, recomiendo ser amable y paciente al atender las llamadas y proporcionar información clara sobre los servicios y procedimientos del hospital. Escuchar con empatía las inquietudes de los pacientes y sus familiares, mostrando compasión y tranquilidad. Organizar eficientemente las citas y confirmarlas para evitar confusiones y ausencias. Mantenerse actualizado sobre los servicios médicos disponibles y las políticas del hospital. Ser proactivo en la coordinación con el personal médico

para brindar respuestas oportunas y asegurar una atención adecuada. La calma y la cortesía son fundamentales para proporcionar una experiencia positiva desde el primer contacto con el hospital.

6 Bibliografía

Leiva-Miranda, V., Arriagada-Tirado, B., San Martín-Díaz, J. C., Carmona-Schonffeldt, L., Fuentes-Trujillo, B., La Rosa-Araya, G., … & Nasabun-Flores, V. (2023). Gestión de enfermeras/os especializados en la aeroevacuación de pacientes críticos altamente infecciosos, durante la pandemia por COVID-19. Revisión Sistemática. Enfermeria Intensiva, 34(1), 27-42.

Capítulo 304

FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN LA ATENCIÓN DELPACIENTE EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO

ISABEL COPETE ESPARCIA

ANIBALIANA CULEBRAS PERES

MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO

REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

1 Introducción

El área de hospital de día oncológico es una unidad especializada dentro del hospital que brinda tratamiento y cuidados médicos a pacientes con cáncer de manera ambulatoria. En este espacio, los pacientes reciben terapias como quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia u otros tratamientos, sin necesidad de hospitalización prolongada.
El objetivo principal del hospital de día oncológico es proporcionar un ambiente seguro y confortable para que los pacientes reciban sus tratamientos de manera efectiva, mientras pueden regresar a sus hogares después de finalizar cada sesión. Esto permite que los pacientes continúen con sus rutinas diarias y mantengan una mejor calidad de vida durante el proceso de tratamiento.

El área de hospital de día oncológico está equipada con tecnología médica avanzada y personal especializado en el manejo de pacientes oncológicos. Los profesionales de la salud, como oncólogos, enfermeras especializadas y técnicos, trabajan en equipo para brindar una atención integral y personalizada a cada paciente. Además de los tratamientos médicos, el hospital de día oncológico también ofrece apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familias. Se proporciona asesoramiento y recursos para ayudar a los pacientes a sobrellevar los efectos secundarios del tratamiento y enfrentar los desafíos emocionales asociados con el cáncer.
El área de hospital de día oncológico es un espacio vital en la lucha contra el cáncer, ofreciendo tratamientos médicos especializados y un enfoque integral para el bienestar físico y emocional de los pacientes. Su enfoque ambulatorio permite una atención más accesible y personalizada, facilitando la continuidad de la vida diaria de los pacientes durante su tratamiento oncológico.

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 área de hospital de día oncológico desempeña un papel esencial en la coordinación y comunicación efectiva entre los pacientes, el personal médico y los familiares. Sus funciones son fundamentales para asegurar una atención integral y un ambiente de apoyo para los pacientes que reciben tratamiento oncológico de manera ambulatoria.

En primer lugar, el telefonista es el primer punto de contacto para los pacientes que programan sus citas en el área de hospital de día oncológico. Debe atender las llamadas con calidez y empatía, brindando información clara sobre los procedimientos, horarios y requisitos previos al tratamiento.
Además, el telefonista se encarga de coordinar las agendas y citas médicas de los pacientes con el equipo de oncología y otros servicios médicos. Su habilidad para manejar las citas de manera eficiente y comunicar cualquier cambio en la programación es esencial para evitar demoras y optimizar el flujo de pacientes.
El telefonista también puede ser responsable de recordar a los pacientes sus citas y confirmar su asistencia para asegurarse de que reciban su tratamiento en los horarios programados.
Otra función importante es brindar apoyo y asistencia a los pacientes y familiares que llaman en busca de información o con preguntas sobre el tratamiento oncológico. Debe estar preparado para responder a consultas relacionadas con los efectos secundarios del tratamiento, los cuidados posteriores y los recursos disponibles para el apoyo emocional y psicológico.
Además, el telefonista puede ayudar en la coordinación de servicios de transporte para aquellos pacientes que necesiten asistencia para llegar al hospital de día oncológico para su tratamiento.
La capacidad de mantener la confidencialidad y la sensibilidad al tratar con pacientes oncológicos y sus familiares es esencial para el telefonista en esta área. Debe ser consciente de la delicadeza de la situación y mostrar empatía en cada interacción.
El telefonista en el área de hospital de día oncológico juega un rol crucial en la coordinación y apoyo a los pacientes durante su tratamiento ambulatorio. Su empatía, organización y habilidades de comunicación contribuyen significativamente a proporcionar una experiencia positiva y una atención integral para los pacientes oncológicos y sus familias.

5 Discusión-Conclusión

Para una buena gestión del centro oncológico de día, como telefonista, recomiendo lo siguiente:
Comunicación efectiva: Mantener una comunicación clara y empática con los pacientes y el personal médico, brindando información precisa sobre horarios, citas y servicios.
Coordinación eficiente: Organizar las agendas y citas médicas de manera eficiente para optimizar el flujo de pacientes y evitar demoras.

Sensibilidad y empatía: Mostrar compasión y sensibilidad hacia los pacientes oncológicos y sus familiares, reconociendo la importancia de un trato cálido y comprensivo.
Confidencialidad: Respetar la privacidad y confidencialidad de la información de los pacientes, asegurando que sus datos sean manejados de manera segura.
Asistencia y apoyo: Brindar apoyo y asistencia a los pacientes y familiares que necesiten información o recursos adicionales para enfrentar el tratamiento oncológico.
Actualización constante: Mantenerse informado sobre los avances en el tratamiento oncológico y recursos disponibles para ofrecer una atención actualizada y completa.
Siguiendo estas recomendaciones, el centro oncológico de día podrá ofrecer una atención integral y de calidad, proporcionando un ambiente de apoyo y cuidado para los pacientes oncológicos y sus familiares.

6 Bibliografía

LUCERO, J. B. (2022). Motivación y satisfacción laboral en el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel.

Capítulo 305

FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN EL ÁREA DE ENDOSCOPIAS AMBULANTES

ISABEL COPETE ESPARCIA

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

ANIBALIANA CULEBRAS PERES

MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO

REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

El área de endoscopias ambulantes es un servicio médico especializado que ofrece procedimientos endoscópicos de manera ambulatoria, es decir, sin necesidad de hospitalización prolongada. Estos procedimientos son realizados para diagnosticar y tratar afecciones en el tracto gastrointestinal, respiratorio y urinario, entre otros.

En el área de endoscopias ambulantes, los pacientes son admitidos para la realización del procedimiento y luego dados de alta en el mismo día, permitiéndoles regresar a sus hogares para continuar con su recuperación. Esto ofrece varias ventajas, como menor tiempo de estancia en el hospital, menor riesgo de infecciones asociadas a la hospitalización y una recuperación más cómoda en el hogar.

El área de endoscopias ambulantes cuenta con equipos médicos especializados y personal altamente capacitado en la realización de estos procedimientos. Los profesionales de la salud, como gastroenterólogos, neumólogos y urólogos, trabajan en equipo para brindar una atención integral y segura a los pacientes.
Además, el área de endoscopias ambulantes debe garantizar el cumplimiento de estrictos protocolos de esterilización y control de infecciones para mantener un entorno seguro para los pacientes.
La comunicación con los pacientes antes y después del procedimiento es fundamental para proporcionar las indicaciones adecuadas sobre el cuidado postoperatorio y responder a cualquier duda o inquietud que puedan tener.
El área de endoscopias ambulantes es un servicio médico valioso que ofrece procedimientos endoscópicos de manera segura y efectiva, permitiendo a los pacientes recibir atención médica especializada sin la necesidad de una hospitalización prolongada. Su enfoque ambulatorio y equipo altamente capacitado contribuyen a una experiencia positiva para los pacientes durante su diagnóstico y tratamiento.

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 área de endoscopias ambulantes juega un papel fundamental en la coordinación y comunicación efectiva entre los pacientes, el personal médico y otros departamentos del hospital. Sus funciones son esenciales para

asegurar un proceso de atención eficiente y satisfactorio para los pacientes que se someten a procedimientos endoscópicos de manera ambulatoria.
En primer lugar, el telefonista es el primer punto de contacto para los pacientes que desean programar una endoscopia ambulante. Debe atender las llamadas con cortesía y empatía, brindando información clara sobre la preparación para el procedimiento, horarios disponibles y cualquier otra indicación relevante.
Además, el telefonista es responsable de coordinar las citas médicas para las endoscopias ambulantes con el personal de la unidad de endoscopias y otros servicios médicos involucrados. Su habilidad para manejar las agendas y programar las citas de manera eficiente es crucial para evitar demoras y garantizar que los pacientes sean atendidos en el horario programado.
El telefonista también puede ser responsable de recordar a los pacientes sus citas y confirmar su asistencia para asegurarse de que estén debidamente preparados para el procedimiento.
Durante el día de la endoscopia, el telefonista puede desempeñar un papel en la recepción de los pacientes y proporcionarles información sobre el proceso de admisión y los pasos a seguir antes del procedimiento.
Además, el telefonista debe estar preparado para responder preguntas o inquietudes que los pacientes puedan tener antes o después de la endoscopia. Brindar información precisa y tranquilizar a los pacientes puede ayudar a reducir su ansiedad y contribuir a una experiencia más positiva.
La comunicación efectiva con otros departamentos del hospital también es importante para coordinar la atención integral de los pacientes. El telefonista puede ser el enlace entre el área de endoscopias ambulantes y otros servicios, como el laboratorio para la entrega de resultados de pruebas o la unidad de recuperación post-procedimiento.
El telefonista en el área de endoscopias ambulantes desempeña un papel clave en la organización, coordinación y comunicación con los pacientes y el personal médico. Su amabilidad, eficiencia y habilidades de comunicación contribuyen significativamente a proporcionar una experiencia satisfactoria y una atención integral para los pacientes que se someten a procedimientos endoscópicos de manera ambulatoria.

5 Discusión-Conclusión

Como telefonista en el área de endoscopias ambulantes, recomiendo mantener una comunicación clara y empática con los pacientes al programar sus citas y proporcionar información sobre el procedimiento. Coordinar eficientemente las

agendas y citas médicas para evitar demoras y garantizar un flujo de pacientes óptimo. Ser proactivo en la confirmación de citas y recordatorios para asegurarse de que los pacientes estén adecuadamente preparados para la endoscopia. Escuchar atentamente y responder a las preguntas o inquietudes de los pacientes, brindando tranquilidad y apoyo durante todo el proceso. Estar en constante comunicación con el personal médico y otros departamentos para garantizar una atención integral y coordinada. Mostrar sensibilidad hacia la situación de los pacientes y proporcionar un trato amable y compasivo en cada interacción.

6 Bibliografía

LUCERO, J. B. (2022). Motivación y satisfacción laboral en el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel.