

VIII LECCIONES EN SALUD PÚBLICA Y SOCIEDAD E INVESTIGACIÓN



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

VIII Lecciones en Salud Pública y Sociedad e Investigación



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

VIII Lecciones en Salud Pública y Sociedad e Investigación

Fecha de publicación: 16 de agosto de 2023

1ª Edición

© CienciaSanitaria.es, 2020

© De los textos: sus autores

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

Todos los autores han asegurado a CienciaSanitaria.es cumplir con la Ley de Propiedad Intelectual y Derechos de Autor. El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a las profesiones sanitarias, reflejando las opiniones, investigaciones, textos, ilustraciones e iconografía propios de los autores y facilitados por ellos mismos bajo su exclusiva responsabilidad; no asumiendo CienciaSanitaria.es ni SOCIFOSA ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha obra. El libro no sienta bases terapéuticas ni algoritmos diagnósticos que se deban de seguir en la práctica clínica sin cotejar con el resto de la bibliografía científica existente.

ISBN: 978-84-19560-84-1

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1	RECOMENDACIONES Y ACTUALIZACIÓN EN LA TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA SUBCUTÁNEA ALICIA VALENZUELA GÓMEZ Y PAULA PÉREZ SOLER	3
2	INMUNOTERAPIA ORAL CON ALIMENTOS ALBA PIÑEIRO SÁNCHEZ Y MARÍA GARCÍA RODRÍGUEZ	7
3	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: TRATAMIENTO DEL CÁNCER CON CANNABINOIDES RAQUEL MUELA RODRIGUEZ, ANA ROBLES CAMPILLO, ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE, ANDREA BRAVO CARRILERO Y MIRIAM MORENO MANRIQUE	11
4	EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA RAQUEL MUELA RODRIGUEZ, ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE, ANA ROBLES CAMPILLO, ANDREA BRAVO CARRILERO Y MIRIAM MORENO MANRIQUE	17
5	SALUD PUBLICA Y SOCIAL: PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL RAQUEL MUELA RODRIGUEZ, ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE, ANA ROBLES CAMPILLO, ANDREA BRAVO CARRILERO Y MIRIAM MORENO MANRIQUE	23
6	LA ENFERMERA ANTE EL ALZHEIMER: UNA REVISIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD PAULA FERNÁNDEZ TOLOSA	33
7	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL PRODUCIDAS POR BACTERIAS GEA NELIA CHUMILLAS PEREZ	37

8	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA ACTUALIDAD: CLASIFICACIÓN Y EXPLICACIÓN DE SU USO GEA NELIA CHUMILLAS PEREZ	51
9	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO, INMACULADA RODRIGO CAMACHO, NOELIA RIVERA TEJERO Y FADWA EL BALGHITY MOUATADIR	65
10	LA ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS: EL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AITANA SERRANO BUITRAGO, PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS, CARMEN BARBA SANCHEZ, CARMEN CALIXTO PEREZ Y NATALIA SERNA VILLAMAYOR	71
11	EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS. PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA NATALIA SERNA VILLAMAYOR, AITANA SERRANO BUITRAGO, PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS, CARMEN BARBA SANCHEZ Y CARMEN CALIXTO PEREZ	77
12	MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO SARA MELLADO GARCIA, LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE Y ALEJANDRO BÓGALO GALLEG0	81
13	FUNCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS CARMEN BARBA SANCHEZ, CARMEN CALIXTO PEREZ, NATALIA SERNA VILLAMAYOR, AITANA SERRANO BUITRAGO Y PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS	85
14	HOSPITALIZACIÓN DE PERSONAS MAYORES: COMPLICACIONES M ^º JESÚS FERNÁNDEZ CONDE, MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO, CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ, PAULA CUETO CANTERO Y AIDA NAVAS SIERRA	89

15 LA INMOVILIDAD EN LAS PERSONAS ANCIANAS M ^a JESÚS FERNÁNDEZ CONDE, MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO, CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ, PAULA CUETO CANTERO Y AIDA NAVAS SIERRA	95
16 DISFAGIA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR M ^a JESÚS FERNÁNDEZ CONDE, MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO, CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ, PAULA CUETO CANTERO Y AIDA NAVAS SIERRA	101
17 FACTORES DE RIESGO SOBRE EL CÁNCER DE PIEL TIPO MELANOMA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA NOELIA RIVERA TEJERO, INMACULADA RODRIGO CAMACHO, FADWA EL BALGHITY MOUATADIR Y VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO	107
18 HELICOBACTER PYLORI: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DEL TEST DE UREA C13 MIREN MIRARI GOYOGANA ALCIBAR	111
19 PROTOCOLOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA INSERCIÓN, MANEJO Y RETIRADA DE LA Sonda NASOGÁSTRICA: FUNCIONES Y TÉCNICAS INMACULADA RODRIGO CAMACHO, FADWA EL BALGHITY MOUATADIR, VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO Y NOELIA RIVERA TEJERO	115
20 ÚLCERAS VASCULARES VENOSAS EN PACIENTE DE 76 AÑOS LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE, ALEJANDRO BÓGALO GALLEG0 Y SARA MELLADO GARCIA	121
21 SOBRECARGA EN EL CUIDADOR INFORMAL ALEJANDRO BÓGALO GALLEG0, SARA MELLADO GARCIA Y LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE	129
22 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE WERNICKE-KORSAKOFF MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ, NATALIYA TYUKALOVA, CLARA COMPANY GARCÍA, CRISTINA LÓPEZ GARCÍA Y MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ	133

23 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA TRACCIÓN DE PARTES BLANDAS	
MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ, NATALIYA TYUKALOVA, CLARA COMPANY GARCÍA, MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ Y CRISTINA LÓPEZ GARCÍA	137
24 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CONOCIMIENTOS Y LA UTILIZACIÓN DEL PLEUR-EVAC	
MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ, MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ, CRISTINA LÓPEZ GARCÍA, CLARA COMPANY GARCÍA Y NATALIYA TYUKALOVA	141
25 LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON CRISIS ASMÁTICA	
LAURA RAMIREZ MUÑOZ, IVAN POVEDA CANTERO, MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ, NATALIA CAVA RUIZ Y MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ	145
26 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE COLOSTOMIZADO	
LAURA RAMIREZ MUÑOZ, IVAN POVEDA CANTERO, MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ, NATALIA CAVA RUIZ Y MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ	149
27 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA TRANSFUSIÓN AUTÓLOGA	
LAURA RAMIREZ MUÑOZ, IVAN POVEDA CANTERO, MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ, NATALIA CAVA RUIZ Y MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ	153
28 IMPACTO DE LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO	
PAULA PÉREZ SOLER Y ALICIA VALENZUELA GÓMEZ	157
29 PAE: APOYO PSICOEMOCIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES GERIÁTRICOS	
ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO, JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN, CARMEN RAMIREZ ROSILLO, ALBA GOMEZ DIAZ Y MARINA GUILLEM SÁNCHEZ	163

30 ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DEL DOLOR DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS	
MARÍA INÉS GIL GARCÍA, LORENA CERRILLO PÉREZ, ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ, LORENA PATERNA SERRANO Y JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA	167
31 ENFERMERÍA Y LA QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL	
MARÍA INÉS GIL GARCÍA, LORENA CERRILLO PÉREZ, ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ, LORENA PATERNA SERRANO Y JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA	171
32 ENFERMERIA Y LOS PACIENTES QUE NECESITAN LA HEMOFILTRACIÓN	
MARÍA INÉS GIL GARCÍA, LORENA CERRILLO PÉREZ, ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ, LORENA PATERNA SERRANO Y JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA	181
33 ENFERMERÍA ANTE LA REANIMACIÓN AL BEBÉ RECIÉN NACIDO EN PARTO NATURAL	
ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO, FRANCISCA AROCA DESCALZO, JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ, SARA TIRADO CALONGE Y MARÍA GALLEGU ALONSO	187
34 ENFERMERÍA DURANTE Y TRAS LA INSERCIÓN DEL OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA	
ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO, FRANCISCA AROCA DESCALZO, JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ, SARA TIRADO CALONGE Y MARÍA GALLEGU ALONSO	191
35 PACIENTE PEDIÁTRICO CON APENDICITIS Y LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA	
ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO, FRANCISCA AROCA DESCALZO, JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ, SARA TIRADO CALONGE Y MARÍA GALLEGU ALONSO	195

36 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ANSIEDAD ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO, ALBA GOMEZ DIAZ, JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN, CARMEN RAMIREZ ROSILLO Y MARINA GUILLEM SÁNCHEZ	199
37 FUNCIONES DEL ENFERMERO ANTE EL PACIENTE CON ACÚFENOS ROSARIO LEÓN EXPÓSITO, BLANCA JODAR ROMERO, ALVARO MORENO GÓMEZ, LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS Y FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ	205
38 FUNCIONES DEL ENFERMERO ANTE UN PACIENTE CON COLESTEATOMA ROSARIO LEÓN EXPÓSITO, BLANCA JODAR ROMERO, ALVARO MORENO GÓMEZ, LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS Y FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ	209
39 FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON PAROTIDITIS ROSARIO LEÓN EXPÓSITO, BLANCA JODAR ROMERO, ALVARO MORENO GÓMEZ, LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS Y FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ	213
40 ENFERMERIA Y LA AEROSOLTERAPIA MEDIANTE MALLA EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI LORENA LÓPEZ MOLINA, ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO, MARTINA NARDONI MARRAU, DANIEL CARMONA RUIZ Y ALICIA LÓPEZ GÓMEZ	217
41 LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AL CARGO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS LORENA LÓPEZ MOLINA, ALICIA LÓPEZ GÓMEZ, ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO, MARTINA NARDONI MARRAU Y DANIEL CARMONA RUIZ	221

- 42 LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA DE PLANTA CON LOS
PACIENTES CELIACOS**
LORENA LÓPEZ MOLINA, ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO,
MARTINA NARDONI MARRAU, DANIEL CARMONA RUIZ Y ALICIA
LÓPEZ GÓMEZ 225
- 43 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES UROSTOMIZADOS**
ALMUDENA TORRES ATIENZAR, SARA EXPÓSITO CAUTADO,
MILAGROS HONRUBIA PÉREZ, DAVID CUESTA PÉREZ Y MARIA
ELENA MORA MARTINEZ 229
- 44 HIPOTERMIA TERAPÉUTICA NEONATAL Y LAS FUNCIONES DE
ENFERMERIA ANTE ESTOS CASOS**
ALMUDENA TORRES ATIENZAR, DAVID CUESTA PÉREZ, SARA
EXPÓSITO CAUTADO, MILAGROS HONRUBIA PÉREZ Y MARIA
ELENA MORA MARTINEZ 233
- 45 PERFIL PSICOLÓGICO DE MENORES ACOSADOS EN BASE AL
EQUIPO DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**
ALMUDENA TORRES ATIENZAR, SARA EXPÓSITO CAUTADO,
MILAGROS HONRUBIA PÉREZ, MARIA ELENA MORA MARTINEZ Y
DAVID CUESTA PÉREZ 237
- 46 EL PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LOS CAMPOS DE BATALLA DE
LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL**
ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO, JOSE ANTONIO BRAVO
MALAGÓN, CARMEN RAMIREZ ROSILLO, ALBA GOMEZ DIAZ Y
MARINA GUILLEM SÁNCHEZ 245
- 47 FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN UNA HEMORRAGIA MASIVA EN
QUIRÓFANO**
ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ, RAQUEL GARRIDO LOPEZ, MARÍA
MORANTE IZQUIERDO, MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA Y
CARMEN SILLER ZAMORA 251

48 FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO CON RÉGIMEN HOSPITALARIO	
ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ, CARMEN SILLER ZAMORA, MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA, MARÍA MORANTE IZQUIERDO Y RAQUEL GARRIDO LOPEZ	255
49 FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL CENTRO DE DÍA GERIÁTRICO	
ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ, RAQUEL GARRIDO LOPEZ, MARÍA MORANTE IZQUIERDO, MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA Y CARMEN SILLER ZAMORA	259
50 VALORACIÓN DEL TRABAJO DE LAS FUNCIONES Y DESEMPEÑO DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN LA HIPERTROFIA AMIGDALAR O ADENOIDEA	
YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI, LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE, DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN, JOANA LENDRINO LENDRINO Y CRISTIAN LENDRINO LENDRINO	263
51 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE CRÍTICO EN CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIOS	
YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI, CRISTIAN LENDRINO LENDRINO, JOANA LENDRINO LENDRINO, DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN Y LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE	267
52 LA IMPORTANCIA DEL TRIAJE DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS Y SANITARIAS	
YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI, JOANA LENDRINO LENDRINO, DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN, LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE Y CRISTIAN LENDRINO LENDRINO	271
53 PROMOMOCIONAR LA LACTANCIA MATERNA	
LAURA ANTUÑA MENENDEZ Y ANA BELÉN GONZALEZ GONZALEZ	275

54	ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LAS PICADURAS Y MORDEDURAS ADELA JIMENEZ TENDERO, ESMERALDA TEBAR MARTINEZ, MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER, MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ Y LAURA BALLESTEROS VILLEGAS	279
55	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, CRISTINA GARCIA REYES, SUSANA AVILA UBEDA Y BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA	285
56	LOS PACIENTE CON CADERA ROTA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, CRISTINA GARCIA REYES, SUSANA AVILA UBEDA Y BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA	289
57	EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA LUCÍA MONTOTO RODRIGUEZ	293
58	EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DE PACIENTES EN LA PLANTA HOSPITALARIA CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA, MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ Y LORENA PIERNAS CARCELÉN	297
59	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS CUIDADOS BÁSICOS DE CALIDAD QUE PRESTA AL ANCIANO VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA, RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ, RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ, ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ Y SHEILA CASTILLO APARICIO	301

60	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA NUTRICION ENTERAL DEL PACIENTE	
	VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA, RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ, RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ, ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ Y SHEILA CASTILLO APARICIO	305
61	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA TOMA DE CONSTANTES VITALES A UN PACIENTE. LA MEDICION DE LA TEMPERATURA	
	VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA, RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ, RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ, ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ Y SHEILA CASTILLO APARICIO	309
62	EL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL ÁMBITO DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
	MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER, ESMERALDA TEBAR MARTINEZ, ADELA JIMENEZ TENDERO, LAURA BALLESTEROS VILLEGAS Y MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ	313
63	ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD PSQUIÁTRICA HOSPITALARIA	
	MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ, ESMERALDA TEBAR MARTINEZ, ADELA JIMENEZ TENDERO, LAURA BALLESTEROS VILLEGAS Y MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER	319
64	LA ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL SANITARIO Y EL PROCESO DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
	MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA, INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ, NOELIA MENA GARCIA, MARÍA ARENAS MOTILLA Y ANTONIA GÓMEZ BARCO	323
65	LOS PACIENTES PEDIATRICOS CON AUTISMO Y LA FUNCION DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
	MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA, INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ, NOELIA MENA GARCIA, MARÍA ARENAS MOTILLA Y ANTONIA GÓMEZ BARCO	329

66	EL ASEO BUCAL DE LOS PACIENTES POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA, INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ, NOELIA MENA GARCIA, MARÍA ARENAS MOTILLA Y ANTONIA GÓMEZ BARCO	333
67	EL PAPEL DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL AISLAMIENTO DE CONTACTO PARA PERSONAS INMUNES SANDRA MAS ROMERO, IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE, MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO, JENNIFER SABOGAL Y MARÍA ALARCÓN CORTÉS	339
68	OPTIMIZACIÓN Y MONITOREO DE LA OXIGENOTERAPIA: EL ROL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA SANDRA MAS ROMERO, IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE, MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO, JENNIFER SABOGAL Y MARÍA ALARCÓN CORTÉS	345
69	IMPORTANCIA DE LAS POSICIONES DEL PACIENTE EN EL CUIDADO A CARGO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA. SANDRA MAS ROMERO, IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE, MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO, JENNIFER SABOGAL Y MARÍA ALARCÓN CORTÉS	351
70	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA HUMANIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN, ELENA RODRÍGUEZ MELIA, MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN, MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS Y MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO	359
71	CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: ESTUDIO Y FUNCIONES DE ESTA NUEVA MODALIDAD QUIRÚRGICA POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) GUILLERMO ROPERO FUERTES Y ANA BELEN ARAQUE ROMERO DE ÁVILA	365

72	ANDROPAUSIA: UNA AMPLIACIÓN DEL CONOCIMIENTO POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA SOBRE EL INICIO DE LA VEJEZ EN EL HOMBRE GUILLERMO ROPERO FUERTES Y ANA BELEN ARAQUE ROMERO DE ÁVILA	373
73	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN EL QUIRÓFANO SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ, ESTHER MANDRION BUSTAMANTE, MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN, ANA MARIA MAÑAS ORTEGA Y BERNARDO BAEZA CALDERON	383
74	EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA LA RECOGIDA DE MUESTRAS SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ, ESTHER MANDRION BUSTAMANTE, MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN, BERNARDO BAEZA CALDERON Y ANA MARIA MAÑAS ORTEGA	387
75	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS LUCÍA MONTOTO RODRIGUEZ	391
76	EL IMPACTO DEL APOYO EMOCIONAL Y LA EMPATÍA BRINDADA POR LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES LORENA PIERNAS CARCELÉN, MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ Y CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA	397
77	IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS A PACIENTES CON DISCAPACIDAD POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ, ANA MARIA MAÑAS ORTEGA, BERNARDO BAEZA CALDERON, MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN Y ESTHER MANDRION BUSTAMANTE	401

- 78 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA**
ELENA RODRÍGUEZ MELIA, MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN, MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS, MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO Y CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN 405
- 79 CLASIFICACIÓN DE LAS DIETAS TERAPÉUTICAS SEGÚN SU CONSISTENCIA. EL CONTENIDO CALÓRICO Y EL APOORTE DE NUTRIENTES**
MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS, CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN, MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN, ELENA RODRÍGUEZ MELIA Y MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO 411
- 80 EFECTIVIDAD DE LA FORMACIÓN CONTINUA EN ENFERMEDADES NOSOCOMIALES PARA LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ, LORENA PIERNAS CARCELÉN Y CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA 415
- 81 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECONSTRUCCIÓN DE MAMA**
JUAN TOMAS GALÁN PINA, ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO, ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA, VANESSA SÁNCHEZ SORIA Y MILAGROS MORENO CLEMENTE 419
- 82 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA LIBERACIÓN DEL TÚNEL DEL CARPO**
JUAN TOMAS GALÁN PINA, ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO, ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA, VANESSA SÁNCHEZ SORIA Y MILAGROS MORENO CLEMENTE 423
- 83 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE SAFENOABLACIÓN**
JUAN TOMAS GALÁN PINA, ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO, ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA, VANESSA SÁNCHEZ SORIA Y MILAGROS MORENO CLEMENTE 427

84 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PLANTA DE CARDIOLOGÍA	
MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO, MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ, BEATRIZ PÉREZ CAMPO, JOSEFA SANCHEZ PARDO Y ISABEL GONZALEZ LOPEZ	431
85 EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA FARMACIA HOSPITALARIA	
MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO, MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ, BEATRIZ PÉREZ CAMPO, JOSEFA SANCHEZ PARDO Y ISABEL GONZALEZ LOPEZ	435
86 EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	
MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO, MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ, BEATRIZ PÉREZ CAMPO, JOSEFA SANCHEZ PARDO Y ISABEL GONZALEZ LOPEZ	439
87 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS DROGODEPENDIENTES	
MILA LÓPEZ GONZÁLEZ, ANGELA OCAÑA CAMINERO, INMACULADA RUBIO CARRETERO, MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ Y MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ	443
88 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RESIDENCIAS GERIÁTRICAS	
MILA LÓPEZ GONZÁLEZ, ANGELA OCAÑA CAMINERO, INMACULADA RUBIO CARRETERO, MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ Y MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ	447
89 LOS PRIMEROS AUXILIOS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
MILA LÓPEZ GONZÁLEZ, ANGELA OCAÑA CAMINERO, INMACULADA RUBIO CARRETERO, MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ Y MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ	451
90 EL CORDÓN UMBILICAL Y SU POTENCIAL MÉDICO	
ESTEFANÍA GONZÁLEZ EXPÓSITO	455

- 91 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DENTRO DEL ÁREA DE ONCOLOGÍA INFANTIL DE UN CENTRO HOSPITALARIO
ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO, FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ, ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ, MARÍA JESÚS BAOS DE TORO Y ROCIO DE LA CRUZ LOZANO 463
- 92 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA INTERVENCIÓN DE ARTROSCOPIA
ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO, FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ, ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ, MARÍA JESÚS BAOS DE TORO Y ROCIO DE LA CRUZ LOZANO 467
- 93 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE EPILÉPTICO QUE ESTÁ SUFRIENDO CONVULSIONES
ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO, FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ, ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ, MARÍA JESÚS BAOS DE TORO Y ROCIO DE LA CRUZ LOZANO 471
- 94 APOYO Y DEDICACIÓN EN NEFROLOGÍA: DESCUBRIENDO LAS FUNCIONES CLAVES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL
ADRIÁN MARTÍN GAVÍN 475
- 95 PRÁCTICA DE TOMA Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ, ANA MARIA TENDERO PICAZO, MARIA DEL OLMO CASTILLO, CRISTINA CANO PÉREZ Y MADAY SIMÓN RISOTO 483
- 96 PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES POR LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ, ANA MARIA TENDERO PICAZO, MARIA DEL OLMO CASTILLO, CRISTINA CANO PÉREZ Y MADAY SIMÓN RISOTO 489

97 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DOSIFICACIÓN POR LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ, MADAY SIMÓN RISOTO, CRISTINA CANO PÉREZ, MARIA DEL OLMO CASTILLO Y ANA MARIA TENDERO PICAZO	495
98 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. ATENCIÓN Y CUIDADOS EN EL ANCIANO. INESTABILIDAD Y CAIDAS COMO SÍNDROME GERIÁTRICO ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA, JOAQUÍN MORAL CHICA, MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO Y DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ	503
99 EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS ROCÍO CAMACHO TORRES, ELENA BARRIO HERRERO, CLOTILDE MARTINEZ MAGAN, FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ Y ANA VANESA CIUDAD RUIZ	509
100 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: DRENAJES QUIRÚRGICOS TEMPORALES ROCÍO CAMACHO TORRES, ELENA BARRIO HERRERO, CLOTILDE MARTINEZ MAGAN, FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ Y ANA VANESA CIUDAD RUIZ	513
101 CUIDADOS DE LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA EVITAR ULCERAS POR PRESIÓN ROCÍO CAMACHO TORRES, ELENA BARRIO HERRERO, CLOTILDE MARTINEZ MAGAN Y ANA VANESA CIUDAD RUIZ	517
102 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS DE UN PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO, JOAQUÍN MORAL CHICA, DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ Y ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA	521

103	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL PERSONAL SANITARIO. EL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL MARÍA CARMEN LÓPEZ JAREÑO, JOAQUÍN MORAL CHICA, MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO, ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA Y DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ	525
104	UNIDAD DE SALUD MENTAL Y EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA, RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS, JOSE CHACON AGUILAR, CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE Y MAIRENA LÓPEZ CABALLERO	531
105	GERONTOLOGÍA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA, CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE, MAIRENA LÓPEZ CABALLERO, JOSE CHACON AGUILAR Y RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS	535
106	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA, JOSE CHACON AGUILAR, RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS, MAIRENA LÓPEZ CABALLERO Y CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE	539
107	EL TRASTORNO ANTISOCIAL Y LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANDREA LÁZARO VIÑA	543
108	LA UNIDAD DE PACIENTES QUEMADOS ESPECÍFICA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ESA UNIDAD MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO, BELEN SIMARRO CARRETERO, MARÍA DOLORES BUENO LAYA, ANGELES SANCHEZ SANCHEZ Y CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO	547

109 EL PROCESO DE UNA COLOSTOMÍA DE UN PACIENTE Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO, BELEN SIMARRO CARRETERO, MARÍA DOLORES BUENO LAYA, ANGELES SANCHEZ SANCHEZ Y CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO	551
110 LOS PACIENTES CON ATAQUES CONVULSIVO DE EPILEPSIA Y LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO, BELEN SIMARRO CARRETERO, MARÍA DOLORES BUENO LAYA, ANGELES SANCHEZ SANCHEZ Y CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO	555
111 LA IGUALDAD DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO	
PATRICIA CALZÓN FERNÁNDEZ Y JOSE LUIS SALMERON SUAREZ	559
112 LA ENFERMEDAD DE ESPTEIN BARR O TAMBIÉN DENOMINADA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA Y LA ASISTENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	
JADWIGA MARÍA SAK	563
113 EL BIENESTAR LABORAL	
MONTSERRAT GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, ANGELES IBÁÑEZ ALONSO, BEATRIZ GONZÁLEZ CHICHARRO, JOSÉ MARÍA MEDINA BERNARDO Y ROSALIA GOMEZ MURCIEGO	567
114 EL ACOSO LABORAL Y CÓMO DENUNCIARLO	
SUSANA INSA SERRANO	571
115 LA DESINFECCIÓN	
SUSANA INSA SERRANO	575
116 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON PACIENTE CON SISTEMA DE BIPRESIÓN POSITIVA (BIPAP)	
ESMERALDA SEVILLA MORENO, ANA TERCERO ALFARO, EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO, SONIA FAJARDO MELLINAS Y SANDRA MELLINAS GARCIA	579

- 117 LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA CON PACIENTES QUE SUFREN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2**
MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA, ÁFRICA ARCOS ESPEJO,
MARIA ROSA FAURA ROMERO, NOELIA TERUEL MONTAÑEZ Y
BÁRBARA CARRASCO ROJO 583
- 118 LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA COLOCACIÓN DEL SONDAJE HOSPITALARIO**
MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA, BÁRBARA CARRASCO ROJO,
NOELIA TERUEL MONTAÑEZ, MARIA ROSA FAURA ROMERO Y
ÁFRICA ARCOS ESPEJO 587
- 119 EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS CENTROS DE SALUD**
MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA, MARIA ROSA FAURA
ROMERO, ÁFRICA ARCOS ESPEJO, BÁRBARA CARRASCO ROJO Y
NOELIA TERUEL MONTAÑEZ 591
- 120 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL**
MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ, BEATRIZ GONZALEZ
PEREZ, SANDRA MARTÍN ANTONA, M^a ANGELES ORTIZ LÓPEZ Y
SILVIA SESMA MOLINA 595
- 121 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA**
MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ, BEATRIZ GONZALEZ
PEREZ, SANDRA MARTÍN ANTONA, M^a ANGELES ORTIZ LÓPEZ Y
SILVIA SESMA MOLINA 599
- 122 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARS DE ENFERMERÍA EN EL EXITUS DEL ENFERMO**
MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ, BEATRIZ GONZALEZ
PEREZ, SANDRA MARTÍN ANTONA, M^a ANGELES ORTIZ LÓPEZ Y
SILVIA SESMA MOLINA 603

123 EL SÍNDROME DEL DESGASTE PROFESIONAL SONIA FAJARDO MELLINAS, ANA TERCERO ALFARO, SANDRA MELLINAS GARCIA, EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO Y ESMERALDA SEVILLA MORENO	607
124 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS O COVID-19 ANA BELEN BARRERO DIAZ	611
125 TRASTORNOS MÚSCULO-ESQUELETICOS Y OTRAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA PRÁCTICA LABORAL ENTRE FISIOTERAPEUTAS SONIA GARCÍA GARCÍA, CRISTINA HERRERO MARTÍN, LAURA ROMO DE LA LLAVE, LAURA BONIL CHACÓN Y RAFAEL BAEZA MONSALVE	615
126 EFECTIVIDAD DE LA PUNCIÓN SECA PROFUNDA COMO TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN EL DOLOR DE CUELLO CERVICAL SONIA GARCÍA GARCÍA, LAURA ROMO DE LA LLAVE, CRISTINA HERRERO MARTÍN, LAURA BONIL CHACÓN Y RAFAEL BAEZA MONSALVE	621
127 EFECTIVIDAD DEL EMPLEO DE VENDAJE NEUROMUSCULAR COMO TÉCNICA FISIOTERAPÉUTICA PARA TRATAR EL DOLOR DE RODILLA EN DEPORTISTA MULTIDISCIPLINAR. CASO CLÍNICO SONIA GARCÍA GARCÍA, RAFAEL BAEZA MONSALVE, LAURA ROMO DE LA LLAVE, CRISTINA HERRERO MARTÍN Y LAURA BONIL CHACÓN	627
128 TRATAMIENTO DE LA FISIOTERAPIA EN LA GONARTROSIS CELIA VELASCO CORTÉS, DAVID GARCÍA RONCERO, MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO, SAMUEL VILLORA GARCÍA Y SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR	633

129	PLAN DE INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICO EN UNA FRACTURA DESPLAZADA DE MALÉOLO MEDIAL Y NO DESPLAZADA DE MALÉOLO POSTERIOR DE LA TIBIA CELIA VELASCO CORTÉS, DAVID GARCÍA RONCERO, MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO, SAMUEL VILLORA GARCÍA Y SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR	639
130	UN POSIBLE NUEVO ENFOQUE EN LA CIRUGÍA: FISIOTERAPIA Y LA PREHABILITACIÓN CELIA VELASCO CORTÉS, DAVID GARCÍA RONCERO, MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO, SAMUEL VILLORA GARCÍA Y SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR	645
131	BENEFICIO ECONÓMICO DE LA INCLUSIÓN DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA MARINA LÓPEZ CALDERÓN	651
132	RESISTENCIA ANTIMICROBIANA CONSTANZA GÓMEZ DE OÑA	665
133	VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE EL ÁMBITO SANITARIO ILENIA ALBA MARTÍNEZ	671
134	PRUEBAS EMPLEADAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE COCOS GRAM POSITIVOS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA MOISÉS GAMO PASTOR	675
135	PATOLOGÍAS MAMARIAS Y MÉTODOS RADIODIAGNÓSTICO DE DETECCIÓN ILENIA ALBA MARTÍNEZ	681
136	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES ILENIA ALBA MARTÍNEZ	685
137	TRABAJO EN EQUIPO Y ÉTICA PROFESIONAL EN SANITARIOS ILENIA ALBA MARTÍNEZ	689

138 EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA CONTAMINACIÓN POR EXPOSICIÓN INVOLUNTARIA	
NOELIA SÁNCHEZ RUIZ, SARA CARPIO VALBUENA, LAURA REDONDO MEDRANO, DANIEL DE LUCA NEGRETE Y SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA	693
139 EL DÍA A DÍA DE UN TÉCNICO DE RAYOS	
NOELIA SÁNCHEZ RUIZ, SARA CARPIO VALBUENA, LAURA REDONDO MEDRANO, DANIEL DE LUCA NEGRETE Y SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA	699
140 EL TÉCNICO DE RAYOS ANTE LAS MUJERES EMBARAZADAS	
NOELIA SÁNCHEZ RUIZ, SARA CARPIO VALBUENA, LAURA REDONDO MEDRANO, DANIEL DE LUCA NEGRETE Y SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA	703
141 AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN PARA LA VISUALIZACIÓN DE ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS	
ANGELA FERNANDEZ ILLAN	707
142 EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO (TSID) EN LA REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE ANTEPIE	
MARTA GONZALEZ VITURTIA, SOLEDAD MORÓN AGUADO, MONTSERRAT GARCIA CASADO Y ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ	711
143 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS	
MONTSERRAT GARCIA CASADO, SOLEDAD MORÓN AGUADO, MARTA GONZALEZ VITURTIA Y ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ	715
144 OPTIMIZACIÓN DE DOSIS DE RADIACIÓN EN PRUEBAS DE IMAGEN POR PARTE DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO	
SOLEDAD MORÓN AGUADO, MARTA GONZALEZ VITURTIA, MONTSERRAT GARCIA CASADO Y ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ	719

- 145 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA CON INGESTIÓN DE BARIO**
LUIS ROJAS SÁNCHEZ, MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA,
DAVID FERNANDEZ PEREZ Y LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ 723
- 146 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UN ARTERIOGRAMA**
LUIS ROJAS SÁNCHEZ, MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA,
DAVID FERNANDEZ PEREZ Y LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ 727
- 147 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) CON CONTRASTE**
LUIS ROJAS SÁNCHEZ, MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA,
DAVID FERNANDEZ PEREZ Y LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ 731
- 148 DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL QUIRÚRGICO POR PARTE DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR**
MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA, INÉS RUIZ MERCHÁN, AURORA ARIAS CARRERO, LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ Y MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ 735
- 149 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN LA UCI DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA, INÉS RUIZ MERCHÁN, AURORA ARIAS CARRERO, LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ Y MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ 739
- 150 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y DE PROTECCIÓN EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA**
MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA, INÉS RUIZ MERCHÁN, AURORA ARIAS CARRERO, LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ Y MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ 743

- 151 EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LOS NIVELES DE LAS
ACTIVIDADES DEL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA EN EL
CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL**
MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, CONCEPCIÓN MORALES
SUÁREZ, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, SUSANA MONTES
GARCIA Y LAURA GARRIDO CATALÁ 747
- 152 EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA INMUNOLOGÍA Y
TRASTORNOS ALÉRGICOS**
MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, CONCEPCIÓN MORALES
SUÁREZ, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, SUSANA MONTES
GARCIA Y LAURA GARRIDO CATALÁ 755
- 153 EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA DETERMINACIÓN DE
COOMBS DIRECTO Y TITULACIÓN**
MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, CONCEPCIÓN MORALES
SUÁREZ, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, SUSANA MONTES
GARCIA Y LAURA GARRIDO CATALÁ 761
- 154 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA
HISTEROSALPINGOGRAFÍA**
MARTA PEDREGAL ÁLVAREZ 767
- 155 FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA LIMPIEZA Y
ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL**
MIRIAM ABAD LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS,
MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA, VALENTINA ELENA
MANEA Y CRISTINA GONZÁLEZ 771
- 156 FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN UNA CLÍNICA
ODONTOLOGICA**
MIRIAM ABAD LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS,
MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA, VALENTINA ELENA
MANEA Y CRISTINA GONZÁLEZ 775

157	FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA REALIZACIÓN DE LAS RADIOGRAFÍAS DENTALES MIRIAM ABAD LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS, MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA, VALENTINA ELENA MANEA Y CRISTINA GONZÁLEZ	779
158	SALUD MENTAL EN NUESTRA SOCIEDAD ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ Y RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ	783
159	RIESGOS DE UNA VIDA SEDENTARIA ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ Y RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ	787
160	TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ Y ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ	791
161	EL TRABAJO CLÍNICO CON EL AUTOCLAVE POR PARTE DEL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO MARA GREGORIO HONRUBIA, BELÉN GARRIDO ORTIZ Y CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ	797
162	EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO Y LOS TIPOS DE ANÁLISIS DE MUESTRAS DE ORINA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO BELÉN GARRIDO ORTIZ, CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ Y MARA GREGORIO HONRUBIA	801
163	EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO Y EL ANÁLISIS DE UNA BIOPSIA EXCISIONAL CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ, BELÉN GARRIDO ORTIZ Y MARA GREGORIO HONRUBIA	805
164	PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO LOURDES MILLA SÁNCHEZ	809
165	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SESCOAM JOSUE GOMEZ MANZANERO, MARTA SANCHEZ ADEVA, MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ, SONIA RAMOS MARTÍNEZ Y INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA	813

166 CENTROS DONDE PUEDE TRABAJAR UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD Y SUS DIFERENTES FUNCIONES JOSUE GOMEZ MANZANERO, MARTA SANCHEZ ADEVA, INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA, MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ Y SONIA RAMOS MARTÍNEZ	817
167 GESTIÓN DE LAS TARJETAS SANITARIAS EN EL SESCAM POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO JOSUE GOMEZ MANZANERO, MARTA SANCHEZ ADEVA, INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA, MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ Y SONIA RAMOS MARTÍNEZ	821
168 EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SANIDAD CON LAS PANTALLAS MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA, MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ, CARLOS MORENO SÁNCHEZ, MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA Y RAQUEL HINESTROSA ROSAL	825
169 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE SALUD Y LOS EXTRANJEROS RESIDENTES NO AUTORIZADOS MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA, MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ, CARLOS MORENO SÁNCHEZ, MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA Y RAQUEL HINESTROSA ROSAL	829
170 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA, MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ, CARLOS MORENO SÁNCHEZ, MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA Y RAQUEL HINESTROSA ROSAL	835
171 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN LOS CENTROS SANITARIOS BÁRBARA MUÑOZ PALOMO, ELENA MALDONADO GALERA, ÁNGEL GARRIDO GARCÍA, M ^a INMACULADA LÓPEZ GALLEG0 Y SANDRA RODRIGO MARTINEZ	839
172 EL ANIMALARIO EN LOS CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR CON LOS ANIMALES UTILIZADOS PARA EXPERIMENTACIÓN JUAN SIMÓN LÁZARO ROLDÁN Y DAVID MORENO GARCÍA	843

- 173 EL CELADOR: TIPOS DE CELADOR EN UN SERVICIO SANITARIO,
DENTRO DE LA MISMA CATEGORÍA PROFESIONAL**
ALMUDENA PANTOJA HERRERA, JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA,
MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS Y CELIA SÁNCHEZ MARTÍN 847
- 174 EL CELADOR: LABOR EN PARTOS**
MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS, ALMUDENA PANTOJA HERRERA,
JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA Y CELIA SÁNCHEZ MARTÍN 851
- 175 LOS PINCHES Y LA ERGONOMÍA EN LA COCINA DEL HOSPITAL**
ALICIA CORROCHANO MARTÍN Y MARÍA INMACULADA GARCÍA
SANCHEZ MAYORAL 855
- 176 AVANCES TECNOLÓGICOS EN LA DISTRIBUCIÓN Y PRODUCCIÓN
DE COMIDAS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS POR EL PINCHE
DE COCINA**
MARCOS LÓPEZ PEINADO, JAVIER SANCHEZ GOMEZ, IRENE
GALÁN CORDERO, LORENA GALÁN FUERTES Y MARIA
ALEJANDRA BLANCO ACUÑA 859
- 177 EL PINCHE DE COCINA EN EL ALMACENAMIENTO DE LOS
PRODUCTOS NO PERECEDEROS Y PERECEDEROS EN EL
HOSPITAL**
MARCOS LÓPEZ PEINADO, JAVIER SANCHEZ GOMEZ, IRENE
GALÁN CORDERO, LORENA GALÁN FUERTES Y MARIA
ALEJANDRA BLANCO ACUÑA 863
- 178 EL PINCHE DE COCINA Y LA EXPOSICIÓN DE ALÉRGENOS DE
ORIGEN ANIMAL EN LA COCINA HOSPITALARIA**
MARCOS LÓPEZ PEINADO, JAVIER SANCHEZ GOMEZ, IRENE
GALÁN CORDERO, LORENA GALÁN FUERTES Y MARIA
ALEJANDRA BLANCO ACUÑA 867
- 179 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS DILIGENCIAS
DE LA TARJETA SANITARIA**
ELENA MALDONADO GALERA, BÁRBARA MUÑOZ PALOMO,
ÁNGEL GARRIDO GARCÍA, Mª INMACULADA LÓPEZ GALLEGO Y
SANDRA RODRIGO MARTINEZ 871

180 LOS CELADORES Y SU TRATO CON LOS PACIENTES DE TERCERA EDAD INGRESADOS EN LAS ESTITUCIONES SANITARIAS CRISTINA MOROTE TERCERO, YOLANDA MOROTE BONIFACIO, MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO, SERGIO YUNCAL VIVAS Y EVA NAVARRO TERCERO	875
181 LOS CELADORES EN INSTITUCIONES DE SALUD PRIMARIA CRISTINA MOROTE TERCERO, YOLANDA MOROTE BONIFACIO, MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO, SERGIO YUNCAL VIVAS Y EVA NAVARRO TERCERO	879
182 EL CELADOR DE CONSULTAS EXTERNAS DE LOS CENTROS SANITARIOS CRISTINA MOROTE TERCERO, YOLANDA MOROTE BONIFACIO, MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO, SERGIO YUNCAL VIVAS Y EVA NAVARRO TERCERO	883
183 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE LA PREPARACIÓN Y LA ADMINISTRACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN PARENTERAL LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA, ANA CRISTINA MAROTO BARATO, CRISTINA GARCIA REYES, SUSANA AVILA UBEDA Y BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA	887
184 FUCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: CENTROS DE SALUD JUAN MARTINEZ ORTEGA, SARA TORNER HUERVA, VICENTE ROSADO SOTO, GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO Y PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ	891
185 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN JUAN MARTINEZ ORTEGA, GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO, VICENTE ROSADO SOTO, SARA TORNER HUERVA Y PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ	895

- 186 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
JUAN MARTINEZ ORTEGA, VICENTE ROSADO SOTO, GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO, SARA TORNER HUERVA Y PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ 899
- 187 IMPORTANCIA DE LA FARMACIA HOSPITALARIA EN LOS HOSPITALES: FUNCIONES DESARROLLADAS POR LOS CELADORES**
ANTONIO CANO PEÑA, YOLANDA LEON DE LA TORRE, MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO, VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA Y ROSARIO PEREZ LOPEZ 903
- 188 FUNCIONES DESARROLLADAS POR EL CELADOR EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES TERMINALES**
VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA, ANTONIO CANO PEÑA, YOLANDA LEON DE LA TORRE, MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO Y ROSARIO PEREZ LOPEZ 907
- 189 FUNCIONES DEL CELADOR EN RELACIÓN CON PACIENTES FALLECIDOS**
ROSARIO PEREZ LOPEZ, ANTONIO CANO PEÑA, MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO, YOLANDA LEON DE LA TORRE Y VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA 911
- 190 EL PROCESO DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE QUE VA A SER OPERADO EN QUIRÓFANO**
MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU, ANA MOYANO SOLERA, GREGORIO REYES CIFUENTES, ÓLIVER RAYOS MARTÍN Y LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA 915
- 191 EL CELADOR Y EL PROCESO CON LOS PACIENTES QUE SE SOMETEN AL ESTUDIO DE LA SANGRE EN LOS HOSPITALES**
MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU, ANA MOYANO SOLERA, GREGORIO REYES CIFUENTES, ÓLIVER RAYOS MARTÍN Y LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA 919

- 192 EL CELADOR EN EL ALMACÉN. RECEPCIÓN Y
ALMACENAMIENTO**
MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU, ANA MOYANO SOLERA,
GREGORIO REYES CIFUENTES, ÓLIVER RAYOS MARTÍN Y LORENZO
CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA 925
- 193 EL TÉCNICO CALEFACTOR Y FONTANERO PERTENECIENTES AL
GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS EQUIPO DE MANTENIMIENTO
EN LAS TAREAS DE MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE
CALEFACCIÓN EN EL ÁMBITO DE UN HOSPITAL**
IVAN ESPARTERO MUÑOZ, HONORATO LOZANO MOYA, JOSÉ LUIS
CASADO APARICIO, JAVIER BUITRAGO MEDINA Y VICENTE
PICAZO SANCHEZ 929
- 194 LA INSTALACIÓN DE LA CLIMATIZACIÓN HOSPITALARIA POR EL
GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS, EQUIPO DE MANTENIMIENTO
CATEGORÍA CALEFACTOR Y FONTANERO**
JAVIER BUITRAGO MEDINA, JOSÉ LUIS CASADO APARICIO,
HONORATO LOZANO MOYA, IVAN ESPARTERO MUÑOZ Y
VICENTE PICAZO SANCHEZ 935
- 195 PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS EN EL EQUIPO DE
MANTENIMIENTO: LA LABOR DEL PERSONAL CALEFACTOR Y
FONTANERO**
VICENTE PICAZO SANCHEZ, HONORATO LOZANO MOYA, IVAN
ESPARTERO MUÑOZ, JOSÉ LUIS CASADO APARICIO Y JAVIER
BUITRAGO MEDINA 939
- 196 FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA PUERTA
PRINCIPAL**
MANUEL ANGULO ESCRIBANO, CLAUDIA MORENO RAMOS,
FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO, LAURA SEPÚLVEDA
ANGULO Y JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ 943
- 197 FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN PLANTA DE
HOSPITALIZACIÓN**
MANUEL ANGULO ESCRIBANO, CLAUDIA MORENO RAMOS,
FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO, JAVIER SEPULVEDA
CICUENDEZ Y LAURA SEPÚLVEDA ANGULO 947

198 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN	
MANUEL ANGULO ESCRIBANO, CLAUDIA MORENO RAMOS, LAURA SEPÚLVEDA ANGULO, FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO Y JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ	951
199 EL IMPACTO EMOCIONAL DEL TRABAJO DE CELADOR	
JORGE ROBLES CLAVEL, MARIA DEL PILAR LILLO IRALA, JESUS CLEMENTE GARCIA, CARMEN JIMENEZ MARTINEZ Y TERESA LORENTE PEREZ	955
200 LOS CELADORES Y SU TRABAJO EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA	
FABIÁN CANTÓN SERRANO, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ, CRISTINA GARCIA REYES, MARÍA ARENAS MOTILLA Y MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ	959
201 EL CELADOR QUE SE ENCARGA DEL ALMACÉN DE LA UNIDAD DE FARMACIA Y EL REPARTO DE MEDICACIÓN	
FABIÁN CANTÓN SERRANO, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ, CRISTINA GARCIA REYES, MARÍA ARENAS MOTILLA Y MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ	963
202 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ESTIRILIZACIÓN Y SU FUNCIONES EN COLABORACIÓN CON QUIRÓFANO	
FABIÁN CANTÓN SERRANO, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ, CRISTINA GARCIA REYES, MARÍA ARENAS MOTILLA Y MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ	967
203 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE FARMACIA	
FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO, ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS Y CARLOS BENITA COTILLAS	971
204 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN TOCOLOGÍA Y ÁREA DE MATERNIDAD	
FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO, ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS Y CARLOS BENITA COTILLAS	975

205	EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE QUIRÓFANOS ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS, FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO Y CARLOS BENITA COTILLAS	981
206	PREVENCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS INFORMÁTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR, ANA MARIA CANO ESPINOSA Y PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ	985
207	EL PAPEL DEL CELADOR CON EL PACIENTE GERIÁTRICO ENCAMADO. PROCEDIMIENTO REALIZADO DURANTE EL ASEO DIARIO Y EL CAMBIO DE ROPA DE CAMA DANIEL AGUILAR GARRIDO, MARÍA DE LAS NIEVES CORTINAS VALLADOLID, PEDRO JULIÁN ROMERO ARRIBAS Y MARIA ELENA BELMAR GARCIA	989
208	LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN. LAS FUNCIONES DEL CELADOR CON LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS Y LOS PACIENTES AMBULANTES DANIEL AGUILAR GARRIDO, MARIA ELENA BELMAR GARCIA, PEDRO JULIÁN ROMERO ARRIBAS Y MARÍA DE LAS NIEVES CORTINAS VALLADOLID	993
209	LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA CAROLINA MORENO FELIPE, RAUL MARTINEZ MOROTE, SERGIO FUENTES MARÍN, EMILIA SANTANA TENDERO Y MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA	997
210	EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE FARMACIA CAROLINA MORENO FELIPE, RAUL MARTINEZ MOROTE, SERGIO FUENTES MARÍN, EMILIA SANTANA TENDERO Y MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA	1001

- 211 LA FUNCIÓN DE AYUDA DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE
ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA**
CAROLINA MORENO FELIPE, RAUL MARTINEZ MOROTE, SERGIO
FUENTES MARÍN, EMILIA SANTANA TENDERO Y MARÍA ISABEL
ALVAREZ GARCÍA **1005**
- 212 EL PICHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL MOBBING LABORAL**
MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ **1009**
- 213 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA RECEPCIÓN DE LLAMADAS
EN UN HOSPITAL**
PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ, ANA MARIA CANO ESPINOSA Y
MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR **1017**
- 214 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PREPARACIÓN DE LOS
DATOS INFORMÁTICOS EN UN HOSPITAL**
PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ, MARIA DE LA CONCEPCIÓN
LUCHENA ESCOBAR Y ANA MARIA CANO ESPINOSA **1021**
- 215 EL PERSONAL SUBALTERNO CON EL PACIENTE EN FASE
TERMINAL. FUNCIONES DE LOS CELADORES CON LOS
PACIENTES PALIATIVOS**
OLGA SANCHEZ CLEMENTE, ENCARNI MONTES IGLESIAS,
SELENIA NOVAS SALMERON, ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN Y
GUILLERMO GONZALEZ BENITO **1025**
- 216 EL IMPACTO PSICOLÓGICO DEL CELADOR EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS**
TERESA LORENTE PEREZ, MARIA DEL PILAR LILLO IRALA, JESUS
CLEMENTE GARCIA, CARMEN JIMENEZ MARTINEZ Y JORGE
ROBLES CLAVEL **1029**
- 217 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU ORGANIZACIÓN
DIVERSIFICADA DE LOS CENTROS SANITARIOS**
MERCEDES VILLALÓN BARBA, DANIEL DE LUCA NEGRETE, MARIA
CONSUELO SANCHEZ GARCIA, JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ Y
ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY **1033**

- 218 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE URGENCIAS Y LA CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE**
MERCEDES VILLALÓN BARBA, DANIEL DE LUCA NEGRETE, MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA, JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ Y ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY 1039
- 219 LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA FORMACIÓN DE INFORMÁTICA Y PC EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MERCEDES VILLALÓN BARBA, DANIEL DE LUCA NEGRETE, MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA, JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ Y ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY 1043
- 220 EXPERIMENTACIÓN CON ANIMALES. FINES Y CUIDADOS. COMETIDOS DEL CELADOR EN QUIRÓFANOS EXPERIMENTALES Y LABORATORIOS DE ANIMALES**
BEATRIZ GARCÍA TEJERA, MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL, VANESSA QUIROGA MINAYA, MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO Y MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO 1047
- 221 PAPEL DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN DEL ENFERMO TERMINAL. EVOLUCIÓN DESDE LA PATOLOGÍA AL FALLECIMIENTO. CUIDADOS PALIATIVOS. ACTUACIÓN CON EL ENFERMO FALLECIDO**
BEATRIZ GARCÍA TEJERA, MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL, VANESSA QUIROGA MINAYA, MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO Y MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO 1053
- 222 EL ROL DEL CELADOR EN SUS INTERACCIONES CON PACIENTES Y FAMILIARES. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE. EL CELADOR COMO ELEMENTO INTEGRANTE DEL PERSONAL INFORMADOR**
BEATRIZ GARCÍA TEJERA, MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL, VANESSA QUIROGA MINAYA, MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO Y MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO 1059

223	FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO MARTA ALEXANDRE GARCÍA, LLANOS SANTOS CUENCA, RAQUEL MARÍN PEÑA, JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ Y ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA	1065
224	EL CELADOR ANTE LA PRONACIÓN DEL PACIENTE INTUBADO MARTA ALEXANDRE GARCÍA, RAQUEL MARÍN PEÑA, LLANOS SANTOS CUENCA, JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ Y ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA	1069
225	MOVILIZACIÓN POR EL CELADOR DEL PACIENTE TRAUMATIZADO MARTA ALEXANDRE GARCÍA, LLANOS SANTOS CUENCA, JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ, RAQUEL MARÍN PEÑA Y ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA	1073
226	LA SALUD OCUPACIONAL DEL CELADOR JESUS CLEMENTE GARCIA, MARIA DEL PILAR LILLO IRALA, TERESA LORENTE PEREZ, JORGE ROBLES CLAVEL Y CARMEN JIMENEZ MARTINEZ	1077
227	LOS PINCHES Y LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS EN LOS HOSPITALES GUADALUPE MAESTRE PEREZ, ELIO CRESPO ZAFRA, ANA GOMEZ GIL, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ Y LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO	1081
228	LAS FUNCIONES QUE TIENE EL PINCHE EN UNA COCINA HOSPITALARIA GUADALUPE MAESTRE PEREZ, ANA GOMEZ GIL, ELIO CRESPO ZAFRA, LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO Y MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ	1085
229	EL PINCHE DE COCINA Y LOS CONOCIMIENTOS EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO, ELIO CRESPO ZAFRA, ANA GOMEZ GIL, GUADALUPE MAESTRE PEREZ Y MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ	1089

- 230LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN CONTRA EL ESTRES
LABORAL**
JOSÉ MARÍA MEDINA BERNARDO, ROSALIA GOMEZ MURCIEGO,
BEATRIZ GONZÁLEZ CHICHARRO, MONTSERRAT GONZÁLEZ
FERNÁNDEZ Y ANGELES IBÁÑEZ ALONSO 1093
- 231FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA EN EL HOSPITAL**
CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ, JUAN MANUEL
FERNANDEZ LOPEZ, LUCIA AGUJETAS MAYA, ROSA MARÍA LÓPEZ
DEL POZO Y CONCEPCIÓN NIETO QUILON 1097
- 232LA IMPORTANCIA DE UN CORRECTO EQUIPO DE PROTECCION
DEL PERSONAL CALEFACTOR EN MANTENIMIENTO
HOSPITALARIO**
CARLOS POZO GONZÁLEZ, JORGE FERRE CAÑIZARES, ALVARO
FERRE NAVARRO, ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ Y FABIÁN CANTÓN
SERRANO 1101
- 233LOS SISTEMAS DE CLIMATIZACIÓN Y AGUAS CALIENTES Y EL
PERSONAL DE CALEFACTOR DE LOS CENTROS HOSPITALARIO**
CARLOS POZO GONZÁLEZ, JORGE FERRE CAÑIZARES, ALVARO
FERRE NAVARRO, ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ Y FABIÁN CANTÓN
SERRANO 1105
- 234EL PERSONAL DE CALEFACTOR DE MANTENIMIENTO
HOSPITALARIO Y EL MANTENIMIENTO DE SISTEMA DE ALTO
FLUJO NASAL**
CARLOS POZO GONZÁLEZ, JORGE FERRE CAÑIZARES, ALVARO
FERRE NAVARRO, ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ Y FABIÁN CANTÓN
SERRANO 1109
- 235PAPEL DEL CELADOR COMO PERSONAL INTEGRANTE DE LOS
SERVICIOS DE LENCERÍA Y LAVANDERÍA HOSPITALARIA.
UNIDADES DEL ÁREA DE LAVANDERÍA Y FUNCIONES EN
RELACIÓN A LA UNIFORMIDAD**
BEATRIZ GARCÍA TEJERA, MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL,
VANESSA QUIROGA MINAYA, MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO
Y MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO 1113

236	EL PERSONAL SUBALTERNO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SELENIA NOVAS SALMERON, ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN, GUILLERMO GONZALEZ BENITO, OLGA SANCHEZ CLEMENTE Y ENCARNI MONTES IGLESIAS	1119
237	EL CELADOR EN EL TRANSPORTE DEL ENFERMO. CURIOSIDADES DE TRANSPORTES INUSUALES RUBEN FERNANDEZ DEL MAZO	1123
238	PREVENCION DEL CONFLICTO EN EL TRATO CON EL PACIENTE SHEILA GARCÍA HEVIA	1127
239	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO BARBARO GONZALEZ MARTINEZ, MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS, VANESSA GARCIA RAMOS, MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA Y JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ	1131
240	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CITACIONES DEL CENTRO HOSPITALARIO BARBARO GONZALEZ MARTINEZ, MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS, VANESSA GARCIA RAMOS, MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA Y JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ	1135
241	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE LENCERÍA HOSPITALARIA BARBARO GONZALEZ MARTINEZ, MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS, VANESSA GARCIA RAMOS, MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA Y JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ	1139
242	EL DERECHO DEL PACIENTE EN EL ENTORNO SANITARIO A LA PROTECCIÓN DE DATOS JOSE LUIS SALMERON SUAREZ Y PATRICIA CALZÓN FERNÁNDEZ	1143

- 243EL PERSONAL SUBALTERNO EN SU FUNCIÓN DE AUXILIAR AL FISIOTERAPEUTA DURANTE LA REHABILITACIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO GUILLERMO GONZALEZ BENITO, OLGA SANCHEZ CLEMENTE, ENCARNI MONTES IGLESIAS, SELENIA NOVAS SALMERON Y ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN** 1147
- 244EL CELADOR: QUIRÓFANO Y BLOQUE QUIRÚRGICO**
MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO, DIEGO MARTIN MAROTO, CARLOS MURO MONTERO, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA Y RAUL MARTIN SANCHEZ 1151
- 245CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE ADULTOS DE SALUD MENTAL**
MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO, DIEGO MARTIN MAROTO, CARLOS MURO MONTERO, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA Y RAUL MARTIN SANCHEZ 1155
- 246PAPEL DEL CELADOR EN EL ÁMBITO DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA**
VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS, JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ, MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ, YOLANDA SILGADO ARANDA Y MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS 1159
- 247EL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE EL COLECTIVO DE LOS CELADORES**
VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS, MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ, JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ, MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS Y YOLANDA SILGADO ARANDA 1163
- 248CÓMO REALIZAR EL TRASLADO DEL CADÁVER POR EL CELADOR**
VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS, YOLANDA SILGADO ARANDA, MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ, MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS Y JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ 1167

249	EL CELADOR: EL ACTO COMUNICATIVO EN EL DESARROLLO FUNCIONAL	
	MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO, DIEGO MARTIN MAROTO, CARLOS MURO MONTERO, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA Y RAUL MARTIN SANCHEZ	1171
250	FUNCIONES Y ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN GENERAL DEL CENTRO HOSPITALARIO	
	MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE, LORENA DELGADO GONZALEZ, NOELIA GARCIA MUÑOZ, ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA Y MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO	1175
251	PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE COVID	
	MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE, LORENA DELGADO GONZALEZ, NOELIA GARCIA MUÑOZ, ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA Y MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO	1179
252	TAREAS EJERCIDAS POR EL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA	
	MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE, LORENA DELGADO GONZALEZ, ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA, MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO Y NOELIA GARCIA MUÑOZ	1183
253	EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL REGISTRO DE UN RECIÉN NACIDO	
	VERÓNICA PASTRANA RUIZ, MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS, VERONICA MARTINEZ LOPEZ Y LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ	1187
254	EL CELADOR EN PARTICIPACIÓN Y CONOCIMIENTOS DEL SOPORTE VITAL BÁSICO	
	PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS, MANUEL ARANDA PEÑA, CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ, MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA Y ÁNGEL BUENO BUENO	1191

- 255 EL CELADOR: EL CONOCIMIENTO Y UTILIZACIÓN DE LOS
DISPOSITIVOS DE APOYO**
PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS, MARIA JESUS MORENO
LÓPEZ-ANTONA, CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ, ÁNGEL BUENO
BUENO Y MANUEL ARANDA PEÑA 1195
- 256 EL ROL SIGNIFICATIVO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA
GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS**
MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS, VERÓNICA PASTRANA
RUIZ, VERONICA MARTINEZ LOPEZ Y LORENA GARCÍA
RODRÍGUEZ 1199
- 257 OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS
A TRAVÉS DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS**
MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS, LORENA GARCÍA
RODRÍGUEZ, VERÓNICA PASTRANA RUIZ Y VERONICA MARTINEZ
LOPEZ 1203
- 258 PERSONAL NO SANITARIO: MECÁNICO, PREVENCIÓN DE
RIESGOS LABORALES: INHALACIONES DE GASES O PARTÍCULAS**
JOAQUIN GUIJA MATÍAS 1207
- 259 LA SECRETARÍA DE MEDICINA NUCLEAR Y EL AUXILIAR
ADMINISTRATIVO**
MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ, MARÍA DEL CARMEN
GONZÁLEZ VELASCO, NURIA SÁNCHEZ TORREJON, JOSEFINA
SANTOS ALONSO Y GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO 1211
- 260 LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI) Y LAS FUNCIONES
DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ, GEMA MONTEALEGRE
MONTEJANO, NURIA SÁNCHEZ TORREJON, MARÍA DEL CARMEN
GONZÁLEZ VELASCO Y JOSEFINA SANTOS ALONSO 1215
- 261 ÓRDENES DE ASISTENCIA Y ADMISIÓN EN UN CENTRO
HOSPITALARIO. FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ, MARÍA DEL CARMEN
GONZÁLEZ VELASCO, JOSEFINA SANTOS ALONSO, NURIA
SÁNCHEZ TORREJON Y GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO 1219

- 262EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS, CARLOS ALBERTO
COELLO DIAZ, ÁNGEL BUENO BUENO, MANUEL ARANDA PEÑA Y
MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA 1223
- 263LA FUNCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL PROCESO
DE HUMANIZACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS**
SANDRA RODRIGO MARTINEZ, ELENA MALDONADO GALERA,
ÁNGEL GARRIDO GARCÍA, Mª INMACULADA LÓPEZ GALLEGO Y
BÁRBARA MUÑOZ PALOMO 1227
- 264EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA SEGURIDAD
ALIMENTARIA**
PILAR SANCHEZ MONTERO, JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ, MARIA
HERAS JIMENEZ, ANTONIO SARRION TOLOSA Y PABLO CAMPOS
PLIEGO 1231
- 265EL PINCHE. LA COCINA CENTRALIZADA Y QUÉ ES LA MARCHA
ADELANTE**
PILAR SANCHEZ MONTERO, JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ, MARIA
HERAS JIMENEZ, ANTONIO SARRION TOLOSA Y PABLO CAMPOS
PLIEGO 1237
- 266EL RECICLAJE Y LA REDUCCIÓN DE RESIDUOS PLÁSTICOS EN LA
COCINA DE LOS HOSPITALES POR EL PINCHE**
PILAR SANCHEZ MONTERO, JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ, MARIA
HERAS JIMENEZ, ANTONIO SARRION TOLOSA Y PABLO CAMPOS
PLIEGO 1243
- 267EL CELADOR Y SU AYUDA AL PACIENTE INFANTIL CON EL
SÍNDROME DEL DOLOR**
MARÍA SESAR RÚA 1247
- 268BENEFICIOS DE LA INTEGRACIÓN SENSORIAL Y TERAPIA
OCUPACIONAL EN PEDIATRÍA**
MARTA FERNÁNDEZ LLORET 1253

- 269 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE
ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS**
ANA M° GARCÍA HERNANDO, CAROLINA LÓPEZ SALVADOR,
SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ, ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA
PATOS Y MARÍA VANESA MARTÍN PUIG 1257
- 270 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA
RECEPCIÓN DEL PACIENTE PROCEDENTE DE LA LISTA DE
ESPERA QUIRÚRGICA**
ANA M° GARCÍA HERNANDO, CAROLINA LÓPEZ SALVADOR,
SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ, ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA
PATOS Y MARÍA VANESA MARTÍN PUIG 1261
- 271 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN
DEL BANCO DE SANGRE HOSPITALARIO**
ANA M° GARCÍA HERNANDO, CAROLINA LÓPEZ SALVADOR,
SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ, ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA
PATOS Y MARÍA VANESA MARTÍN PUIG 1265
- 272 FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE
PARITORIO**
PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS, MARÍA ENCARNACIÓN
PEREZ-OLIVARES MORALEDA, ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA,
VANESA REY GARCÍA Y ALVARO MORA GARCIA 1269
- 273 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA**
PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS, MARÍA ENCARNACIÓN
PEREZ-OLIVARES MORALEDA, ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA,
VANESA REY GARCÍA Y ALVARO MORA GARCIA 1273
- 274 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIO**
PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS, MARÍA ENCARNACIÓN
PEREZ-OLIVARES MORALEDA, ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA,
VANESA REY GARCÍA Y ALVARO MORA GARCIA 1277

275	LA COCINA HOSPITALARIA Y SU ADAPTACIÓN A LOS MENUS ELABORADOS EN LOS HOSPITALES ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA, SANDRA GONZALEZ AMORAGA, JUAN ESTEBAN MORAL, MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ Y IRENE TENES MUÑOZ	1281
276	EL PROYECTO ORGANIZATIVO DEL PERSONAL QUE TRABAJA EN LA COCINA HOSPITALARIA ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA, SANDRA GONZALEZ AMORAGA, JUAN ESTEBAN MORAL, MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ Y IRENE TENES MUÑOZ	1285
277	UTILIZACIÓN DE LOS EQUIPOS. UTENSILIOS QUE ENCONTRAMOS EN LA COCINA HOSPITALARIA ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA, SANDRA GONZALEZ AMORAGA, JUAN ESTEBAN MORAL, MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ Y IRENE TENES MUÑOZ	1289
278	GESTIÓN EFICAZ DEL EQUIPO DE PINCHES DE COCINA. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN CONCEPCIÓN NIETO QUILON, CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ, LUCIA AGUJETAS MAYA, ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO Y JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ	1295
279	LA PERCEPCIÓN DE LOS PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA SOBRE SU IMAGEN Y RECONOCIMIENTO PROFESIONAL LUCIA AGUJETAS MAYA, ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO, JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ, CONCEPCIÓN NIETO QUILON Y CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ	1299
280	NORMAS HIGIÉNICAS DE EMPLATADO Y TRANSPORTE DE COMIDAS POR EL PERSONAL DE COCINA. TRANSPORTE Y DISTRIBUCIÓN EN PLANTA JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ Y LUCIA AGUJETAS MAYA	1303

- 281 SOBRECARGA LABORAL EN LOS TRABAJADORES DEL ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARÍA MANUELA NAVES DÍAZ, VERONICA GOMEZ NAVES,
PATRICIA ALONSO ANTUÑA, LORENA SUSTACHA DUARTE Y
MARIA DEL CARMEN MARTÍNEZ BAYÓN 1307
- 282 EL CELADOR EN EL ASEO DE PACIENTES**
EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA, ANA
BELEN SANCHEZ MAESTRE, MANUELA MUÑOZ GARCÍA, MARÍA
JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ Y IMANOL MECO GOMEZ DE LAS
HERAS 1311
- 283 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA ENTRADA A LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**
EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA, IMANOL
MECO GOMEZ DE LAS HERAS, MARÍA JESÚS VILLARRUBIA
SÁNCHEZ, MANUELA MUÑOZ GARCÍA Y ANA BELEN SANCHEZ
MAESTRE 1315
- 284 PLAN DE EMERGENCIA Y LA ACTUACIÓN DEL CELADOR**
EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA, ANA
BELEN SANCHEZ MAESTRE, MANUELA MUÑOZ GARCÍA, MARÍA
JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ Y IMANOL MECO GOMEZ DE LAS
HERAS 1319
- 285 CUIDADOS A PACIENTES CON DOLENCIA REUMÁTICA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ, ALBA ANDREO CANDEL, ISABEL
RODRÍGUEZ TÉBAR, CRISTINA GIJÓN RUIZ Y VIRGINIA RAMOS
FERNÁNDEZ - MARCOTE 1323
- 286 CUIDADOS A PACIENTES OSTOMIZADOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.**
MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ, ALBA ANDREO CANDEL, ISABEL
RODRÍGUEZ TÉBAR, CRISTINA GIJÓN RUIZ Y VIRGINIA RAMOS
FERNÁNDEZ - MARCOTE 1327

- 287 EL COLESTEROL COMO FACTOR DE RIESGO. PAPEL DE LA ENFERMERÍA.**
MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ, ALBA ANDREO CANDEL, ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR, CRISTINA GIJÓN RUIZ Y VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE 1333
- 288 DESMOTIVACIÓN EN EL TRABAJO**
MARIA JOSEFA DÍAZ GARCÍA 1337
- 289 LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL**
AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO, GLORIA MARÍA MORENO GALAN, MARÍA MORENO RODRÍGUEZ, MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ Y MARIA CARMEN TORRES GARCÍA 1341
- 290 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA UTILIZACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA EN SANIDAD**
AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO, GLORIA MARÍA MORENO GALAN, MARÍA MORENO RODRÍGUEZ, MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ Y MARIA CARMEN TORRES GARCÍA 1349
- 291 ACTUACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SANIDAD EN UNA SITUACIÓN DE UN PACIENTE CON HEMOPTISIS**
MARIA CARMEN TORRES GARCÍA, AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO, GLORIA MARÍA MORENO GALAN, MARÍA MORENO RODRÍGUEZ Y MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ 1355
- 292 FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN EL BANCO DE SANGRE**
MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA, REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ, MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO, ANIBALIANA CULEBRAS PERES Y ISABEL COPETE ESPARCIA 1361
- 293 FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN EL LABORATORIO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA**
MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA, ANIBALIANA CULEBRAS PERES, ISABEL COPETE ESPARCIA, REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ Y MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO 1365

**294 FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN LA RECEPCIÓN DE PRUEBAS
HOSPITALARIAS**

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA, REMEDIOS HERNANDEZ
MARTINEZ, MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO Y ANIBALIANA
CULEBRAS PERES

1369

Capítulo 1

RECOMENDACIONES Y ACTUALIZACIÓN EN LA TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA SUBCUTÁNEA

ALICIA VALENZUELA GÓMEZ

PAULA PÉREZ SOLER

1 Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad grave que tiene un impacto significativo tanto en el ámbito clínico como económico, y se encuentra entre las principales causas de muerte en nuestro país, ocupando el sexto o séptimo lugar. Esta enfermedad reduce la esperanza de vida de 5 a 10 años. En la región de Andalucía, la prevalencia de la diabetes es más alta que la media nacional, afectando al 15.3% de la población de 18 años o más. Además, se estima que una de cada tres personas tiene diabetes sin saberlo. Por lo tanto, la detección temprana, la educación y el seguimiento de los pacientes con diabetes son cruciales para prevenir complicaciones graves. Para hacer frente a esta enfermedad, es fundamental que los profesionales de la salud cuenten con los conocimientos actualizados.

En este trabajo, nos centraremos en una parte fundamental de la educación para las personas con diabetes, que es la administración de insulina mediante plumas. En las personas con diabetes, el páncreas deja de producir insulina o no la produce en cantidades suficientes para mantener niveles adecuados de glucosa en

la sangre. La técnica correcta de inyección es esencial para garantizar el funcionamiento óptimo de la insulina y el control de los niveles de glucosa.

2 Objetivos

- Definir los aspectos claves en el uso de la pluma.
- Conocer los cuidados y la técnica de administración de insulina.
- Prevenir las lipodistrofias.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica, en la que se analizó la bibliografía en el último año, en inglés y español, en las bases de datos de Pubmed, Cochrane Library Plus, Science Direct y Scielo. Palabras clave: Diabetes, insulina y lipodistrofias.

4 Resultados

Una educación adecuada sobre el uso correcto de la insulina debe abordar varios aspectos esenciales. En primer lugar, es importante abordar cualquier miedo, ansiedad o creencias erróneas que el paciente pueda tener sobre la insulina y la enfermedad en sí.

El uso adecuado de los bolígrafos o plumas de insulina y las agujas también es fundamental. Estos dispositivos permiten la administración de diferentes tipos de insulina en el tejido subcutáneo. Es importante recordar que las agujas son de un solo uso y no deben dejarse en la pluma después de su uso para evitar la entrada de aire u otros contaminantes. Existen agujas de diferentes longitudes, como 4, 5, 6 y 8 mm, pero la evidencia sugiere que las agujas más cortas son más seguras, eficaces y causan menos dolor al atravesar la hipodermis y llegar al tejido subcutáneo.

Las plumas que no se están utilizando deben almacenarse en el refrigerador (entre 4-8 °C) para evitar la congelación. Aquellas que están en uso deben mantenerse a temperatura ambiente y protegerse de temperaturas extremas (por debajo de 0 °C se destruyen y por encima de 38 °C pierden su actividad lentamente), generalmente durante aproximadamente un mes. Sin embargo, es importante revisar la ficha técnica del producto, ya que esto puede variar.

En cuanto a los cuidados y la técnica de administración, se deben seguir ciertos pasos. Antes de la inyección, es necesario verificar la pluma, comprobar el tipo de insulina, la presencia de burbujas de aire, la fecha de caducidad y colocar una nueva aguja. En el caso de insulinas intermedias y premezcladas, se deben mezclar hasta homogeneizar el preparado mediante movimientos suaves de oscilación, sin agitar. Se recomienda purgar la pluma con 1 o 2 unidades antes de la administración.

La elección del lugar adecuado para la inyección debe tener en cuenta la zona corporal, la longitud de la aguja y la actividad física posterior. Antes de la inyección, es importante inspeccionar las zonas y evitar aquellas donde haya heridas, hematomas, inflamaciones o lipodistrofias. Las manos y el lugar de inyección deben estar limpios, y no se debe frotar la zona de inyección antes ni después del procedimiento. Es importante destacar que la inyección no debe realizarse a través de la ropa.

Cada zona de inyección debe examinarse individualmente, y luego se debe decidir si es necesario obtener un pliegue cutáneo mediante la técnica del pellizco, considerando la longitud de la aguja a utilizar. Esta recomendación debe ser proporcionada al paciente por escrito.

Para realizar correctamente la técnica del pellizco, se utilizan tres dedos (índice, corazón y pulgar) para sujetar la dermis y el tejido subcutáneo, manteniéndolos así hasta que se retire la aguja.

El ángulo de inserción de la aguja depende del tamaño de la aguja utilizada y la zona anatómica seleccionada. Después de estos pasos, se selecciona la dosis, se retira el capuchón y se administra la insulina. Después de la inyección, se recomienda mantener presionado el botón de inyección durante al menos 6-10 segundos antes de retirar la aguja para evitar el goteo.

La prevención de las lipodistrofias y la rotación de las zonas de inyección son aspectos importantes. La lipodistrofia es una complicación frecuente de la administración subcutánea de insulina. La lipoatrofia es una lesión cicatricial causada por la atrofia del tejido graso subcutáneo y tiene una prevalencia del 1-2%. La lipohipertrofia es una hinchazón engrosada del tejido y se cree que está relacionada con la inyección repetida en el mismo lugar, el uso repetido de la misma aguja y las propiedades de estimulación del crecimiento de la insulina.

Una correcta rotación de las zonas de inyección puede prevenir las lipodistrofias.

Se recomienda rotar las zonas de inyección semanalmente y dentro de la misma zona en los horarios de inyección. No se deben reutilizar las agujas debido al riesgo de pérdida y deterioro del material. Se debe explorar periódicamente las zonas de administración mediante la palpación y la observación directa, y se debe enseñar a los pacientes y/o a su entorno a examinar detenidamente estas áreas y notificar cualquier anomalía al profesional de la salud. Además, se desaconseja el uso de zonas afectadas por lipodistrofias hasta que se haya comprobado nuevamente la integridad del tejido.

5 Discusión-Conclusión

La DM es una enfermedad cada vez más común en nuestra población, y es fundamental que nuestros profesionales de la salud estén al día con las actualizaciones y cuidados relacionados, ya que los pacientes con diabetes requieren educación y seguimiento constantes. Por este motivo, este trabajo se centra en una pequeña parte de ese programa educativo, dirigido tanto a los pacientes como a los profesionales, que se enfoca en la técnica y los cuidados para administrar insulina mediante plumas subcutáneas. Esta técnica es crucial en el tratamiento de estos pacientes y es imprescindible para evitar complicaciones asociadas a esta enfermedad.

6 Bibliografía

1. Frid AH, Kreugel G, Grassi G, Halimi S, Hicks D, Hirsch LJ, Smith MJ, Wellhoener R, Bode BW, Hirsch IB, Kalra S, Ji L, Strauss KW. New Insulin Delivery Recommendations. *Mayo Clin Proc.* 2016. Consultado 20 de abril 2023; 91(9):1231-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27594187/>
2. Frid AH, Hirsch LJ, Menchior AR, Morel DR, Strauss KW. Worldwide Injection Technique Questionnaire Study: Population Parameters and Injection Practices. *Mayo Clin Proc.* 2016. Consultado 20 de abril 2023;91(9):1212-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27594185/>
3. M. Blanco, M.T. Hernández, K.W. Strauss, M. Amaya. Prevalence and risk factors of lipohypertrophy in insulin-injecting patients with diabetes. *Diabetes & Metabolism* 2013. Consultado 22 de abril 2023; 39(5): 445-453. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabet.2013.05.006>
4. Guía de Supervivencia para las personas con diabetes y sus cuidadores. Grupo de Diabetes de la SAEDYN 2021. Consultado 26 de abril 202. Disponible en: <https://guiapacientes.saedyn.es/guia.html>

Capítulo 2

INMUNOTERAPIA ORAL CON ALIMENTOS

ALBA PIÑEIRO SÁNCHEZ

MARÍA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

En Europa, la alergia alimentaria (AA) mediada por IgE está en incremento, constituyendo un problema de salud pública. Se estima que la alergia a los alimentos afecta al 1-3% de la población general, y es más frecuente en los niños menores de 3 años, en los que la prevalencia puede llegar al 8% y es la primera causa de anafilaxia por exposición accidental o inadvertida en niños atendidos en los servicios de urgencia españoles. Los alimentos más frecuentemente implicados dependen de los hábitos alimenticios que, en la población pediátrica de nuestro medio, son los siguientes: el huevo de gallina, la leche de vaca, el pescado, las leguminosas, las frutas y los frutos secos. Estas alergias alimentarias tienen un impacto significativo en la calidad de vida del paciente y su familia, pudiendo conducir a trastornos nutricionales. Estos motivos han conducido a buscar nuevas estrategias terapéuticas. La inmunoterapia oral con alimentos (ITO) ha sido el centro de atención de la investigación, convirtiéndose en un tratamiento potencialmente curativo que puede incrementar la cantidad de alimento tolerado por el paciente, previniendo los síntomas alérgicos y el riesgo de anafilaxia, mejorando así la calidad de vida tanto de los propios pacientes como de la familia, limitando las dietas de evitación de dichos alimentos, por los riesgos y la incomodidad que estas conllevan.

2 Objetivos

Definir la nueva técnica de la inmunoterapia oral con alimentos para prevenir la sintomatología alérgica tan presente en la población pediátrica, así como esclarecer los resultados encontrados hasta ahora y su aportación a los nuevos tratamientos de las alergias alimentarias.

3 Metodología

Revisión sistemática sobre el estado actual de alergias alimentarias en la edad pediátrica y su tratamiento novedoso: la ITO. Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Science Direct, además de algunas webs oficiales de pediatría. Se utilizó tesauro tipo MesH y lenguaje libre, y se limitó la búsqueda a los años desde el 2015-2023, tanto en inglés como en español. Se revisaron 6 artículos, de los cuales se han seleccionado un total de 4.

4 Resultados

Aunque el mecanismo de acción de la inmunoterapia oral con alimentos es algo desconocido, está demostrada su capacidad de inmuno-modulación, induciendo la reducción en la activación y liberación de mediadores de mastocitos y basófilos, aumentando los niveles de IgG4 específica, provocando un descenso en los niveles de IgE específica, activando las células T reguladoras específicas e inhibiendo la respuesta Th2.

El tratamiento consiste en el incremento gradual de dosis del alimento implicado hasta alcanzar una determinada dosis de mantenimiento para reducir los síntomas frente a su exposición. La dosis mínima de seguridad no ha sido establecida. Incluye una fase inicial de inducción, que comprende el intervalo de tiempo entre la primera cantidad de alimento administrada con fin terapéutico y el momento en el que se alcanza la cantidad considerada como objetivo de desensibilización, dicho periodo puede oscilar entre unos días y varios meses; y una fase de mantenimiento, que comienza cuando se ha alcanzado la dosis objetiva en la etapa anterior, en este momento el paciente comenzará a recibir regularmente una dosis fija del alimento. Durante ambas fases, se podrá requerir la reducción de la dosis por la aparición de reacciones adversas o incluso la suspensión del tratamiento. Los objetivos de la ITO son la desensibilización (parcial o completa), y la tolerancia total del alimento. Se denomina desensibilización al

estado reversible de reducción de la reactividad clínica logrado tras la exposición a dosis gradualmente crecientes de un alimento. Se ha podido observar que dicho proceso puede ser más eficaz en edades tempranas. Este estado de desensibilización puede desaparecer tras suspender la ingestión regular del mismo. La desensibilización completa ocurre cuando el paciente consigue tolerar una dosis equivalente a una ración del alimento; con la desensibilización parcial, el paciente consigue aumentar el umbral de tolerancia al alimento en comparación con la dosis previa tolerada al inicio de la ITO, sin alcanzar una dosis equivalente a una ración, continuando con ciertas precauciones en la dieta. La tolerancia total del alimento es un estado permanente de falta de reactividad clínica frente al alimento, a pesar de no ingerirlo de forma regular. La vía de administración más estudiada y utilizada es la vía oral.

5 Discusión-Conclusión

La Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) respalda que la inmunoterapia oral con alimentos es un método efectivo potencialmente curativo para inducir desensibilización y prevenir los síntomas alérgicos y el riesgo de reacciones anafilácticas potencialmente mortales en la mayoría de los pacientes con alergia IgE a leche de vaca, huevo y cacahuete, que están presentes en tantos alimentos elaborados (sobre todo leche y huevo), dificultando su exclusión de la dieta, aunque se desconoce la instauración de tolerancia a largo plazo. No hay datos suficientes para recomendarla en otros alimentos, aunque, actualmente, se han iniciado algunos estudios con resultados exitosos utilizando liofilizado de merluza.

6 Bibliografía

- 1- Aragonés, A. M. (n.d.). Inmunoterapia específica con alérgenos alimentarios. Aeped.Es. Retrieved February 26, 2023, from https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_inmunoterapia_alimentos.pdf
- 2- Alvaro, M., & Muraro, A. (2015). Oral immunotherapy in food allergy: present and future. *Anales de pediatria (Barcelona, Spain: 2003)*, 82(4), 213–215. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.12.019>
- 3- Escarrer-Jaume, M., Juliá-Benito, J. C., Quevedo-Teruel, S., Prieto Del-Prado, A., Sandoval-Ruballos, M., Quesada-Sequeira, F., & Álvaro-Lozano, M. (2021). Cambios en la epidemiología y en la práctica clínica de la alergia mediada por

IgE en pediatría. *Anales de pediatría* (Barcelona, Spain: 2003), 95(1), 56.e1-56.e8.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.04.014>

4- Pimentel-Hayashi JA, Del Río-Navarro BE, Saucedo-Ramírez OJ. Alergia alimentaria, puntos clave para la práctica clínica. *Rev Alerg Mex.* 2020;67(3):245-267.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v67n3/2448-9190-ram-67-03-245.pdf>

Capítulo 3

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: TRATAMIENTO DEL CÁNCER CON CANNABINOIDES

RAQUEL MUELA RODRIGUEZ

ANA ROBLES CAMPILLO

ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE

ANDREA BRAVO CARRILERO

MIRIAM MORENO MANRIQUE

1 Introducción

El cáncer es el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo. El cáncer parece ocurrir cuando el material genético de una célula cambia, eso provoca que las células crezcan fuera de control. Las células se dividen demasiado rápido y no mueren de la manera normal.

Existen muchos tipos diferentes de cáncer. Puede aparecer en casi cualquier órgano o tejido, como el pulmón, el colon, las mamas, la piel, los huesos o el tejido nervioso.

La mayor causa de hospitalización en los pacientes con cáncer se debe al dolor que este les ocasiona. No existen unas pautas estandarizadas para la gestión del dolor en pacientes con cáncer avanzado, ni todas las recomendaciones están estandarizadas. Se debe evaluar en cada paciente el dolor que le produce la enfermedad para poder escoger el método adecuado para tratarla.

El Cannabis, también conocido como marihuana, se trata de una planta que empezó a ser cultivada en Asia y que actualmente se cultiva en todo el mundo. Durante siglos ha sido utilizada con fines médicos, siendo incluida en la farmacoterapia de EEUU a mediados de 1800. A partir del siglo XX está considerada una droga y es ilegal en la mayoría de países a nivel mundial.

La planta de Cannabis produce una resina que contiene compuestos llamados cannabinoides. Los cannabinoides son sustancias químicas, algunas de ellas psicoactivas, que causan efectos parecidos a los medicamentos en todo el cuerpo, incluso en el sistema nervioso central y el sistema inmunitario. El principal cannabinoide activo del Cannabis es el delta-9-THC junto con el cannabidiol (CBD), que han sido estudiados para aliviar el dolor, las náuseas y los vómitos, así como la ansiedad y la pérdida del apetito causado por el cáncer o los efectos secundarios de los tratamientos de este como la quimioterapia.

A consecuencia del cáncer, los tratamientos de este o por alguna enfermedad comórbida, el 70% de los pacientes presentan grandes dolores, abordando estos de manera muchas veces decepcionante, casi siempre mediante el uso de opioides. Sin embargo, en la práctica clínica, la mayoría de los pacientes con cáncer lograrán un alivio adecuado del dolor con estos fármacos, pero un porcentaje pequeño, pero significativo no tendrá un alivio adecuado del dolor. Por lo tanto, existe una necesidad sustancial de nuevos analgésicos y estrategias para aliviar ese dolor. El cannabis no solo puede tener un efecto sobre el dolor del cáncer, sino que puede influir también en la reducción potencial del daño relacionado con el uso de opioides o tener beneficios para el trastorno del sueño, así como los trastornos del estado de ánimo.

El uso de cannabis en personas con un diagnóstico de cáncer se ha vuelto cada vez más común. Aunque los datos empíricos sobre el uso en pacientes con cáncer son limitados, un análisis en la población de los EEUU sugiere que más del 40% de los pacientes consumen cannabis para el tratamiento de una amplia gama de síntomas relacionados con el cáncer, incluyendo náuseas, anorexia, dolor, debilidad, depresión y ansiedad. Sin embargo, no se ha establecido la efectividad del cannabis para el tratamiento de estos síntomas y se necesita evidencia de su utilidad clínica.

Hasta el momento, la evidencia del cannabis medicinal y los medicamentos a base de cannabis para el dolor en pacientes con cáncer han sido bajas, con la evidencia comprometida por estudios de corta duración y números pequeños de pacientes, así como también un resultado negativo para el alivio del dolor según el análisis de ensayos más grandes. Además, el análisis agrupado de los estudios de cannabis medicinal y medicamentos a base de cannabis para el dolor crónico ha enfatizado

la alta tasa de efectos adversos que podrían dañar el sistema nervioso central, así como efectos secundarios psiquiátricos.

Se observó mediante un metaanálisis realizado en 2018 llevado a cabo durante dos semanas a más de 20 pacientes con cáncer que el efecto terapéutico del cannabis en el dolor que estos padecían, no era tan bien tolerado como se solía reclamar por algunos autores. El sistema nervioso, los eventos adversos psiquiátricos y gastrointestinales son frecuentes y pueden limitar la utilidad clínica, aunque sigue existiendo gran ausencia de evidencia de alta calidad al respecto.

Los posibles efectos secundarios del uso de cannabinoides pueden ser, entre otros: latidos cardíacos rápidos o irregulares, mareos, tiempos de reacción lentos, somnolencia a nivel físico. A nivel psicológico pueden ser: Una fuerte sensación de alegría o bienestar, pérdida de memoria a corto plazo, problemas para concentrarse, confusión, disminución o aumento en la ansiedad. (1)

Existe evidencia de que el cannabis o los productos derivados del cannabis pueden aliviar las náuseas y / o los vómitos inducidos por la quimioterapia, y una forma inhalable podría ser mejor para los pacientes que no pueden retener los medicamentos orales. Sin embargo, la mayoría de los datos son de la década de 1980, y el cannabis no se ha comparado con los regímenes antieméticos modernos.

La investigación es prometedora para aliviar el dolor en el cáncer, tal vez incluso para reducir la dosis de opiáceos. Sin embargo, el dolor surge a través de muchos mecanismos diferentes y aún no está claro en qué contextos el cannabis podría tener un efecto analgésico.

Según las conclusiones de los autores, se identificó una combinación de revisiones que respaldan y no respaldan el uso de cannabis. También es posible que el cannabis tenga diferentes efectos según su tipo, dosis, indicación, tipo de dolor que se evalúa y las herramientas utilizadas para la evaluación de resultados.

Después de la revisión de diferentes artículos basados en estudios y revisiones bibliográficas, podemos concluir que no existe una evidencia clara a favor o en contra del uso del cannabis en este tipo de pacientes, ya que la mayoría de las revisiones han declarado que se necesitan ensayos adicionales de diseño metodológicamente robusto y, cuando sea posible, de un tamaño de muestra suficiente.

2 Objetivos

Objetivo general

- Analizar los efectos del uso del cannabis para disminuir el dolor en los enfermos de cáncer.

Objetivos específicos

- Conocer el origen de esta planta y su aplicación en el cáncer.
- Observar si actualmente tiene usos medicinales.
- Observar qué porcentaje de pacientes usan actualmente esta planta con fines médicos.
- Analizar si existen beneficios en el uso del cannabis para el tratamiento de los síntomas del dolor en el cáncer.
- Observar los efectos que produce el cannabis en los síntomas causados por la quimioterapia.
- Posibles efectos secundarios asociados al uso de cannabinoides.

3 Metodología

Primero, se realizó una revisión bibliográfica de distintos artículos científicos relacionados con el tema del uso de cannabinoides en el cáncer.

Se han utilizado las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed, MEDLINE, y Embase. En la búsqueda se utilizó una combinación de términos clave. Además, dentro de la base de datos PubMed y MEDLINE, se usaron términos MeSH. (9) De todos los artículos encontrados, que fueron 22, se escogieron 7, más la información de las páginas web MEDLINE y el Instituto Nacional del Cáncer.

Para la recogida de los datos se seleccionarán a 300 pacientes voluntarios, mediante muestreo aleatorio simple, de cuatro hospitales de la provincia de Ciudad Real, con autorización previa del Comité de Ética, al tratarse de un estudio realizado en personas.

Se tratará de un estudio longitudinal, que se llevará a cabo en un periodo de 1 año.

Población diana: pacientes de la provincia de Ciudad Real

- Grupo casos: 150 pacientes con cáncer avanzado y dolores crónicos a los que se les administra cannabinoides para paliar el dolor.
- Grupo control: 150 pacientes con cáncer avanzado y dolores crónicos a los que se les administra analgésicos comunes para paliar el dolor.

4 Bibliografía

1. Medline Plus [Internet].
2. Chapman EJ, Edwards Z, Boland JW, Maddocks M, Fettes L, Malia C, et al. Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer. Palliat Med. 2020;

3. Whitcomb B, Lutman C, Pearl M, Medlin E, Prendergast E, Robison K, et al. Use of cannabinoids in cancer patients: A Society of Gynecologic Oncology (SGO) clinical practice statement. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2020;(xxxx):1–5.
4. NIH Instituto Nacional del Cancer [Internet]
5. Häuser W, Welsch P, Klose P, Radbruch L, Fitzcharles MA. Efficacy, tolerability and safety of cannabis-based medicines for cancer pain: A systematic review with meta-analysis of randomised controlled trials. *Schmerz*. 2019;33(5):424–36.
6. Donovan KA, Chang YD, Oberoi-Jassal R, Rajasekhara S, Smith J, Haas M, et al. Relationship of Cannabis Use to Patient-Reported Symptoms in Cancer Patients Seeking Supportive/Palliative Care. *J Palliat Med*. 2019;22(10):1191–5.
7. Soiza RL, Donaldson AIC, Myint PK. Opportunities for cannabis in supportive care in cancer. *Ther Adv Vaccines*. 2018;9(6):259–61.
8. Pratt M, Stevens A, Thuku M, Hutton B, Wieland S, Shea B, et al. Protocol for a scoping review of systematic reviews: benefits and harms of medical marijuana. 2018;1–35.
9. Shin S, Mitchell C, Mannion K, Smolyn J, Meghani SH. An Integrated Review of Cannabis and Cannabinoids in Adult Oncologic Pain Management. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2019;20(3):185–91.

Capítulo 4

EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

RAQUEL MUELA RODRIGUEZ

ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE

ANA ROBLES CAMPILLO

ANDREA BRAVO CARRILERO

MIRIAM MORENO MANRIQUE

1 Introducción

La adolescencia se dice que es la etapa de la vida comprendida entre los 11-12 años hasta los 22-23 y que tiende a ser antes en mujeres que en hombres.

Los organismos internacionales definen la adolescencia como el periodo de la vida en el cual la persona no ha llegado a considerarse adulta, pero ya no es considerada como un niño. Como en el caso de la Organización Mundial de la Salud, que la define como el periodo de edad que transcurre entre los 10 y los 19 años.

El embarazo adolescente es un problema de salud pública mundial que afecta a la salud física, emocional y la condición educativa y económica de los futuros padres, pudiendo afectar también al futuro hijo directa o indirectamente.

Por lo general, un embarazo a edades tan tempranas normalmente no es un evento deseado, siendo una situación que conlleva importantes riesgos para la

salud tanto física como psicológica de todos los implicados, siendo la madre la más perjudicada.

Los factores de riesgo son muchos y dependen del contexto sociocultural de la persona, aunque los más entendibles son las relaciones sexuales sin protección y precoces, con desconocimiento o dificultad para acceder a métodos anticonceptivos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer a través de diversas fuentes los datos actuales de embarazos adolescentes en España.

Objetivos secundarios:

- Conocer los factores de riesgo.
- Conocer las intervenciones educativas dirigidas a prevenir un embarazo en la adolescencia.
- Conocer cuáles son las consecuencias psicológicas, biológicas y sociales que se dan ante esta situación.
- Conocer como profesionales, las herramientas que podemos poner a disposición de los jóvenes para evitar esta situación.

3 Metodología

En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica de distintos artículos científicos relacionados con el embarazo adolescente en nuestro país, así como en diferentes países de Europa y Latinoamérica.

Para ello, fueron utilizadas las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed, MEDLINE, y Embase. En la búsqueda se utilizó una combinación de términos clave. Además, dentro de la base de datos PubMed y MEDLINE, se usaron términos MeSH.

De todos los artículos encontrados se excluyeron aquellos que no se encontraran en español o inglés y aquellos que fueran anteriores a 2015.

4 Resultados

Según datos recogidos en el "Informe de la juventud en España" realizado en 2019, la edad media de la primera relación sexual con penetración era a los 16,2 años,

sin encontrarse diferencias significativas entre sexos. Esto supone que exista un riesgo ante el embarazo adolescente en aquellos que no reciban una adecuada educación sexual y no tomen medidas para evitarlo.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2020 los nacidos en España de madres menores de 20 años fueron 8.305. A nivel mundial, podemos hablar de una disminución en la tasa de nacimientos en la edad adolescente, habiendo disminuido de 64,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2000 a 42,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2021. Sin embargo, hay que tener en cuenta, también, la desigualdad de cifras en las diferentes regiones del mundo. Se ha podido observar un incremento de estas cifras en regiones donde el nivel socioeconómico y el nivel de educación son más bajos y en zonas donde los adolescentes tienen difícil acceso a métodos anticonceptivos. También se debe tener en cuenta como factor de riesgo, aquellas sociedades donde las niñas se ven presionadas a casarse y tener descendencia a edades muy tempranas o los embarazos producidos por abuso infantil.

En el embarazo durante la adolescencia, se producen importantes consecuencias tanto para la madre como para el feto. Para la madre, se ha observado una mayor prevalencia de hipertensión gestacional y anemia, así como una mayor probabilidad de depresión, aislamiento y peores resultados educacionales. Para el feto se ha observado menores tasas de lactancia materna, una mayor prematuridad y mayor probabilidad de muerte.

Existen claros indicadores de riesgo tanto para la madre como para el bebé como, por ejemplo:

- La no participación del padre biológico en la crianza.
- Los riesgos psicológicos y sociales que puede implicar el constituir una familia “monomarental” a esa edad.
- El no tener un apoyo familiar o de respaldo para la madre.

Es por eso que, como profesionales sanitarios, desde los centros de Atención Primaria se debe realizar una educación sanitaria y poner a disposición de los adolescentes, herramientas tales como:

- Proporcionar información acerca de medidas anticonceptivas fiables y autoprotección adecuadas.
- Proporcionar medidas y actuaciones de facilitación y apoyo si la adolescente decide interrumpir el embarazo.
- Proporcionar ayuda y orientación si decide seguir adelante con su embarazo.
- Orientar acerca de todos los cuidados necesarios del recién nacido.
- Asegurar que reciben apoyos familiares (y/o las instituciones sociales) para posibilitar un desarrollo adecuado.

- Valoración, apoyo y seguimiento psicológico específico si se trata de un embarazo como consecuencia de una violación o estupro.

También, numerosos estudios han demostrado la importancia de la presencia de una enfermera escolar en materia de educación sanitaria y sexual para los adolescentes, ayudando a desarrollar consciencia entre los jóvenes de salud mental, física y sexual.

Para la OMS esto supone un gran problema de salud pública, por lo que propone una promoción de la salud mental y la prevención de sus trastornos en adolescentes que se encuentren en esta situación mediante una serie de medidas:

- Programas escolares de educación sexual orientada al desarrollo de una sexualidad sana y responsable entre los jóvenes y no coercitiva.
- Una Atención Primaria especialmente accesible para los adolescentes con problemas de anticoncepción y afectivo-sexuales.
- Una preparación específica en sexualidad y adolescencia para el personal que realiza programas de atención en esta edad.
- Personal preparado especialmente en adolescencia a la hora de una asistencia hospitalaria.
- Una formación adecuada dirigida a los profesionales sanitarios en salud mental y ayuda a las mujeres.
- Creación de servicios sociales específicos para brindar ayuda a este tipo de unidades familiares.

5 Discusión-Conclusión

El embarazo adolescente es un problema de salud pública que requiere tomar medidas, ya que es algo que incrementa cada día.

Se ha podido observar que un embarazo durante la etapa adolescente supone para la madre una pérdida de oportunidades a nivel educacional y laboral, así como riesgos neonatales y obstétricos.

Ante este tema es importante y necesario crear estrategias orientadas a la prevención del embarazo temprano y las enfermedades de transmisión sexual por medio de la implantación de programas educativos, que deben ser constantes y utilizarse como estrategia para disminuir los riesgos que suponen estas situaciones a edades tan tempranas.

6 Bibliografía

1. Sanz-Martos S, López-Medina IM, Álvarez-García C, Álvarez-Nieto C. Effectiveness of educational interventions for the prevention of pregnancy in adolescents. *Aten Primaria* [Internet]. 2019;51(7):424–34. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.003>
2. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso M del C, Tizón JL. Prevention of mental health disorders in primary care: Pregnancy in adolescence. *Aten Primaria* [Internet]. 2022;54:102494. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102494>
3. Loredó-Abdalá A, Vargas-Campuzano E, Casas-Muñoz A, González-Corona J, Gutiérrez-Leyva C de J. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(2):223–9.
4. Organización Mundial de la Salud: embarazo en la adolescencia [Internet]. 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=A nivel mundial%2C la tasa de nacimientos en la adolescencia,cada 1000 mujeres en 2021.>
5. Mori FMLV, Edquen SB, Espinoza ZEL, Salazar RS. Competencias de la enfermera en instituciones educativas: una mirada desde los gestores educativos. *Rev Gauch Enferm*. 2018;39:e20170152.
6. Flores Valencia ME, Nava-Chapa G, Arenas-Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Rev Salud Pública*. 2017;19(3):374–8.

Capítulo 5

SALUD PUBLICA Y SOCIAL: PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

RAQUEL MUELA RODRIGUEZ

ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE

ANA ROBLES CAMPILLO

ANDREA BRAVO CARRILERO

MIRIAM MORENO MANRIQUE

1 Introducción

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, con una prevalencia cada vez mayor, siendo Asia el continente con más casos. Esto se mide de acuerdo con los patrones de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar. Se calcula que, en 2016, más de 41 millones de niños menores de cinco años en todo el mundo tenían sobrepeso o eran obesos. En España, un 21,2% de niños de entre 3 y 12 años tiene sobrepeso y un 7,1% son obesos.

Los cambios socioculturales como el incremento del sedentarismo y el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares, sumado a características genéticas, han producido un aumento en las cifras de obesidad a nivel mundial. Se ha demostrado que los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos

en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer enfermedades como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares a edades más tempranas. Esto se trata de una revisión bibliográfica para ver la conducta alimentaria actual en la infancia, así como los factores que influyen en la obesidad, como debería ser una alimentación correcta en estas edades y qué medidas podemos tomar al respecto en el ámbito sanitario.

2 Objetivos

- Observar la conducta alimentaria actual en la infancia.
- Observar los factores que influyen en la obesidad.
- Conocer las pautas adecuadas de una correcta alimentación a estas edades.
- Conocer posibles medidas aplicables al ámbito sanitario.

3 Metodología

Se consultó en cuatro bases de datos (Pubmed, Plinio, Cochrane Library, SemFYC). Además de búsqueda de literatura gris de investigación, revistas de Atención Primaria y nutrición y Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Los sujetos debían ser niños y/o adolescente de 6 a 14 años con riesgo de sobrepeso y obesidad y aquellos que lo padecían
- Estudios de investigación en los que se evidencia la práctica de ejercicio y nutrición según rango de edad.
- Se seleccionaron aquellos estudios que estudiaban los hábitos dietéticos y la práctica de ejercicio físico más recientes, aparte de los que correlacionan estos estilos de vida con la relación parental. Se utilizaron estudios y guías de práctica clínica enfocados a recomendaciones dietéticas y de ejercicio e intervenciones de enfermería.
- Se destacaron aquellos artículos y estudios sobre los recursos económicos de la familia.
- Incidencia de la ansiedad y la depresión como causa y riesgo de obesidad infantil.

Criterios de exclusión:

- Aquellos estudios de obesidad en sujetos mayores de 14 años utilizando solo uno como comparativa.
- Estudios de obesidad infantil en sujetos menores de 6 años.

- Intervenciones farmacológicas.
- Lactancia materna.

4 Resultados

Conducta alimentaria actual en España:

La conducta alimentaria se define como el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos, como son, los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.

La conducta alimentaria empieza a desarrollarse desde el inicio de la alimentación complementaria (a partir de los 6 meses) y una vez que se encuentra establecido un patrón alimentario, es muy difícil cambiarlo tanto a nivel individual como poblacional.

Es sabido que, debido al gran desarrollo socioeconómico, se está dando cada vez más a nivel mundial, una tendencia a hábitos alimentarios que se caracterizan por un mayor consumo de alimentos de origen animal, ricos en proteínas y grasa, y de productos manufacturados, ricos en azúcares refinados y grasas, apartándonos cada vez más de la alimentación tradicional.

A esto debemos sumarle el cambio en el modelo de la estructura familiar tradicional, la influencia de los mensajes publicitarios, la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar y el mayor nivel socioeconómico.

La población infantil se ve cada vez más influenciada por costumbres alimentarias importadas de otros países como son las hamburguesas, snacks o el consumo de refrescos y zumos industriales, dejando de lado la dieta mediterránea tradicional. Mediante algunos estudios se ha podido observar que la prevalencia de obesidad a partir de los 6 años es debida al mayor aporte energético por parte de alimentos grasos.

Los niños que presentaban obesidad a partir de los 14 años tenían una mayor frecuencia en el consumo de alimentos azucarados y embutidos que los que no presentaban dicha obesidad. Por el contrario, se pudo ver una menor tendencia al sobrepeso en aquellos niños con un consumo regular de frutas y verduras.

Obesidad y sobrepeso:

La obesidad y el sobrepeso se definen como «una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud».

La obesidad aparece cuando el niño consume más calorías de la que su cuerpo necesita, almacenando el exceso en los adipocitos y aumentando estos con el

tiempo si continúa este patrón alimentario.

Las causas mayoritarias de estas enfermedades son los cambios en el estilo de vida que se han dado en los últimos años, que ha hecho que haya aumentado el sedentarismo ya en edades tempranas, que los alimentos cada vez sean más ricos en azúcares y grasas, la gran influencia de los medios de comunicación, el nivel socioeconómico, la genética y el entorno escolar y familiar del niño.

Actualmente, España presenta una incidencia de obesidad de un 16,1% entre menores de 6 a 12 años, siendo el cuarto país de la Unión Europea con mayor número de niños con problemas de sobrepeso.

El sobrepeso y la obesidad en edades tempranas produce problemas en la movilidad, madurez prematura, alteraciones del sueño, enfermedades cardiovasculares, diabetes y problemas psicológicos, entre otros.

Cuando la obesidad se manifiesta en la infancia, casi siempre persiste en la adolescencia y se arrastra hasta la edad adulta si no se ponen medidas.

Influencia socioeconómica y cultural:

El nivel socioeconómico de la familia es un importante factor influyente en la obesidad infantil, pues se ha visto que, por ejemplo, el entorno en el que vive el niño puede llegar a interferir con una correcta alimentación. En los pequeños comercios locales, no suele encontrarse gran diversidad de alimentos frescos y saludables, además de que la mayoría de los productos que ofrecen suelen ser pobres en nutrientes y muy económicos, y, por lo tanto, accesibles a todo tipo de economías.

Otro gran influyente a nivel social es la falta de espacios seguros para la práctica de juegos y deporte al aire libre, teniendo cada vez más niños sedentarios y consecuentemente con mayor riesgo de padecer esta patología.

Por otra parte, el nivel cultural es también un factor de riesgo de la obesidad, ya que cuanto menor sea la formación académica tanto de padres como de hijos, menor probabilidad hay de que se obtengan conocimientos de las recomendaciones médicas y nutricionales respecto a la alimentación.

Familia:

Hay que destacar la importancia del papel de la familia, la cual desempeña un rol esencial en los hábitos alimenticios y en el desarrollo de la obesidad, sobre todo en la etapa infantil, donde se adquieren la mayor parte de estos.

El sobrepeso está directamente correlacionado con familias disfuncionales y la obesidad de los niños, con el estado mental de otros miembros familiares y con su funcionamiento.

Las figuras más importantes en el hogar del niño son los padres, pues propor-

cionan el tipo de alimentación, la cantidad y la distribución de esta. Además, el tiempo que pasan los padres fuera del hogar, implica que la familia coma o no reunida y puede influir en el desarrollo de sobrepeso y obesidad.

La genética es un factor de riesgo importante, pues se ha demostrado que la mayoría de niños obesos generalmente tienen antecedentes familiares con esta condición, sobre todo por la parte maternal. Los casos más extremos de obesidad a edades tempranas suelen tener su etiología en una herencia genética recesiva.

Ejercicio ante la obesidad:

Actualmente, España se encuentra entre los países europeos con más tasas de obesidad infantil, debido a un cambio drástico en nuestra sociedad hacia un estilo de vida notablemente más sedentario.

La condición física y corporal de una persona es probablemente una de las características que más influye en el grado de actividad física que un paciente realice. Esta, a su vez, estará determinada por su genética, su cultura, el medio ambiente, la presencia o no de patologías (cualquier desequilibrio relacionado con la ganancia/pérdida calórica), y de la propia rutina de actividad incluida en su vida diaria.

Una condición física adecuada proporciona a nuestros pacientes un funcionamiento sistémico y orgánico óptimos, y una coordinación completa de los mismos. Por el contrario, una condición física deteriorada implica, todo lo contrario, fallos sistémicos y funcionales del organismo que pueden reflejarse futuramente en patologías, algunas de ellas muy graves.

La obesidad infantil no es solo un problema a nivel nacional, sino a nivel mundial, pues aproximadamente un 10% de los niños en edad escolar presentan un exceso en masa grasa corporal. Existen pocas evidencias de estudios españoles donde se demuestre o se aporte información de la práctica de ejercicio y de actividad física en menores escolares y jóvenes. En Madrid, un estudio con acelerómetros (13-16 años) mostró que un 66% del tiempo medio despierto de los jóvenes (8,1 horas/día) se dedicaba a AF sedentaria (AFS), un 23% (2,8 horas/día) a AF ligera (AFL), un 8% (61 minutos/día) a AF moderada (AFM) y un 1,7% (12 minutos/día) a AF vigorosa (AFV), siendo el total de actividad física moderada-vigorosa (AFMV) mayor en los chicos (85 minutos/día) que en las chicas (62 minutos/día). La prevalencia de jóvenes que alcanzó las recomendaciones de AFMV (≥ 60 minutos/día) fue del 82% de chicos y 60% de chicas (71% global).

Debemos de señalar, que la obesidad no es una enfermedad aislada, sino que su etiología es multicausal y multifactorial, por lo que dichos estudios se han basado en distintos componentes como la educación, el ambiente, la condición física ya existente y el estado psicosocial del paciente. También existen bastantes eviden-

cias científicas que afirman y demuestran relaciones estrechas entre la presencia de sedentarismo y un aumento del riesgo de enfermedades vasculares, metabólicas y un deterioro de la salud en general.

Ansiedad y depresión:

La ansiedad es un estado/trastorno mental que se caracteriza por la aparición de una gran inquietud, una fuerte excitación y una extrema inseguridad. En general, es una sintomatología que se traduce en angustia y malestar tanto físico como psicológico.

Es el trastorno que más se presenta en niños y adolescentes que sufren de sobrepeso y obesidad, junto con otros problemas cognitivos como depresión y diversos problemas de índole emotivo. Es por ello por lo que debemos de tener en cuenta la presencia o no de estos trastornos en cualquier paciente que sufra de cualquier tipo de sobrepeso, y tratar tanto el sobrepeso como dichos trastornos con ayuda de profesional especializado (psicólogos, psiquiatras, etc.).

Recomendaciones dietéticas:

En el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños se producen cambios en el almacenamiento y distribución del tejido óseo, muscular y graso, en función de la edad y del sexo, por lo que es fundamental que se sigan unos hábitos alimentarios adecuados desde la infancia, para así conseguir establecer una dieta alimentaria saludable.

Es necesario saber el Índice de Masa Corporal para controlar el estado nutricional de los niños determinando la cantidad de grasa corporal para comprobar si el peso está dentro del rango normal.

Lo más recomendable para prevenir la obesidad sería consumir entre un 15-20% de proteínas, ya que hay estudios que dicen “cumplir un papel importante en el crecimiento y mantenimiento de la estructura corporal”. (3) El sodio y las grasas saturadas sobre un 5% o menos por porción de alimento, es decir, sobre un 30-35% de lípidos al día, más específicamente, entre 30-35% para niños de 2 a 3 años y entre 25-35% para niños de 4 a 18 años. Las grasas son una importante fuente de energía y sirven como soporte en el transporte de vitaminas liposolubles. Consumir menos del 10% de grasas saturadas para evitar la obesidad, ya que estas (también llamadas trans) son perjudiciales para la salud porque elevan las lipoproteínas de baja densidad, es decir, el colesterol LDL (malo) y disminuyen el HDL, por lo que la ingesta debe ser muy baja. Sin embargo, las grasas o ácidos grasos insaturados son las más adecuadas, ya que aumentan las lipoproteínas de alta densidad (HDL), es decir, el colesterol bueno.

En cuanto a los hidratos de carbono, constituyen una fuente de energía y tam-

bién actúan como soporte de vitaminas y minerales. La ingesta adecuada es sobre 50-58% de glúcidos al día. Principalmente, proceden de vegetales: cereales, legumbres, hortalizas, verduras y frutas. La fibra es importante para el funcionamiento del tubo digestivo, así como para reducir la absorción del colesterol en la dieta y para regular la glucemia. Máximo 30 g por día. Las vitaminas y los minerales son imprescindibles para una dieta variada y no presentan aporte calórico. Estas pueden ser la vitamina C y el calcio, importante para la formación del esqueleto durante el desarrollo de los niños.

Con respecto a las necesidades energéticas, van cambiando durante las diferentes etapas de la vida, por lo que hay que adaptar la ingesta a cada una de ellas. Recomendaciones nutricionales:

- Para niños de entre 4 y 8 años: 1.200-1.800 Kcal/día.
- Para niños de entre 9 a 13 años: 1.600-2.000 Kcal/día.

En definitiva, para que un niño presente una alimentación saludable dependiendo de su edad, los requerimientos nutritivos y energéticos están condicionados tanto por las necesidades metabólicas basales del mismo, así como por el crecimiento y la actividad física que realice. Se ha comprobado que un 45% o más de niños de entre 8 y 13 años en la población española presentan sobrepeso, causado por un desequilibrio entre el consumo de nutrientes y el gasto de los mismos.

Intervención de Enfermería Pediátrica:

Se debe empezar en Atención primaria, con la prevención desde el nacimiento del niño hasta en la primera infancia, contando con la participación de los padres o cuidadores, ya que comenzando desde esta etapa los efectos serán óptimos. Además, se debe tener en cuenta que las intervenciones de prevención de obesidad se deben dar a los padres, ya que son ellos los encargados de la alimentación y motivación de sus hijos.

En las intervenciones de la enfermera en Atención Primaria, lo primero que se debe hacer es la identificación de pacientes con sobrepeso o con alto riesgo de padecerlo. En la consulta, también se debe explorar el ambiente alimenticio para detectar conductas inadecuadas y la práctica de ejercicio realizada por el niño, así como ofrecer consejos nutricionales y fomentar la actividad física efectiva.

Diagnóstico:

Actualmente, la obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por la acumulación en grandes cantidades de tejido adiposo, que predomina en la etapa infantil y adolescencia. A ello se debe que sea uno de los motivos más frecuentes de consultas en endocrinología pediátrica. Como se ha comentado anteriormente,

esto es debido al desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético del estilo de vida. Pero también existe un porcentaje de casos debidos a la presencia de alteraciones genéticas o endocrinas. Debido a esto, nos encontramos con diferentes comorbilidades secundarias a la obesidad, que pueden ser observadas en la infancia y adolescencia. Los pediatras normalmente están familiarizados tanto con los síntomas y signos, como con los diagnósticos y terapias de la obesidad infantojuvenil y de las posibles enfermedades secundarias a esto.

Se ha comprobado en diversos estudios, que una Encuesta Nacional de Salud en España comunicó una prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad en población de 2 a 17 años del 27,6%.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, la obesidad es un gran problema sanitario que padecen miles de personas en el mundo, muchos de ellos niños, siendo este un dato alarmante, ya que ello conlleva a gran cantidad de enfermedades físicas, mentales y sociales. Esto es en gran medida porque cada vez más se está estableciendo un ambiente que favorece el sedentarismo y el consumo de alimentos con alto contenido en grasas y azúcares. Por lo tanto, es necesaria una alimentación saludable, en la que los niveles nutricionales se ajusten a las características específicas de los niños con obesidad.

La influencia de la familia es el factor más influyente en la aparición de esta enfermedad, ya que es clave en los patrones alimentarios y de actividad física del niño.

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades prevenibles, para ello debemos impulsar medidas de prevención en la población infantil, detección de las familias de riesgo y una evaluación clínica y antropométrica seriada en los centros de Atención Primaria.

El personal sanitario juega un papel esencial para la prevención y tratamiento de esta enfermedad, la cual debe abordarse de forma multidisciplinaria, impulsando la implantación de unos hábitos de vida saludables desde edades tempranas y teniendo en cuenta todos los factores que rodean la vida del niño.

6 Bibliografía

1. Oyarce Merino Karina, Valladares Vega Macarena, Elizondo-Vega Roberto, Obregón Ana María. Conducta alimentaria en niños. Nutr. Hosp. [Internet]. 2016 Dic ; 33(6): 1461-1469.

2. Dres. Dra Débora Setton DPD. Desarrollo de la conducta alimentaria en las primeras etapas de la vida. 2009;
3. Villares JMM, Segovia MJG. Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. 2015;(3):268–76.
4. Bartrina JA, Rodrigo CP, Barba LR, Majem LS. Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. 2005;VII:13–47.
5. Nacionales I, Nacional B. Obesidad en niños. 2019;1–6.
6. Odontopediatras L. La epidemia que viene: la obesidad infantil. 2019;1–5.
7. Infantil O, Familia A, Dias-encinas DR, Enríquez-sandoval DR. Artemisa. 2007;24(1):22–6.
8. Javier F, Delgado H. Nutrición Hospitalaria. 2016;33(6):1438–43.
9. Ara I, Aznar S, Castillo MJ, Dorado C, Gracia-marco L, Gusi N, et al. Nutrición Hospitalaria. 2016;
10. Del R, Masa ÍDE, Físicas A, En YS, Luisa M, Latorre Á, et al. ESCOLARES AND SEDENTARY ACTIVITIES IN STUDENTS. 2014;17(3).
11. Guajardo P, Peña M. Redalyc. Ansiedad manifiesta en jóvenes adolescentes con sobrepeso y obesidad. 2014;
12. Gatica CC, Flores AA, Rodríguez FR, Farias TY, Berral F, Rosa D, et al. Nutrición Hospitalaria. 2016;33(3):734–8.
13. Peña M, Bacallao J. La obesidad y sus tendencias en la Región. 2001;10(5):1996–9.
14. Malley OC, Waters E, Cd S. Intervenciones para la prevención de la obesidad infantil. 2019;
15. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil.
16. Job JC, Hernández M, Argente J, Franch MA. Revista Española de Clínica e Investigación. 2009

Capítulo 6

LA ENFERMERA ANTE EL ALZHEIMER: UNA REVISIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD

PAULA FERNÁNDEZ TOLOSA

1 Introducción

La enfermedad del Alzheimer es un proceso neurodegenerativo en el que se produce una pérdida de memoria y cambios en el comportamiento de la persona; la causa es una pérdida continua de acetil-colina.

La acetil-colina es un neurotransmisor que permite la comunicación entre las células nerviosas y las actividades mentales como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento. Cuando hay un déficit de acetil-colina empieza a haber un fallo en la memoria, sobre todo a corto plazo.

La enfermedad del Alzheimer es en la actualidad la principal causa de demencia entre los adultos mayores. Suele presentarse de forma insidiosa y tiene una evolución pausada.

La incidencia aumenta con la edad, es característico que a partir de los 80 años tenga una incidencia alta, entre un 15.20% y muy raro en menores de 50 años.

La enfermedad tiene más incidencia en mujeres que en varones, aunque se desconoce el motivo a fecha actual. También se ha observado la aparición de esta enfermedad entre pacientes que han sufrido traumatismos craneoencefálicos, patologías del tiroides no tratadas, enfermedades cardiovasculares, etc.

La esperanza de vida con esta enfermedad puede ser muy variable, hay pacientes que fallecen a los 4 años de inicio y otros que sobreviven más de 15 años. El promedio medio de esperanza de vida es de unos 7 años.

Los científicos resaltan, en la mayoría de los procesos, la enfermedad de Alzheimer es la base de una combinación de factores genéticos, ambientales y del estilo de vida que afectan el cerebro a lo largo del tiempo. En menos del 1 % de los casos, la enfermedad de Alzheimer acontece por cambios genéticos específicos que casi avalan que una persona tendrá la enfermedad.

2 Objetivos

- Conocer las etapas clínicas de la enfermedad
- Diferenciar las variables de la enfermedad del Alzheimer
- Exponer los diferentes tratamientos para tratar esta enfermedad

3 Metodología

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

Se han utilizado bases de datos como Scielo, Pubmed y Medline y buscadores como Google Académico y Dialnet, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se utilizaron palabras clave como : demencia, Alzheimer, neurotransmisor, cerebro, memoria, acetil-colina.

4 Resultados

El desarrollo de la enfermedad comienza años antes de que aparezcan los primeros síntomas. El daño cerebral comienza en la región que controla la memoria y se caracteriza por el depósito anormal de proteína amiloide y proteína tau en el cerebro.

Los estudios han demostrado que socializar e intervenir en actividades que estimulen la psique a lo largo de la vida puede disminuir el riesgo de la enfermedad de Alzheimer. El nivel educativo pobre, inferior a la formación secundaria, es probable que pueda ser un factor de riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.

En la enfermedad del Alzheimer encontramos 3 etapas:

1.- En esta etapa destacan los fallos en la memoria y los conflictos. La persona enferma empieza a olvidar sucesos recientes, y esto le produce irritación. Suele presentar también falta de atención-concentración y fallos en la memoria remota. En esta etapa el paciente comete errores que sus familiares no son a comprender por lo que se produce un conflicto en el paciente que incluso llega a sentirse deprimido, por no ser entendido.

2.-En la segunda etapa el paciente comienza a tener problemas en el lenguaje y la comunicación y es incapaz de realizar algunas tareas; cada vez es más dependiente para las tareas de la vida diaria y aunque conserva la movilidad , es un paciente frágil, en el que existe el riesgo de accidente.

3.-En la tercera etapa el paciente comienza a perder la movilidad, aumenta la rigidez y hay una pérdida de agilidad, camina con pasos cortos y con poco equilibrio. Termina necesitando ayuda para caminar, a través de bastones, andadores, con ayuda de otras personas para finalmente terminar postrado en una silla o en la cama, siendo totalmente dependiente. Es decir necesitan asistencia todo el tiempo para las actividades diarias y el cuidado personal, pierden la noción de lo que hacen y de lo que le rodea. Presentan también mayor número de broncoaspiraciones al comer y se vuelven más vulnerables a procesos infecciosos como neumonías.

La enfermedad del Alzheimer es muy heterogénea, es frecuente en mayores de 80 años, pero hay algunos casos en los que se presenta en menores de 50 años. Por lo general cuanto más joven es el paciente, más comprometido se ve el lenguaje y la escritura y además el progreso de la enfermedad suele ser más rápido.

El tratamiento de la enfermedad se divide en 3 campos:

1- El tratamiento farmacológico que va dirigido a mejorar los defectos cognitivos. En la actualidad se utilizan inhibidores de la acetilcolinesterasa, los cuales tienen un efecto positivo sobre la conducta del paciente y mejora los efectos cognitivos. Este tratamiento no es igual de eficaz en todos los pacientes, por lo que se debe individualizar, para cada caso en concreto. Para mejorar los trastornos de conducta se suele recurrir a fármacos antidepresivos o tranquilizantes.

2.- La estimulación de la actividad también se ha mostrado como una buena terapia para los pacientes, los estimula a través de realizar actividades físicas y mentales, siempre debe ser con vigilancia para evitar accidentes.

3.- La orientación familiar, es un tema muy importante, ya que la figura del cuidador es esencial en estos pacientes, la enfermedad suele causar angustia, miedo en los familiares y esto puede ser negativo para la evolución del paciente. Se trata de dar pautas de conducta, de mostrarles como es la enfermedad, de orientarles en el día a día para hacer que la convivencia sea óptima para ambos.

5 Discusión-Conclusión

El Alzheimer es la enfermedad neurodegenerativa más frecuente y la primera causa de demencia en la población.

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer se basa en la información clínica aportada por el paciente y sus acompañantes, y los datos obtenidos en la exploración física y cognitiva del paciente en la consulta.

El inicio de la enfermedad es muy variable de unas personas a otras, pero tiene características comunes como la edad de inicio, en la mayoría de las personas son gente adulta mayor de 80 años, no tienen origen hereditario y el primer síntoma que aparece es la pérdida de memoria episódica.

El tratamiento consiste en el abordaje de 3 campos: el farmacológico, la estimulación de la actividad de los pacientes y la orientación familiar.

Es importante mantener una vida saludable con estimulación de la mente y de la psique para prevenir en lo que se pueda esta enfermedad.

6 Bibliografía

- Donoso Archibaldo. La enfermedad de Alzheimer. Rev.chil.neuro-psiquiatr. 2003 nov. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003041200003>
- <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/alzheimers-disease/symptoms-causes/syc-20350447>
- Perez Martínez Victor T. Demencia en la enfermedad de Alzheimer: un enfoque integral. Disponible en : <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0864-21252005000300017&Ing=es>
- Noeli Muñoz , Elena Mora. Enfermedad de Alzheimer. Seguimiento y consejos farmacoterapéuticos . Elsevier. Vol.28. Núm.4. Pag. 65-79

Capítulo 7

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL PRODUCIDAS POR BACTERIAS

GEA NELIA CHUMILLAS PEREZ

1 Introducción

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

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

☒CONTAGIO POR VÍA RESPIRATORIA: Al toser, al respirar, al estornudar, al hablar, al escupir, etc. expulsamos unas gotitas que contienen partículas que pueden ser contagiosas si la persona tiene alguna enfermedad.

☒CONTAGIO POR VÍA FECAL-ORAL: A través de las heces o a través de la ingesta de alimentos o líquidos en mal estado.

☒CONTAGIO POR CONTACTO DIRECTO: Al tocarnos o al entrar en contacto con líquidos corporales, en este incluimos el contagio por vía sexual.

☒CONTAGIO POR CONTACTO INDIRECTO: Al tocar un objeto contaminado.

Denominamos enfermedad venérea a aquella que se contrae por contacto genital o sexual, actualmente utilizamos el término enfermedad de transmisión sexual.

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

La clasificación que haremos de las enfermedades de transmisión sexual será por el patógeno que las produce, así comentaremos una por una la sintomatología que producen, su definición y su tratamiento.

2 Objetivos

- Clasificación de las enfermedades de transmisión sexual, explicación de las enfermedades de transmisión sexual producidas por bacterias.
- Conocer cada una de las enfermedades de transmisión sexual producidas por bacterias, su definición, su sintomatología y su prevención y tratamiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación expondremos una clasificación de las enfermedades de transmisión sexual producidas por bacterias y las explicaremos una por una:

A.ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR BACTERIAS:

☒GONORREA.

☒CLAMIDIA.

☒SÍFILIS.

☒VAGINOSIS BACTERIANA.

☒MICOPLASMAS.

☒CHANCRO BLANDO.

A.1. GONORREA:

INTRODUCCIÓN:

Se trata de una enfermedad producida por la bacteria NEISSERIA GONORRHOEA.

Se produce la afectación de las mucosas del aparato genital y urinario mayoritariamente, pero también se puede ver afectada la conjuntiva ocular, la faringe y el recto.

La gonorrea existe desde la antigüedad, los egipcios ya la clasificaron en papiros antes de cristo, en la actualidad según la OMS se estima que se producen 106 millones de casos nuevos al año en el mundo.

En el caso de España, se producirían unos 10 u 11 casos por cada 100.000 habitantes, con una franja de edad comprendida entre los 15 y los 35 años, el número de casos aumenta a 78 personas cada 100.000 habitantes según los datos de 2016. Podemos destacar que el número de casos a aumentado considerablemente en los últimos años debido al aumento de las relaciones sexuales sin preservativo y a la resistencia que ha creado la bacteria a los antibióticos.

PERIODO DE INCUBACIÓN:

De 2 a 7 días.

Se estudiarán los contactos sexuales de los 15 días previos a la aparición de síntomas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Los síntomas suelen aparecer a los 2-5 días después de la infección, en los hombres pueden aparecer hasta pasado un mes.

- Síntomas en los hombres:
 - Dolor y ardor en la micción.
 - Aumento de la frecuencia y de la urgencia urinaria.
 - Secreción a través del pene de un líquido de aspecto verdoso, amarillento o blanquecino.
 - Testículos sensibles o inflamados.
 - Dolor en la garganta (faringitis).
 - Uretritis aguda que sin tratamiento puede desembocar en epididimitis y en prostatitis.
 - Se puede presentar en el rectos o en la faringe y en las amígdalas.
 - Si se disemina puede producir artritis y septicemia.
- Síntomas en la mujer:
 - La infección puede transcurrir de forma asintomática.
 - Dolor y ardor en la micción.
 - Dolor de garganta.
 - Dispareunia (relaciones sexuales dolorosas).
 - Dolor intenso en hipogastrio si la infección se disemia a las trompas.
 - Fiebre, náuseas...

- Complicaciones graves:
- Vaginitis o cervicitis.
- Endometritis, salpingitis y enfermedad inflamatoria pélvica: enrojecimiento del área genital, embarazo ectópico...
- Esterilidad.
- Ceguera en el recién nacido.
- Sepsis y muerte si la infección se disemina.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO:

- Prevención precoz:
- Uso del preservativo y de métodos de barrera.
- Tratamiento:
- Una vez diagnosticada se tratará con antibióticos tanto a la persona infectada como a sus contactos sexuales.
- La persona infectada deberá esperar 7 días a tener relaciones sexuales tras acabar de tomar el tratamiento farmacológico.
- Pasar la gonorrea no proporciona inmunidad a la enfermedad, así que deberá tomar medidas con métodos de barrera para prevenir nuevos contagios.

A.2. CLAMIDIA:

INTRODUCCIÓN:

La clamidia es la enfermedad de transmisión sexual más común.

Su agente causal es la CHLAMYDIA TRACHOMATIS.

En los últimos años a aumentado su contagio en la población adolescente de forma alarmante, produciéndose unos 3 millones de casos nuevos anualmente.

PERIODO DE INCUBACIÓN:

Entre 2 y 3 semanas.

INFECCIONES POR CLAMIDIA:

Hay tres especies del género clamidia que afectan al ser humano:

1. CHLAMYDIA PSITTACI: Produce ocasionalmente orintosis o psitacosis, que son enfermedades que se transmiten de pájaros a humanos (fiebre, signos de infección pulmonar, gripe...).

2. CHLAMYDIATRACHOMATIS: Produce:

- Infecciones oculares, tracoma (inflamación dela conjuntiva), conjuntivitis neonatal, neumonía intersticial del lactante.
- Infecciones genitales: uretritis, linfogranuloma venéreo.
- Artritis reactiva.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.

3. CHLAMYDIA PNEUMONIAE: Cursa con una infección subclínica, pudiendo producir faringitis, otitis, neumonía atípica...

La clamidia se conoce como la enfermedad “silenciosa”, porque en muchos casos es asintomática.

DIAGNÓSTICO:

Su diagnóstico se realiza mediante un test de orina o mediante un hisopo de células del cuello uterino en la mujer y endouretal en el hombre.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Síntomas en la mujer:
 - Flujo vaginal anormal que puede tener un olor fuerte.
 - Sensación de ardor al orinar.
 - Dispareunia o dolor al realizar el coito.
 - Náuseas y fiebre si se produce diseminación de la enfermedad.
 - Dolor abdominal bajo.
- Síntomas en el hombre:
 - Secreción del pene.
 - Sensación de ardor al orinar.
 - Ardor alrededor de la uretra.
 - Dolor e inflamación testicular, poco común.

En ambos casos si se afecta el recto se puede producir sangrado y dolor.

También se puede producir faringitis asintomática.

Si la mujer está embarazada y no tiene tratamiento, puede tener un parto prematuro, y si el bebé se infecta puede tener conjuntivitis y problemas respiratorios, en estos casos está indicado tratar a la mujer con antibióticos.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO:

- Será esencial la prevención con métodos de barrera (preservativo).
- Tratamiento antibiótico.
- Se debe esperar 7 días después del tratamiento antibiótico para mantener relaciones sexuales.
- Es común la reinfección.
- Estudiaremos los contactos sexuales los 60 días previos al inicio de los síntomas.

A.3. SÍFILIS:

INTRODUCCIÓN:

Se trata de una enfermedad producida por el *TREPONEMA PALLIDUM*.

En España se está produciendo un considerable aumento de casos, siendo su mayor aumento en hombres entre 20 y 40 años.

En el mundo se producen alrededor de 6 millones de casos nuevos anuales.

Se cree que en España el uso de métodos anticonceptivos hormonales hace que no se utilicen métodos de barrera y por ello, entre otros factores, se produce un aumento de casos.

PERIODO DE INCUBACIÓN:

De 18 a 27 días de promedio, pero puede darse entre 9 y 90 días.

CONTAGIO:

El contagio se produce por contacto directo con una llaga de sífilis durante las relaciones sexuales y por vía transplacentaria.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

La sífilis no tratada evoluciona en cuatro estadios:

1.Sífilis primaria:

La primera manifestación es el CHANCRO SIFILÍTICO O “DURO”, se trata de una lesión erosivo-ulcerada que aparece en el punto de inoculación de la enfermedad. En ocasiones se puede confundir con un folículo encarnado, un corte o una ulceración que no parece dañina.

Generalmente se produce en los genitales, pero puede aparecer en otras partes del cuerpo.

También se produce inflamación de los ganglios regionales.

El Chancro cura espontáneamente en 4-6 semanas tanto si se trata como si no y en ocasiones puede progresar a estadios crónicos.

La infección se produce al entrar en contacto con el Chancro, y éste suele aparecer entre 2 y 6 semanas tras el contacto.

2. Sífilis secundaria:

Aparece a las 4-6 semanas de la aparición del Chancro.

Se produce por la diseminación sanguínea de la infección.

Los síntomas se pueden dar durante uno o dos años en periodos discontinuos.

Se produce:

- Exantema generalizado, no pruriginoso y recidivante “ ROSEOLA SIFILÍTICA”, puede afectar a todo el cuerpo, especialmente a las palmas de las manos y a las plantas de los pies.
- Adenopatías generalizadas.
- Lesiones húmedas en mucosas, que suelen ser placas erosivas o lesiones quineloides.
- Malestar general: cefalea, febrícula, náuseas...
- Lesiones de aspecto verrugoso alrededor del chancro “ CONDILOMA LATA”.

Las lesiones son muy contagiosas.

Esta fase puede durar meses o años.

3. Sífilis latente:

Pasados dos años desaparecen los síntomas y la enfermedad se vuelve asintomática, sólo se detecta por las pruebas diagnósticas.

Durante esta fase o es contagiosa.

4. Sífilis terciaria:

En un 30% de pacientes y tras un periodo que oscila entre 1 y 20 años del inicio de la infección, la sífilis se vuelve a manifestar y ataca al sistema nervioso y a los órganos.

- Manifestaciones cutáneas o viscerales.
- Enfermedad cardiovascular.
- Neurosífilis, lesiones cerebrales.
- Lesiones de la médula espinal.
- Pérdida de la coordinación.

- Trastornos oculares: ceguera.

En los bebés contagiados aparece un tipo de sífilis denominada SÍFILIS CONGÉNITA, aunque la mayoría de los bebés no presentan síntomas, a veces puede aparecer:

- Erupción cutánea en manos y plantas de los pies.
- Sordera.
- Deformidades en los dientes.
- Nariz en silla de montar (cuando se colapsa el puente nasal).

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico se realiza mediante pruebas serológicas y por medio de pruebas directas (vista en microscopio del treponema pallidum).

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO:

Como en todas las enfermedades de transmisión sexual, la mejor manera de prevenirlas es el uso del preservativo.

El tratamiento de la sífilis se realiza administrando antibióticos.

Su infección no produce inmunidad.

Recientemente la OMS advierte que la gonorrea, la clamidia y la sífilis podrían quedar sin tratamiento debido al aumento de las resistencias a los antibióticos.

A.4. VAGINOSIS BACTERIANA:

INTRODUCCIÓN:

Es la causa más común de infección vaginal.

La mayoría de los casos suceden en mujeres sexualmente activas, entre los 15 y los 44 años.

No hay evidencia de que se trate de una enfermedad de transmisión sexual.

Se produce porque se sustituye la flora vaginal normal (en la cuál predominan los lactobacillus spp), por un elevado número de bacterias anaerobias (prevotella, bacteroides, mobiluncus ...), junto con gardnerella vaginalis y mycoplasma hominis.

Refleja un cambio del exudado vaginal y se asocia con la actividad sexual.

Hay estudios que asocian su aparición al aumento del estrés social.

DIAGNÓSTICO:

Tinción de gram del exudado vaginal.

Secreción vaginal con PH superior a 4.5.

Olor a pescado antes o después de agregar una gota de hidróxido de potasio al 10%.

Ausencia de lactobacillus spp.

Presencia de células epiteliales cubiertas de cocobacilos que desdibujan contornos.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Aumento del flujo vaginal con olor maloliente.
- Irritación vulvar.
- Dispareunia.
- Prurito intenso en la zona vaginal.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO:

Antibióticos orales siete días.

Tratamiento vía vaginal conclindamicina 2% en crema, metronidazol 0,75 % en gel

...

Existe un elevado riesgo de reinfección, se recomienda tratar a las parejas.

A.5. MICOPLASMAS:

INTRODUCCIÓN:

Se trata de una enfermedad de transmisión sexual de reciente descubrimiento, año 1980.

Está producida por el MYCOPLASMA HOMINIS.

Su prevalencia está en el 1-2%.

Se trata de una enfermedad emergente según la OMS.

TRANSMISIÓN:

Se transmite por contacto directo y por transmisión vertical de madre a hijo durante el parto.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Sus síntomas son similares a otras enfermedades de transmisión sexual como la clamidia o la gonorrea, motivo por el cual se puede confundir.

Su asociación con la bacteria *G. VAGINALIS* y con anaerobios puede ocasionar vaginosis bacteriana.

- Síntomas en la mujer:
 - Dispareunia.
 - Disuria.
 - Dolor pélvico.
 - Vejiga inflamada.
 - Inflamación uretral.
 - Presencia de flujo vaginal con un olor fuerte.
 - Dolor al caminar.
 - Hemorragia vaginal.
 - Infertilidad y abortos espontáneos.
- Síntomas en el hombre:
 - Dolor testicular.
 - Prostatitis.
 - Uretritis: molestias y escozor al orinar.
 - Secreción uretral.
 - Potencial infertilidad.
 - Dolor e inflamación articular.
 - Balanitis (inflamación del glande).

Esta bacteria puede permanecer meses, e incluso años en el organismo. En ocasiones se puede producir una complicación grave que es la enfermedad inflamatoria pélvica.

DIAGNÓSTICO:

Es complejo, porque existen pocas pruebas específicas que permitan diagnosticar la enfermedad.

A nivel general, se analiza el exudado vaginal o uretral y se hace un análisis de orina.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO:

La mejor prevención sería el uso del preservativo.

Su tratamiento se realiza con antibióticos como la azitromicina.

Se trata de una bacteria potencialmente resistente a los antibióticos, por lo que se realizarán pruebas hasta comprobar su total eliminación.

A.6. CHANCRO BLANDO:

INTRODUCCIÓN:

Está causado por la bacteria HAEMOPHILUS DUCREY.

Esta enfermedad tiene más prevalencia en países en vías de desarrollo, especialmente en el trópico.

Los hombres no circuncidados tienen más riesgo de contraerlo.

El chancro blando es un factor de riesgo para contraer el VIH.

PERIODO DE INCUBACIÓN:

Entre 2 y 5 días, pudiendo llegar a 14 días.

Se estudiarán los contactos sexuales en los 10 días previos al inicio de los síntomas.

DIAGNÓSTICO:

- Presencia de una o más úlceras, si además hay adenopatías supurativas, el diagnóstico es casi definitivo.
- Ausencia de Treponema pallidum en los exámenes serológicos o microscópicos.
- Resultados negativos para VIH y HERPES GENITAL.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Lesiones pápulo-pustulosas hasta que se rompen y evolucionan a úlceras.
- Estas úlceras tienen una membrana gris que sangra con facilidad y tiene un olor desagradable.
- En los hombres suele presentarse en el prepucio y ocasiona pseudofimosis.
- En la mujer se suelen localizar en los genitales externos, pero también pueden aparecer en la vagina y en el cérvix, donde son asintomáticos.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO:

Como en el resto de enfermedades ya citadas, la mejor manera de prevenirlas es con el preservativo y su tratamiento es con antibióticos.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir podemos decir que lo más importante es la prevención de la enfermedad y que el uso del preservativo como método de barrera es la mejor opción para evitar la enfermedad.

El tratamiento de todas ellas son los antibióticos.

Estas enfermedades de transmisión sexual están aumentando significativamente porque con el uso de la píldora anticonceptiva y de otros métodos anticonceptivos que no son de barrera, se está disminuyendo el uso del preservativo, produciendo un aumento de la incidencia de estas.

Es importante saber los contactos sexuales de un paciente infectado de una enfermedad de transmisión sexual, para así cortar el contagio a otras personas.

6 Bibliografía

ABC Salud. (2019, febrero 11). Nuevas vacunas contra la hepatitis C. ABC Salud. Nuevas vacunas contra la hepatitis C (abc.es)

Álvarez, (2010). Comunicación y Sexualidad. Enfermería Global.

Amezúa, E (2010) Avances en educación sexual. La asignatura de los sexos. Anuario de Sexología.

Andrés, D. (2012). Manual DAE para la preparación de oposiciones 1 y 2. Ediciones DAE (Grupo Paradigma). Valencia

Bano, K. (2023). Enfermedad inflamatoria pélvica. MSN. Enfermedad inflamatoria pélvica: síntomas, causas, diagnóstico y tratamientos (msn.com)

Bano, K. (2023). Tricomoniasis. Microsoft Start. Tricomoniasis: síntomas, causas, diagnóstico y tratamientos (msn.com)

Bharadwaj, R. (2023). Citomegalovirus. Microsoft Star. Citomegalovirus: síntomas, causas, diagnóstico y tratamientos (msn.com)

Cabello, F. (2010) Manual de Sexología y terapia sexual. Síntesis.

Calvache, A. (2015). Perspectiva sistémica de la comunicación humana y sus desórdenes. Revista Ciencias de la Salud, 13, 3. Perspectiva sistémica de la comunicación humana y sus desórdenes (scielo.org.co)

Candidiasis. (2023, febrero 9). Wikipedia. Candidiasis - Wikipedia, la enciclopedia libre

Citomegalovirus. (2023, marzo 30). Wikipedia. Citomegalovirus - Wikipedia, la enciclopedia libre

De la Calle-Prieto, F. y otros (2022, septiembre 22). Tratamiento y prevención de la viruela del mono. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2022.08.001>

Enfermedad pélvica inflamatoria. (2022, diciembre 21). Wikipedia. Enfermedad pélvica inflamatoria - Wikipedia, la enciclopedia libre

Equipo Editorial, Etecé. (2022, agosto, 12). Relaciones Concepto. Relaciones Interpersonales - Concepto, tipos, ejemplos e importancia

Fernández, A. (s.f.). Molusco contagioso. Urologoenvivo. El molusco contagioso. Una enfermedad vírica - Urólogo en Vigo y Ourense (urologoenvivo.com)

Fornés, J. (2005) Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Planes de Cuidados. Editorial Médica Panamericana.

García, F. y Medina, F.J. (2011). Atención al paciente con alteraciones inmunológicas, nefrourogenitales, dermatológicas, oftalmológicas y otorrinolaringológicas. FUDEN.

Goldsmith, C.S. (2022, mayo 21). La viruela del mono: qué es, cómo se contagia, quién está en riesgo y cómo protegerse. Naciones Unidas. La viruela del mono: qué es, cómo se contagia, quién está en riesgo y cómo protegerse | Noticias ONU (un.org)

González Merlo, J. (2006). Tratado de obstetricia. (5ª edición). El Servier.

Hepatitis. (2023, marzo 10). Wikipedia. Hepatitis - Wikipedia, la enciclopedia libre

Infección por el VIH (who.int)

Iglesias, J.L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. 12, 2, 88-93. 1.Iglesias.indd (pediatriaintegral.es)

La Vanguardia (2019, junio 7). ¿Qué es la tricomoniasis? | Síntomas, causas y cómo tratar la enfermedad. La Vanguardia. Trichomonas vaginalis: ¿Qué es? | Síntomas, causas y cómo tratar la enfermedad (lavanguardia.com)

Mayo Clinic (2022, junio 11). Enfermedad inflamatoria pélvica. Mayo Clinic Enfermedad inflamatoria pélvica - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic

Mayo Clinic (2022, septiembre 22). Sarna, Síntomas y causas. Mayo Clinic. Sarna - Síntomas y causas - Mayo Clinic

Mayo Clinic (2023, enero 6). Piojos púbicos (ladillas). Mayo Clinic. Piojos púbicos (ladillas) - Síntomas y causas - Mayo Clinic

Mayo Clinic. (2023, enero 11). Candidosis vaginal. Mayoclinic. Candidosis vaginal - Síntomas y causas - Mayo Clinic

Medline Plus (2022, febrero 17). Citomegalovirus. Medline Plus. Citomegalovirus: MedlinePlus en español

Michail S. Lionakis, M.D. y Lance, E. (2021, febrero 22). Candidiasis vaginal. Oficina para la salud de la mujer. Candidiasis vaginal | Oficina para la Salud de la Mujer (womenshealth.gov)

Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (s.f.). Viruela del mono. [Vídeo]. YouTube. Viruela del Mono - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile (minsal.cl)

Munné, A. (2019, enero 23). Candidiasis vaginal: qué es, causas y tratamiento. Promofarma. Candidiasis vaginal: qué es, causas y tratamiento | Consejos de salud, belleza y bienestar | Blog PromoFarma

National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Division of Viral Diseases (2020, agosto 18). Acerca del citomegalovirus (CMV). CDC. Acerca del citomegalovirus y la infección congénita por CMV | CDC

Organización Mundial de la Salud. (2022, marzo 10). Virus del herpes simple. OMS. Virus del herpes simple (who.int)

Organización Mundial de la Salud. (2022, junio 24). Hepatitis D. OMS. Hepatitis D (who.int)

Organización Mundial de la Salud. (2022, julio 27). Infección por el VIH. OMS. VIH/sida - Síntomas y causas - Mayo Clinic

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). Tricomaniasis. OPS.Tricomoniasis - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

Pilar, S.A. (2022, julio 30). Qué es la viruela del mono, cómo se contagia en humanos y cuáles son sus síntomas. RTVE. Viruela del mono: Qué es, cómo se contagia y síntomas (rtve.es)

Piojos. (2019, febrero 24). Enfermedades que causan los piojos. “Especies más peligrosas”. Piojosguía. ENFERMEDADES QUE CAUSAN LOS PIOJOS » Especies más peligrosas - (piojosguia.com)

Pritish K. Tosh, M.D (2023, febrero 8). Viruela del mono: qué es y cómo se puede prevenir. Mayo Clinic. Viruela del mono: ¿qué es y cómo se puede prevenir? - Mayo Clinic

Roberts, M. (2022, mayo 26). Viruela del mono: cómo saber si tienes esta u otra enfermedad que provoca síntomas similares en la piel. BBC. Viruela del mono: cómo saber si tienes esta u otra enfermedad que provoca síntomas similares en la piel - BBC News Mundo

Saceda, D. ((2023, marzo 27). Molusco contagioso. Webconsultas. Tratamiento del molusco contagioso: cómo eliminarlo (webconsultas.com)

Sánchez, E. y otros (2017). Cuidados de enfermería en atención primaria y especializada (volumen II). SATSE.

Sarna. (2023, marzo 20). Wikipendia. Sarna - Wikipedia, la enciclopedia libre

Sofosbuvir. (2022, diciembre 10). Wikipedia. Sofosbuvir - Wikipedia, la enciclopedia libre

Songhai, M.D (2022, diciembre 30). Enfermedad inflamatoria pélvica. Oficina para la Salud de la Mujer. Enfermedad inflamatoria pélvica | Oficina para la Salud de la Mujer (womenshealth.gov)

Trichomonas vaginalis. (2022, noviembre 27). Wikipedia. Trichomonas vaginalis - Wikipedia, la enciclopedia libre

Capítulo 8

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA ACTUALIDAD: CLASIFICACIÓN Y EXPLICACIÓN DE SU USO

GEA NELIA CHUMILLAS PEREZ

1 Introducción

En este capítulo se va a hacer una clasificación de los diferentes métodos anticonceptivos existentes en la actualidad, así como sus usos y su eficacia para prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.

Antes de elegir un método anticonceptivo valoraremos:

☒EFICACIA: Es la capacidad del anticonceptivo para evitar el embarazo, se mide con el índice de Pearl, este sería el número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que utilizan el mismo método anticonceptivo durante un año.

☒SEGURIDAD: Nos informa sobre los efectos del método sobre la salud de la persona que los utiliza, en definitiva, lo seguros que son para el individuo que los usa.

☒FACILIDAD Y COMODIDAD DE USO.

☒PRECIO.

☒ACCESIBILIDAD.

☒EDAD DEL USUARIO.

☒NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.

☒FORMACIÓN Y CAPACIDAD DE APRENDIZAJE.

☒DESEO DE FERTILIDAD FUTURA

En la Constitución Española de 1978 se detallan los derechos de los usuarios:

☒Derecho a un consejo contraceptivo, previa información de los métodos existentes.

☒Derecho a la libre elección y acceso a los mismos.

☒Derecho a conocer la seguridad y la eficacia.

☒Derecho a la privacidad y la confidencialidad.

Además debemos hacer especial incapie en que el preservativo es el único método con confirmada eficacia para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

2 Objetivos

- Conocer y diferenciar los diferentes métodos anticonceptivos que disponemos en la actualidad en España y en muchos países del mundo.
- Explicar cuál de estos métodos será el más adecuado según nuestras necesidades.
- Conocer nuestros derechos reflejados en la constitución española sobre esta materia.
- Conocer las ventajas y las desventajas de cada método, así como las contraindicaciones y los efectos secundarios de cada uno de ellos.

3 Metodología

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

4 Resultados

CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1 MÉTODOS NATURALES

Son aquellos métodos anticonceptivos que se basan en la observación de los signos y síntomas asociados a procesos fisiológicos, se necesita destreza, motivación

y tiempo para llevarlos a cabo con eficacia ya que es preciso conocer el ciclo menstrual femenino y que este sea regular para que sean eficaces.

NO son útiles para prevenir las enfermedades de transmisión sexual ya que en ningún caso actúan como método de barrera.

Estos son:

- MÉTODO DE TEMPERATURA BASAL:

En la segunda parte del ciclo menstrual, que sucede desde la ovulación a la menstruación, la progesterona produce un ligero aumento de la temperatura, de unos 0,6°C aproximadamente.

Según este método deberíamos evitar mantener relaciones sexuales al menos los 7 días anteriores a la ovulación hasta los 3 días posteriores de la finalización del aumento de la temperatura. Se limita de esta manera la actividad sexual con penetración sin riesgo de embarazo a 10 días al mes.

- MÉTODO BILLINGS O DEL MOCO CERVICAL:

El aumento de los niveles de estrógenos produce un aumento de la secreción del moco cervical, así como un cambio en su aspecto y su consistencia.

Los días en que el moco tiene una consistencia similar a la yema de huevo serían los días fértiles.

Las infecciones del tracto genital pueden modificar la consistencia del moco y disminuir la efectividad del método.

Tampoco cuesta dinero lógicamente, pero requiere de una gran preparación y conocimiento de nuestro cuerpo, limita los días que podemos tener relaciones sexuales y lo más importante, NO protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

- MÉTODO OGINO-KNAUS, DEL RITMO O DEL CALENDARIO:

Se basa en un cálculo estadístico para determinar la ovulación.

Se necesita un registro previo de la duración de los ciclos menstruales durante un año, siempre que no haya más de 10 días de diferencia entre el ciclo más largo y el ciclo más corto se podría utilizar, si hubiera más diferencia por la irregularidad de las menstruaciones de la mujer no sería eficaz.

Si el ciclo menstrual es regular, la ovulación se produce sobre el día 14 del ciclo menstrual y supuestamente el intervalo de fertilidad se extiende desde 7 días antes de la ovulación hasta el día 17 del ciclo.

NO protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

- MÉTODO SINTOTÉRMICO

Consiste en determinar el periodo fértil de la mujer basándonos en la utilización del método de temperatura basal junto con el método Billing o del moco cervical, y además observando el cuello del útero y la tensión mamaria postovulatoria.

NO protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

- MÉTODO MELA (AMENORREA EN LA LACTANCIA MATERNA)

Este método se basa en que al dar el pecho al recién nacido la prolactina inhibe las ovulaciones, para que sea eficaz es preciso que la alimentación del recién nacido sea exclusivamente de lactancia materna, manteniendo las tomas nocturnas.

- MÉTODO DEL COITUS INTERRUPTUS O LA MARCHA ATRÁS

Este método consiste en retirar el pene de la vagina en el momento de la eyaculación y alejarlo de los genitales externos.

Su índice de error es muy alto

Además, se corta en gran medida la satisfacción masculina y requiere de destreza por parte del varón.

NO protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

2 MÉTODOS DE BARRERA

Los métodos de barrera impiden que los espermatozoides puedan progresar a lo largo de la vagina y del orificio cervical y llegar al útero.

SON LOS ÚNICOS EFICACES PARA PROTEGER FRENTE A LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, aunque no siempre lo hacen en su totalidad porque, aunque el pene o la vagina estén cubiertos siempre se puede producir contacto de otras estructuras corporales y del líquido corporal.

Su clasificación es la siguiente:

- PRESERVATIVO MASCULINO O CONDÓN

Se trata de una goma fina de látex con la que se enfunda el pene erecto y almacena el semen evitando que pase a la vagina.

También existen preservativos de poliuretano, de elastómero termoplástico y de tactylon para aquellas personas alérgicas al látex.

Existen diversos tamaños, formas, texturas, sabores ... y son accesibles de precio. Su índice de Pearl es del 2-10%.

SON LOS MÁS EFICACES PARA PROTEGER ANTE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Si lo combinamos con otros métodos, hormonales por ejemplo, conseguiremos una eficacia casi total para los embarazos no deseados y además protegerán para el contagio de las enfermedades de transmisión sexual.

Como inconveniente está el hecho de que a algunos hombres o mujeres no les gusta el tacto y no se adaptan a su uso.

- PRESERVATIVO FEMENINO

Se trata de un preservativo desechable e inodoro, que está diseñado para proteger mediante un recubrimiento total de la vagina.

Puede estar compuesto de poliuretano o de vinilo.

Consiste en un anillo que se ajusta sobre el cuello del útero y se introduce en la vagina, y otro anillo, que está abierto, que se coloca fuera de la vagina y recubre la vulva.

Se puede poner hasta 8 horas antes de mantener relaciones sexuales.

Protege ante las enfermedades de transmisión sexual con una menor eficacia que el preservativo.

Como inconveniente, la fricción del preservativo puede disminuir la estimulación del clítoris y la lubricación, se puede producir irritación en la zona y su uso puede ser ruidoso.

Es más caro y difícil de encontrar que el masculino.

- DIAFRAGMA

Se trata de una membrana de látex con un borde en forma de aro flexible que se coloca en el cuello del útero antes de la relación sexual.

Es necesario un aprendizaje previo para taponar totalmente el cérvix.

Su eficacia aumenta con el uso de espermicidas pasando su índice de Pearl de 10-20% sin espermicidas al 4% con espermicidas.

Se pueden retirar unas 6-8 horas después de la eyaculación pudiendo estar la mujer hasta 24 horas con él puesto.

Existen diferentes tamaños según el tamaño del cérvix, que puede variar si hay una infección genital, un parto o un aborto ...

Después de su retirada debe lavarse con agua y jabón neutro y enjuagarse, secarlo y guardarlo para posteriores usos.

No es el más indicado para proteger para las enfermedades de transmisión sexual porque sigue habiendo contacto directo entre órganos sexuales internos y externos.

- ESPERMICIDAS

Se trata de productos químicos que se encuentran en cremas, geles, espumas, etc. que actúan formando una barrera para el paso de espermatozoides a través de la vagina al unirse con el moco cervical, a su vez actúan disminuyendo la movilidad de los espermatozoides y destruyéndolos.

Como inconveniente se ha de aclarar que su uso continuado puede producir alteraciones en la mucosa vaginal y se ha asociado a reacciones alérgicas e irritaciones.

NO protege contra enfermedades de transmisión sexual.

- ESPONGA Y CAPUCHÓN CERVICAL

La esponja tapona el cérvix y absorbe los espermatozoides.

El capuchón cervical es similar al diafragma, pero de menor tamaño.

3 MÉTODOS HORMONALES

Actúan sobre el eje hipotálamo-hipofisario inhibiendo la secreción de la hormona luteinizante (LH) y/o de la hormona foliculoestimulante (FSH), produciendo así un reposo ovárico, la inhibición de la maduración folicular y de la ovulación.

Se suelen presentar en tabletas de 21 comprimidos o de 28 comprimidos, siendo los 7 últimos comprimidos placebos, o también pueden ser envases de 24 comprimidos con 4 placebos. En los días que se toman los comprimidos de placebo se produce la menstruación.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

☒ Embarazo.

☒ Hemorragia genital no diagnosticada.

☒ Cáncer de mama.

☒ Grandes fumadoras.

☒ HTA moderada o grave.

☒ Antecedentes familiares de enfermedad tromboembólica.

☒ Diabetes con valvulopatía asociada y/o neuropatía.

☒ Hepatopatía activa.

☒ Inmovilización prolongada.

☒ Cirugía abdominal o traumatológica.

☒ Hipertrigliceridemias severas.

☒ Ictus cerebral.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- ☒ Cefaleas migrañasas.
- ☒ Epilepsia, si interacción farmacológica.
- ☒ HTA leve.
- ☒ Diabetes sin complicaciones asociadas.
- ☒ Anemia de células falciformes.

Antes de comenzar su uso es importante tener un control de:

- ☒ TA.
- ☒ Índice de masa corporal.
- ☒ Exploración mamaria y genital.
- ☒ Citología vaginal.
- ☒ Analítica con coagulación, colesterol, triglicéridos y función hepática si precisa.
- ☒

El seguimiento posterior debería realizarse a los 3-6 meses y sería necesario un control anual de lo citado anteriormente en mujeres hasta los 35 años, con analítica cada 3 años, y en mujeres mayores a 35 años analítica anual.

- CLASIFICACIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

☒ PÍLDORA SOLO PROGESTÁGENOS

Se conoce como la “minipíldora”, no contiene estrógenos.

Se suele usar en mujeres en periodo de lactancia materna, en mujeres hipertensas, en fumadoras mayores de 35 años, mujeres obesas, etc.

Uno de los efectos secundarios más comunes es el “spooting” o sangrado entre menstruaciones.

☒ PÍLDORA COMBINADA, ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA

Se combinan estrógenos y progesterona.

Los efectos secundarios más comunes que se producen se suelen dar por los estrógenos, aunque estos también producen en la mujer efectos positivos como:

- ☒ Disminución del sangrado menstrual.
- ☒ Regulación del ciclo menstrual.
- ☒ Reducen el dolor menstrual o dismenorrea.
- ☒ Disminución del vello.
- ☒ Disminución del acné.
- ☒ Disminución del riesgo de padecer la enfermedad inflamatoria pélvica, de la endometriosis y del cáncer de ovario.

PAUTAS DE ACTUACIÓN AL TOMAR LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES:

En ocasiones se puede producir un olvido en la toma de los anticonceptivos orales, a continuación, explicaremos las pautas de actuación en cada caso:

☒ **OLVIDO DE UN COMPRIMIDO:** Se pueden dar tres situaciones:

☒ Retraso en el inicio del blister:

☒ Iniciar el blister de inmediato.

☒ Protección adicional durante 8-10 días.

☒ Olvido de la toma y han pasado menos de 12 horas:

☒ Tomar el comprimido y continuar igual.

☒ Olvido de la toma y han pasado más de 12 horas:

☒ Tomar el comprimido.

☒ Uso de protección adicional de 8 a 10 días.

☒ **OLVIDO DE DOS COMPRIMIDOS:**

☒ Olvido dentro de las dos primeras semanas:

☒ Suspender las tomas.

☒ Iniciar de nuevo otro blister a los 8 días.

☒ Protección adicional 14 días.

☒ Olvido en la tercera semana:

☒ Suspender las tomas.

☒ Iniciar un nuevo blister a los 8 días.

Se ha de tener en cuenta que los vómitos o las diarreas alteran la absorción de los comprimidos y pueden disminuir su eficacia, si nos encontramos en esta situación es conveniente utilizar otros métodos anticonceptivos adicionales.

☒ **INYECCIÓN HORMONAL:** Depo-progevera:

Se suele utilizar en mujeres que tienen problemas para cumplir el tratamiento, en casos de trastornos mentales, etc.

Se trata de una solución inyectable trimestral.

Se debe evitar su uso a medio-largo plazo porque se asocia a una disminución de la densidad mineral ósea.

Solo contiene progestágenos.

☒ **PARCHE TRANSDÉRMICO:**

Se trata de un envase que contiene 3 parches, cada parche está compuesto por 3 capas, la más superficial de color beige.

La pauta de aplicación es semanal, se ponen durante 3 semanas y la cuarta semana se descansa y es el momento en que se produce la menstruación.

No debe colocarse en las mamas.

Evita el primer paso hepático, siendo ideal en alteraciones gastrointestinales.
Su precio estimado es de unos 14 euros la caja de 3 parches.

☒ **ANILLO VAGINAL:** Nuvaring:

Se trata de un anillo vaginal flexible y transparente que se introduce en el cuello del útero y segrega hormonas (etonogestrel y EE).

Se coloca durante un mes, retirándose a los 21 días, la siguiente semana a estos 21 días es cuando se produce la menstruación.

Si el anillo se ha expulsado o retirado para mantener relaciones sexuales y han pasado menos de 3 horas, se puede volver a colocar sin que se pierda su efecto anticonceptivo.

También evita el paso hepático.

Su precio es de unos 20 euros.

☒ **IMPLANTE SUBDÉRMICO:** Jadelle, Implanón NXT:

☒ **Implanón NXT:**

Se trata de un implante en forma de varilla radiopaca de 4 cm de longitud y 2 mm de diámetro, blando, no es biodegradable y de color blanco.

Solo se compone de progestágenos.

Se inserta en el brazo de la usuaria y su duración es de tres años, siendo eficaz desde las 24 horas de su colocación.

☒ **Jadelle:**

Está constituido por dos varillas.

Se puede utilizar hasta 5 años.

Se compone de levogestrol.

Es eficaz desde su implantación.

La colocación de ambos debe llevarla a cabo un ginecólogo.

Se permite su uso en la lactancia materna.

Como contraindicación puede producir un aumento de peso y periodos menstruales irregulares.

Su precio oscila los 200 euros.

☒ **DIU HORMONAL:** Mirena.

Se trata de un sistema de liberación intrauterino que se compone de un plástico en forma de T que se inserta en el útero.

Su duración es de 5 años.

También se utiliza en casos de menorragia idiopática y en la hiperplasia endometrial.

El Jaydess o “minidiu” es similar, pero de menor tamaño y su duración es de 3 años.

El índice de pearl es de 1-3%.

Están contraindicados en los siguientes casos:

☒ Embarazo.

☒ Malformaciones uterinas.

☒ Antecedentes de procesos oncológicos.

☒ Displasias leves.

☒ Dismenorreas importantes.

☒ Enfermedad pélvica inflamatoria.

☒ Enfermedad de Wilson.

Como es obvio lo tiene que colocar un ginecólogo.

☒ ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL:

Existen diferentes medicaciones, estas son:

☒ MÉTODO YUZE: 0.2 mg de EE + 1 mg de LNG, se administra en dos tomas en un intervalo de 12 horas.

☒ DIU DE COBRE: Su inserción se produce hasta 5 días después del coito sin protección y su colocación es dificultosa.

☒ DANAZOL: Son dos dosis con un intervalo de 12 horas en las siguientes 72 horas al coito sin protección.

☒ MIFEPRISTONA (RU 486): Es abortiva y su uso es estrictamente hospitalario.

☒ PÍLDORA DE 1500 mcg de LNG: Norlevo o Postinor: Se puede administrar hasta las 72 horas posteriores al coito sin protección, siendo más eficaz cuanto antes se tome. Actúa inhibiendo la ovulación. No es abortiva, impide la ovulación evitando la concepción. No debe usarse como método anticonceptivo habitual. Produce efectos secundarios como cefalea y metrorragia. Su venta es libre en farmacias.

☒ PÍLDORA DE 30 mg DE ACETATO DE ULIPRISTAL: EllaOne: Se puede usar hasta 5 días después del coito sin protección, siendo mayor su eficacia cuanto antes se tome. Actúa inhibiendo la ovulación. Es más eficaz que la pauta con 1500 mcg.

4 MÉTODOS QUIRÚRGICO. ANTICONCEPCIÓN DEFINITIVA:

En estos casos se valorará bien que la persona quiera someterse a la anticoncepción definitiva, dado que el proceso en la mayoría de los casos es irreversible. Se le explicará bien el proceso y que no volverá a tener hijos.

Los requisitos que te suelen pedir varían según las Comunidades Autónomas, en la Sanidad Pública y son, tener al menos 2 hijos y/o ser mayor de 35 años.

Los métodos son:

☒ **VASECTOMÍA:** Se trata de un proceso quirúrgico en el que se cortan los conductos deferentes, así se produce la eyaculación, pero no hay espermatozoides en el líquido seminal. Se realiza con anestesia local. Es necesario que transcurran 12 semanas o 20 eyaculaciones de media para que los conductos estén libres de espermatozoides.

☒ **LIGADURA DE TROMPAS:** Se trata de un proceso quirúrgico en el cual se bloquean las trompas de Falopio, el procedimiento se produce o atándolas, o se cortan y se cauterizan o se cierran con un anillo o grapa. El proceso es más traumático que la vasectomía.

☒ **MÉTODO ESSURE:** En la actualidad está fuera de utilización por los efectos secundarios que produjo en las mujeres que lo utilizaron.

☒ **MÉTODO ADIANA:** Es un método similar al essure, se coloca un implante en la trompa que produce una lesión en el interior de cada trompa por radiofrecuencia, después se deposita un pequeño dispositivo que creará tejido cicatricial y obstruirá la trompa.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad disponemos de multitud de métodos anticonceptivos, en cada etapa de nuestra vida los utilizaremos según nuestras necesidades, existiendo una gran variedad de métodos, es necesario entender que solo los métodos de barrera protegen de la enfermedad de transmisión sexual, siendo muy importante combinar el preservativo con otros métodos que no sean de barrera si queremos prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

Es necesario un seguimiento eficaz si utilizamos métodos hormonales, asistiendo a las consultas necesarias con nuestro ginecólogo así como analíticas y revisiones periódicas.

Evitar el tabaco es esencial en el caso de métodos hormonales, porque se reduce el riesgo de sufrir tromboembolismos.

6 Bibliografía

- ABC Salud. (2019, febrero 11). Nuevas vacunas contra la hepatitis C. ABC Salud. Nuevas vacunas contra la hepatitis C (abc.es)
- Álvarez, (2010). Comunicación y Sexualidad. Enfermería Global.
- Amezúa, E (2010) Avances en educación sexual. La asignatura de los sexos. Anuario de Sexología.
- Andrés, D. (2012). Manual DAE para la preparación de oposiciones 1 y 2. Ediciones DAE (Grupo Paradigma). Valencia
- Bano, K. (2023). Enfermedad inflamatoria pélvica. MSN. Enfermedad inflamatoria pélvica: síntomas, causas, diagnóstico y tratamientos (msn.com)
- Bano, K. (2023). Tricomoniasis. Microsoft Start. Tricomoniasis: síntomas, causas, diagnóstico y tratamientos (msn.com)
- Bharadwaj, R. (2023). Citomegalovirus. Microsoft Star. Citomegalovirus: síntomas, causas, diagnóstico y tratamientos (msn.com)
- Cabello, F. (2010) Manual de Sexología y terapia sexual. Síntesis.
- Calvache, A. (2015). Perspectiva sistémica de la comunicación humana y sus desórdenes. Revista Ciencias de la Salud, 13, 3. Perspectiva sistémica de la comunicación humana y sus desórdenes (scielo.org.co)
- Candidiasis. (2023, febrero 9). Wikipedia. Candidiasis - Wikipedia, la enciclopedia libre
- Citomegavirus. (2023, marzo 30). Wikipedia. Citomegalovirus - Wikipedia, la enciclopedia libre
- De la Calle-Prieto, F. y otros (2022, septiembre 22). Tratamiento y prevención de la viruela del mono. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2022.08.001>
- Enfermedad pélvica inflamatoria. (2022, diciembre 21). Wikipedia. Enfermedad pélvica inflamatoria - Wikipedia, la enciclopedia libre
- Equipo Editorial, Etecé. (2022, agosto, 12). Relaciones Concepto. Relaciones Interpersonales - Concepto, tipos, ejemplos e importancia
- Fernández, A. (s.f.). Molusco contagioso. Urologoenvivo. El molusco contagioso. Una enfermedad vírica - Urólogo en Vigo y Ourense (urologoenvivo.com)
- Fornés, J. (2005) Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Planes de Cuidados. Editorial Médica Panamericana.
- García, F. y Medina, F.J. (2011). Atención al paciente con alteraciones inmunológicas, nefrourogenitales, dermatológicas, oftalmológicas y otorrinolaringológicas. FUDEN.
- Goldsmith, C.S. (2022, mayo 21). La viruela del mono: qué es, cómo se contagia, quién está en riesgo y cómo protegerse. Naciones Unidas. La viruela del mono:

qué es, cómo se contagia, quién está en riesgo y cómo protegerse | Noticias ONU (un.org)

González Merlo, J. (2006). Tratado de obstetricia. (5ª edición). El Servier.

Hepatitis. (2023, marzo 10). Wikipedia. Hepatitis - Wikipedia, la enciclopedia libre

Infección por el VIH (who.int)

Iglesias, J.L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. 12, 2, 88-93. 1.Iglesias.indd (pediatriaintegral.es)

La Vanguardia (2019, junio 7). ¿Qué es la tricomoniasis? | Síntomas, causas y cómo tratar la enfermedad. La Vanguardia. Trichomonas vaginalis: ¿Qué es? | Síntomas, causas y cómo tratar la enfermedad (lavanguardia.com)

Mayo Clinic (2022, junio 11). Enfermedad inflamatoria pélvica. Mayo Clinic Enfermedad inflamatoria pélvica - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic

Mayo Clinic (2022, septiembre 22). Sarna, Síntomas y causas. Mayo Clinic. Sarna - Síntomas y causas - Mayo Clinic

Mayo Clinic (2023, enero 6). Piojos púbicos (ladillas). Mayo Clinic. Piojos púbicos (ladillas) - Síntomas y causas - Mayo Clinic

Mayo Clinic. (2023, enero 11). Candidosis vaginal. Mayoclinic. Candidosis vaginal - Síntomas y causas - Mayo Clinic

Medline Plus (2022, febrero 17). Citomegalovirus. Medline Plus. Citomegalovirus: MedlinePlus en español

Michail S. Lionakis, M.D. y Lance, E. (2021, febrero 22). Candidiasis vaginal. Oficina para la salud de la mujer. Candidiasis vaginal | Oficina para la Salud de la Mujer (womenshealth.gov)

Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (s.f.). Viruela del mono. [Vídeo]. You Tube-Viruela del Mono - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile (minsal.cl)

Munné, A. (2019, enero 23), Candidiasis vaginal: qué es, causas y tratamiento. Promofarma.Candidiasis vaginal: qué es, causas y tratamiento | Consejos de salud, belleza y bienestar | Blog PromoFarma

National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Division of Viral Diseases (2020, agosto 18). Acerca del citomegalovirus (CMV). CDC. Acerca del citomegalovirus y la infección congénita por CMV | CDC

Organización Mundial de la Salud. (2022, marzo 10). Virus del herpes simple. OMS. Virus del herpes simple (who.int)

Organización Mundial de la Salud. (2022, junio 24). Hepatitis D. OMS. Hepatitis D (who.int)

Organización Mundial de la Salud. (2022, julio 27). Infección por el VIH. OMS. VIH/sida - Síntomas y causas - Mayo Clinic

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). Tricomaniasis. OPS.Tricomoniasis - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

Pilar, S.A. (2022, julio 30). Qué es la viruela del mono, cómo se contagia en humanos y cuáles son sus síntomas. RTVE. Viruela del mono: Qué es, cómo se contagia y síntomas (rtve.es)

Piojos. (2019, febrero 24). Enfermedades que causan los piojos. “Especies más peligrosas”. Piojosguía. ENFERMEDADES QUE CAUSAN LOS PIOJOS » Especies más peligrosas - (piojosguia.com)

Pritish K. Tosh, M.D (2023, febrero 8). Viruela del mono: qué es y cómo se puede prevenir. Mayo Clinic. Viruela del mono: ¿qué es y cómo se puede prevenir? - Mayo Clinic

Roberts, M. (2022, mayo 26). Viruela del mono: cómo saber si tienes esta u otra enfermedad que provoca síntomas similares en la piel. BBC. Viruela del mono: cómo saber si tienes esta u otra enfermedad que provoca síntomas similares en la piel - BBC News Mundo

Saceda, D. ((2023, marzo 27). Molusco contagioso. Webconsultas. Tratamiento del molusco contagioso: cómo eliminarlo (webconsultas.com)

Sánchez, E. y otros (2017). Cuidados de enfermería en atención primaria y especializada (volumen II). SATSE.

Sarna. (2023, marzo 20). Wikipendia. Sarna - Wikipedia, la enciclopedia libre

Sofosbuvir. (2022, diciembre 10). Wikipedia. Sofosbuvir - Wikipedia, la enciclopedia libre

Songhai, M.D (2022, diciembre 30). Enfermedad inflamatoria pélvica. Oficina para la Salud de la Mujer. Enfermedad inflamatoria pélvica | Oficina para la Salud de la Mujer (womenshealth.gov)

Trichomonas vaginalis. (2022, noviembre 27). Wikipedia. Trichomonas vaginalis - Wikipedia, la enciclopedia libre

Capítulo 9

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL

VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO

INMACULADA RODRIGO CAMACHO

NOELIA RIVERA TEJERO

FADWA EL BALGHITY MOUATADIR

1 Introducción

La citología vaginal, también conocida como citología cervical, citología de cérvix, frotis de cérvix o prueba de Papanicolaou, consiste en la prueba de cribado de elección realizada en la mujer para detectar a tiempo el cáncer de cuello de útero y mejorar así su pronóstico. También sirve para detectar otras anomalías como son las infecciones o inflamación causadas por bacterias, hongos o virus como es el virus del papiloma humano (VPH) reconocido como principal agente causal del cáncer de cérvix.

Desde los años 80, en la mayoría de comunidades autónomas, se lleva realizando el screening del cáncer de cérvix a través de la citología vaginal a mujeres entre los 25 y 65 años y antes o después si tienen factores de riesgo o síntomas/signos clínicos de dicha enfermedad.

La citología vaginal, en un principio era un procedimiento realizado por matronas y ginecólogas, no obstante, a lo largo del tiempo, también se incluyó a los profesionales de enfermería para la realización de la citología vaginal, constituyendo hoy en día profesionales fundamentales y de referencia en la prevención y diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero, liderando su cribado en España.

Enfermería realiza a través de la educación para la salud, la prevención del virus del papiloma humano, cuya principal fuente de contagio es la sexual, y así previene también el cáncer de cuello de útero, pues el VPH, como hemos dicho anteriormente, es la principal causa para el desarrollo de dicho cáncer. Además de la prevención, se encarga de planificar el cribado llevando a cabo la preparación antes de la prueba con una serie de recomendaciones que la mujer debe de seguir para que la prueba sea válida, revisa y prepara los materiales para que se encuentren en perfecto estado para realizar la citología, resuelve dudas y preocupaciones dentro de sus competencias y también se encarga de realizar la técnica de la citología o en caso contrario colabora con sus cuidados de enfermería con la matrona o ginecóloga e identifica y envía las muestras recogidas.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste y el procedimiento de la citología vaginal.
- Exponer las funciones y cuidados que realizan los profesionales de enfermería en una citología vaginal.

3 Metodología

El método de estudio seguido en este capítulo, ha sido la revisión bibliográfica a través de la búsqueda de las distintas publicaciones científicas existentes. Se ha llevado a cabo una investigación a través de distintas bases de datos como son Medline, Scielo, google académico y en páginas web oficiales y libros.

4 Resultados

La citología cervico-vaginal o prueba de papanicolau, consiste en recoger células del cuello uterino, extremo inferior del útero que está arriba de la vagina, para determinar su apariencia, cómo se forman y cómo funcionan dichas células

para poder detectar cáncer del cuello de útero o procesos precancerosos. También sirve para buscar infecciones vaginales o uterinas a través de las células. Esta prueba se diferencia de una biopsia en que en la citología únicamente examinan células y no pedazos de tejido como ocurre en la biopsia.

El cáncer de cuello de útero es causado por el crecimiento anómalo e incontrolado de las células en el cérvix. El virus del papiloma humano, es una enfermedad de transmisión sexual que si es producida por serotipos de alto riesgo, pueden desarrollar cáncer de cuello de útero. Los serotipos 16 y 18 del VPH, son los responsables del 80% de los cánceres de cuello de útero e incluso en un 99% según los resultados encontrados en otras publicaciones.

El programa de screening del cáncer de cuello de útero, ha demostrado ser muy útil en la prevención y en la mejora del pronóstico de dicho cáncer al detectar zonas con células precancerosas y diagnosticar el cáncer de cuello de útero en estadios muy precoces cuando es más fácil de tratarlo. Este programa lo componen profesionales sanitarios como son los enfermeros/as que se encargan de concienciar a las mujeres de llevar a cabo controles periódicos a través de la educación para la salud.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y diversos estudios realizados a través de un seguimiento a las mujeres en distintas edades, aconsejan que todas las mujeres asintomáticas, se deben de realizar una citología a partir de los 25 años de edad y repetirse cada 3 años si se tiene entre 25 y 30 años y cada 5 años desde los 30 hasta los 65 años y siempre que el resultado sea negativo. Se puede realizar antes o después de la edad recomendada y hacer citologías más a menudo si posee signos o síntomas como sangrado o poseer factores de riesgo como infección por el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH), debilidad del sistema inmunitario, poseer ya un resultado positivo de una citología previa con un diagnóstico del VPH o de cáncer de útero.

- Recomendaciones antes de la citología que realizará la enfermera/o al paciente:
 - Haber finalizado la regla 3 o 4 días antes de la realización de la citología.
 - Lavarse con agua y jabón neutro de manera externa, no hacer lavados internos ni emplear medicamentos vía vaginal ni cremas ni jabones las 48 horas antes.
 - No mantener relaciones sexuales durante las 48 horas antes.
 - No haber sido realizada ninguna exploración vaginal en las 48 horas previas.
- Material necesario que debe de preparar y revisar enfermería para que se en-

cuentre en perfecto estado antes de utilizarle:

- Camilla ginecológica.
- Espéculo vaginal desechable.
- Guantes estériles.
- Cepillo colector endocervical.
- Espátula de Ayre para toma exocervical.
- Frasco con líquido conservante.

• Procedimiento de la citología vaginal en medio líquido:

La enfermera, matrona o ginecóloga, se encargará de lo siguiente:

- Se informará a la paciente sobre la necesidad del procedimiento a realizar y se aportará el consentimiento informado para que lo firme.
- Se resolverán dudas y se aportará tranquilidad.
- Ayudaremos a la mujer a colocarla en posición ginecológica en la camilla.
- Antes de colocar el espéculo, inspeccionamos con los guantes puestos el área perineal valorando la zona si es de color diferente o hay alguna secreción, sangrado o bulto.
- Abrir los labios mayores e introducir el espéculo hasta el fondo de la vagina en posición oblicua y fijarlo. La muestra se debe de recoger de la zona de unión del exocérvis y endocérvis que es la zona donde más frecuentemente se origina el cáncer de cuello de útero, evaluar la zona.
- Se realiza una primera toma endocervical: mediante el cepillo colector y realizando un movimiento de rotación en sentido contrario a las agujas del reloj.
- Se realiza una segunda toma exocervical: Se realiza del exocérvis mediante la espátula de Ayre que se apoya en el cuello del útero y se realiza un movimiento de arrastre en el sentido de las agujas del reloj no realizando más de dos giros.
- Se retira el espéculo del paciente.
- Introducir la espátula y el cepillo de recogida en el frasco con líquido conservante. Agitar vigorosamente en el líquido unas 10 veces y retirar el cepillo y espátula rápidamente.
- Identificar los datos en el frasco y en la hoja de petición de estudio.
- Remitir al servicio de Anatomía patológica para su proceso, diagnóstico e informe.
- Se dará por terminado el procedimiento pudiendo la paciente vestirse y aclarar posibles dudas e informarla de que después de la citología puede llevar a cabo una vida completamente normal pero puede sentir ligero dolor o presión y ligero sangrado.

- Se informará a la paciente cuando estén los resultados y de la importancia de seguir con el cribado en la frecuencia de años correspondientes y dependiendo del resultado de la citología.

El 93% de los cáncer de cuello de útero son prevenibles gracias a la prevención sanitaria que se lleva a cabo por los profesionales sanitarios donde enfermería participa en:

- Prevención primaria: Vacunación frente a VPH y educación sanitaria frente a las enfermedades de transmisión sexual.
- Prevención Secundaria: Realización de citologías.
- Prevención terciaria: Cuidados de enfermería una vez confirmado el diagnóstico del cáncer de cuello de útero donde enfermería participa con sus cuidados en la cirugía, radioterapia y/o quimioterapia.

5 Discusión-Conclusión

- Hay que resaltar la importancia de los programas de screening, ya que nos permiten prevenir o diagnosticar de manera precoz diversos cánceres, en este caso el cáncer de cuello de útero a través de la citología vaginal realizada de manera sistemática según un rango de edades y factores de riesgo a las mujeres. Considerándose así a la citología vaginal como el método inicial y de elección para el diagnóstico del cáncer de cuello de útero.
- Los profesionales de enfermería son muy importante en estos programas debido a su papel clave en la detección, prevención y diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero, ya que se encuentran desde el inicio del programa y no sólo llevan a cabo la técnica de la citología vaginal, también se encargan de prevenir el virus del papiloma humano y cáncer de cuello de útero a través de la educación para la salud, vacunas, cuidados, etc., planifican dichos programas, realizan la preparación previa al procedimiento e instrucciones posteriores, resuelven dudas y temores dentro de sus competencias, y por último cursan las muestras recogidas de la citología.
- Como profesionales de enfermería, debemos de concienciar a la población de realizarse dichos programas de cribado del cáncer de cuello de útero, ya que puede salvar vidas.

6 Bibliografía

1. Biblioteca Nacional de Medicina. MedlinePlus. Evaluación citológica. [actualizada el 30 de Julio de 2021; acceso 20 de julio de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002323.htm>
.
2. Campiño Valderrama SM. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de citología vaginal en estudiantes universitarias. Revista Cubana de Enfermería. [revista en Internet] 2017 [Acceso 20 de Julio de 2023];33(3):[496-508]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192017000300008&script=sci_arttext
.
3. Rodríguez Valiente S, Jara Valiño FJ, Romero Barranco M. Técnicas de Enfermería: La citología vaginal. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com; 17 Junio, 2017. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tecnicas-de-enfermeria-citologia-vaginal/>
.
4. Calderón Martín P. ¿Cuándo hacer una citología?. Infografía presentada en 1er Concurso Nacional de Infografías Sanitarias Enfermerinnova. REVISTA OCRONOS; 30 Enero, 2020. Disponible en: <https://revistamedica.com/cuando-hacer-una-citologia/>
.
5. MAYO CLINIC. Prueba de Papanicolaou. [sedeWeb]. [actualizada el 18 de Junio de 2022;acceso 21 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/pap-smear/about/pac-20394841>
.

Capítulo 10

LA ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS: EL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

AITANA SERRANO BUITRAGO

PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS

CARMEN BARBA SANCHEZ

CARMEN CALIXTO PEREZ

NATALIA SERNA VILLAMAYOR

1 Introducción

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica y crónica de etiología multifactorial en la que el organismo no produce la cantidad suficiente de insulina o no responde con normalidad a esta, lo que provoca niveles de glucosa elevados en la sangre. La Diabetes Mellitus es un grave problema de salud pública en todo el mundo por su alta prevalencia, su morbilidad y mortalidad y la gran cantidad de recursos utilizados para combatirla.

En la Diabetes Mellitus la alimentación se configura como el factor clave en el que se basa el tratamiento y, a veces, el único tratamiento en sí mismo que necesitará el paciente. Sin embargo, y a pesar de la importancia de la dieta para el control de esta enfermedad, no existe una dieta específica para la diabetes, sino

la recomendación de una alimentación sana y adecuada tal y como se podría recomendar a cualquier individuo y a la que el paciente diabético, con más razón, debe adherirse. El paciente diabético debe seguir una serie de recomendaciones nutricionales que incluyen normas flexibles que le permitan conservar dentro de los rangos recomendados todos los valores nutricionales y el control de su enfermedad.

El profesional de enfermería, como parte del equipo multidisciplinar encargado de la asistencia al paciente con diabetes, es el encargado de educar, informar y asegurarse de que el paciente adquiera los conocimientos necesarios para adaptar la alimentación a su forma de vida. Esto exige de una planificación en la que se establezcan unos objetivos individuales y la personalización de las normas nutricionales de una alimentación sana.

2 Objetivos

Describir la importancia de la alimentación en el manejo de la Diabetes Mellitus para mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

Resaltar el papel del profesional de enfermería como educador y asesor nutricional, proporcionando una asistencia personalizada que permita a los pacientes adaptar su alimentación a sus necesidades para garantizar un mejor control metabólico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además, se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “nutrición y diabetes” o “enfermería y diabetes”.

4 Resultados

La alimentación es un componente fundamental en el tratamiento de la diabetes. El objetivo fundamental del profesional de enfermería es proporcionar la educación necesaria que permita el acercamiento del patrón de alimentación del pa-

ciente hacia un patrón de alimentación equilibrado, capacitándolo en el control metabólico de la Diabetes Mellitus. Junto a este objetivo, se tratará de mantener el nivel de glucemia lo más próximo posible al considerado nivel normal buscando un equilibrio entre el consumo de alimentos y la insulina oral y el ejercicio físico, el suministro de la cantidad de calorías necesarias para mantener un peso adecuado, mantener un nivel de lípidos plasmáticos correcto, así como la atención a las complicaciones agudas de la diabetes.

Dentro del suministro de calorías, el cálculo de calorías ayudará al paciente a mantener un peso ideal o alcanzarlo, calculándolo dependiendo su edad, su peso, o su actividad física. Así, el paciente obeso y sedentario necesitará una dieta baja en calorías que provocará que su metabolismo use sus depósitos de grasas y el paciente con bajo peso necesitará una dieta con mayor aporte de calorías. Es decir, se aplicarán las mismas recomendaciones nutricionales que a cualquier otro individuo que quiera alcanzar o mantener un peso ideal.

Según el tipo de nutriente o producto alimentario se realizan las siguientes recomendaciones:

- **Carbohidratos:** La aportación de carbohidratos en la dieta del diabético deberá mantenerse entre 50 % y el 60% de las calorías totales, aunque este porcentaje podría variar dependiendo de los hábitos de alimentación del paciente y del objetivo de control glucémico y lipídico recomendado. Esta aportación es conveniente que provenga de alimentos como los cereales, las legumbres, las frutas y las verduras, evitando la aportación que provenga de los azúcares solubles como el azúcar común. Además de elegir correctamente la fuente de los hidratos de carbono consumidos, hay que prestar atención a la distribución de su ingesta a lo largo del día coordinando el consumo de hidratos de carbono con la actividad de la insulina, para, con ello, evitar que suba la glucemia.
- **La fibra:** El consumo de fibra recomendable se está entre 20 y 25 gramos al día. La fibra es beneficiosa en la prevención y el tratamiento de distintas patologías gastrointestinales, además, la fibra soluble posee efectos beneficiosos sobre el nivel de lípidos plasmáticos.
- **Micronutrientes:** En cuanto a las vitaminas y a las sales minerales, la aportación recomendada se realiza alimentación sana y variada, por lo que será necesario la aportación de suplementos en casos muy específicos.
- **Proteínas:** En cuanto al aporte de proteínas recomendado, este será de entre 10-20% del contenido calórico de la dieta, preferentemente de origen vegetal frente al de origen animal por el alto índice que contienen de grasas saturadas.
- **Grasas:** El aporte de grasas recomendado dependerá del peso del individuo y de los valores establecidos de glucemia, lípidos. Para pacientes con peso y lípidos

normales, el 30 % de las calorías pueden proceder de las grasas.

- **Edulcorantes:** La elección también es importante, la fructosa tiene el mismo aporte que la glucosa, pero produce un menor aumento de la glucemia, por ello su consumo puede ofrecer ciertas ventajas para el paciente diabético.
- **Alcohol:** El consumo moderado (de 10a 20 g.) al día no tiene efectos sobre la glucemia, por lo que el paciente diabético puede consumirlo en estos términos. Sin embargo, y debido a que el alcohol aumenta el riesgo de hipoglucemia los pacientes tratados insulina o hipoglucemiantes orales deben conocer los riesgos de su consumo.

5 Discusión-Conclusión

La Diabetes Mellitus es un gran desafío para la salud pública por su alta prevalencia y por las consecuencias que conlleva. La alimentación es un factor fundamental a contemplar en el manejo de esta enfermedad, y es el profesional de enfermería quien puede representar un papel clave en el asesoramiento y en la educación nutricional a los enfermos que la padecen.

Además de la adopción de una dieta sana y equilibrada, la individualización de las pautas nutricionales, junto con la educación sobre la interacción entre la alimentación, la insulina y la actividad física, el objetivo es el mantenimiento de los niveles de glucemia cercanos a lo normal, previniendo complicaciones agudas y mejorando el pronóstico de los pacientes afectados. La colaboración entre el paciente y el equipo multidisciplinar, con el profesional de enfermería como apoyo, resulta esencial para enfrentar de manera eficaz este importante problema de salud pública.

6 Bibliografía

1. Mellitus D. ENFOQUE NUTRICIONAL EN LA [Internet]. Elsevier.es. [citado el 21 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=X0716864009322778&r=202>
2. de Salud SA. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS [Internet]. Aragon.es. [citado el 21 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/89933908/Plan+de+cuidados+de+enfermer%C3%ADa+en+el+paciente+con+diabetes+mellitus.pdf/8c35f85a-ca74-b7e8-51b8-a34fe4184459?t=1622017981991>
3. Sistemática R. EFECTO DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA MEDIANTE EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL

PIE DIABÉTICO [Internet]. Universidadeuropea.com. [citado el 21 de julio de 2023]. Disponible en: https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/1476/tfg_Guisado%20Marina.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Capítulo 11

EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS. PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

NATALIA SERNA VILLAMAYOR

AITANA SERRANO BUITRAGO

PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS

CARMEN BARBA SANCHEZ

CARMEN CALIXTO PEREZ

1 Introducción

Es denominado elemento citostático a todas aquellas sustancias y medicamentos que son capaces de impedir o inhibir el crecimiento de los neoplasmas o tumores, impidiendo la maduración y posible multiplicación de las células malignas, su poder de actuación es ejercida en las etapas específicas del ciclo celular y por ello, realizarán su actividad frente a las células que se hallen en la fase de división.

Las células cancerosas se pueden reproducir y crecer de manera muy rápida y exponencial, y es por ello que, los medicamentos y fármacos que se usan en el tratamiento de la quimioterapia, en general, son los que atacan las células de crecimiento rápido, interactuando de esta manera en la síntesis de las proteínas celulares, ejerciendo la acción con el ADN e incluso el propio ARN. A actuar sobre todas las células, los fármacos utilizados en la lucha contra tumores cancerígenos,

las células normales de los tejidos de renovación rápida pueden verse también afectadas, lo que deriva en nocivos efectos secundarios.

La extravasación es la salida de un fármaco no causada con intencionalidad, se puede producir por los condicionantes intrínsecos de los propios vasos sanguíneos o por el desplazamiento de la cánula o aguja fuera de la vena. Este desplazamiento es una de las mayores complicaciones que pueden surgir durante el proceso de administración de citostáticos que pueden llegar a afectar la extremidad del paciente afectando su funcionalidad de manera aguda o permanente.

2 Objetivos

Explicar la prevención y actuación del personal de enfermería en lo referente a la hora de la administración de medicamentos citostáticos.

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

En número de casos de extravasación de citostáticos se sitúa entre el 0,1 al 7 % de todas las infusiones intravenosas periféricas. La extravasación puede ser muy grave, ya que los tejidos por los que el medicamento entra tienen escaso poder de neutralización lo que puede causar daños y llegar a producir necrosis. El nivel del daño depende de la dosis del fármaco extravasado, el nivel de concentración, tiempo transcurrido de exposición y área en la que ocurre.

Factores para la prevención:

- Las vías de administración preferentes serán los reservorios, accesos vasculares centrales y los centralizados, teniendo en consideración el sitio del catéter periférico sería en las venas del antebrazo, intentando evitar el dorso de la mano y las zonas de flexión de miembros.
- Se deberá elegir el calibre adecuado de la cánula.

- Antes de la infusión, se verificará la permeabilidad de los accesos, probando con soluciones isotónicas el retorno venoso.
- Se adecuará el ritmo y la velocidad de la infusión.
- Si se tuviera que administrar más de un fármaco, se realizará el lavado correspondiente entre uno y otro para prevenir la interacción.

Podemos sospechar de extravasación cuando:

El paciente siente picor, dolor y quemazón, por lo que deberemos observar si en el área de administración se evidencia hinchazón, eritema, piel muy caliente...

Actuación en caso de extravasación:

- Identificar el citostático extravasado, actuando de manera rápida y eficaz, se aplicarán las medidas específicas e inespecíficas, para intentar neutralizar el fármaco extravasado.
- Detener la infusión del fármaco y avisar al correspondiente facultativo.
- Aspirar la mayor cantidad del medicamento extravasado antes de la retirada del catéter.
- Aplicar el kit de extravasación dotado con: Dimetilsulfóxido al 99 %, ungüento de hidrocortisona, jeringas y agujas, Hidrocortisona de 100 mg IV, compresas para aplicar frío y/o calor y guantes estériles.
- Aplicar los antidotos pautados por el médico.
- Marcar los bordes de la zona extravasada para evaluar su avance.
- La extremidad afectada deberá permanecer elevada por encima del nivel del corazón 48 horas.
- Se observarán posibles lesiones durante las primeras 24 y 48 horas, así como en los días posteriores.

5 Discusión-Conclusión

Según los resultados que hemos obtenido en el estudio e investigación sobre administración de citostáticos y posible extravasación, podemos llegar a la conclusión de que el personal de enfermería ha de estar debidamente instruido en la administración de estos específicos fármacos, actualizándose periódicamente, ya que es muy importante saber proceder de manera rápida y adecuada, además de conocer los protocolos del centro sanitario en casos de extravasación.

Los pacientes oncológicos que reciben tratamiento con quimioterapia intravenosa, tienen que recibir unos cuidados específicos, para los que el personal de enfermería deberá estar capacitado para detectar y actuar a tiempo y en consecuencia y así minimizar posibles consecuencias graves en la administración de

fármacos citostáticos.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Extravasación de citostáticos. Actuación desde enfermería [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado el 22 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/extravasacion-de-citostaticos-actuacion-desde-enfermeria/>
2. Interterritorial C, Sistema D, De Salud N, Ministerio, Sanidad DE, Consumo Y. PROTOCOLOS DE VIGILANCIA SANITARIA ESPECÍFICA [Internet]. Gob.es. [citado el 22 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/Agentescitostaticos.pdf>
3. Cáncer y extravasación de citostáticos [Internet]. Enfermeriadeciudadreal.es. [citado el 22 de julio de 2023]. Disponible en: <https://enfermeriadeciudadreal.es/cancer-y-extravasacion-de-citostaticos/>

Capítulo 12

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO

SARA MELLADO GARCIA

LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE

ALEJANDRO BÓGALO GALLEGO

1 Introducción

El síndrome de burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional, es un fenómeno psicosocial que afecta a individuos que experimentan altos niveles de estrés crónico en el ámbito laboral. Se caracteriza por una sensación de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Este síndrome en los profesionales sanitarios puede surgir debido a una combinación de factores relacionados con la naturaleza misma del trabajo en el ámbito de la salud y el entorno laboral en el que se desempeñan.

Los sanitarios a menudo enfrentan una gran responsabilidad y deben tomar decisiones difíciles que pueden tener un impacto significativo en la vida de los pacientes. Esta presión y responsabilidad constante pueden aumentar el estrés y la fatiga emocional.

Están expuestos a situaciones emocionalmente intensas y difíciles, como el cuidado de pacientes gravemente enfermos o terminales, la pérdida de pacientes o la lucha contra enfermedades graves. Estas experiencias pueden afectar profundamente la salud emocional del profesional y aumentar el riesgo de burnout.

Algunos de los principales factores que contribuyen al surgimiento del síndrome de burnout en los sanitarios incluyen que los profesionales sanitarios a menudo se enfrentan cargas de trabajo excesivas, largas jornadas laborales y una gran cantidad de responsabilidades. La presión constante para atender a un gran número de pacientes.

Esta condición puede tener consecuencias negativas tanto para los sanitarios como para las organizaciones, afectando el bienestar, el rendimiento laboral y la salud en general. En este estudio bibliográfico, se analizarán diferentes medidas de prevención del síndrome de burnout con el objetivo de comprender su eficacia y aplicabilidad en el contexto laboral.

2 Objetivos

Algunos objetivos a tener en cuenta en esta investigación son:

- Identificar las principales estrategias de prevención del síndrome de burnout aplicadas en diferentes contextos laborales sanitarios.
- Proporcionar recomendaciones para la implementación de programas de prevención del síndrome de burnout en el entorno laboral sanitario.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio bibliográfico, se realizó una revisión sistemática de la literatura científica disponible en bases de datos Pudmed y ELSEVIER. Se utilizaron términos de búsqueda relevantes, como "prevención del agotamiento", "intervenciones en el lugar de trabajo", "manejo del estrés" y "entorno sanitario". Se seleccionaron artículos y estudios que abordan específicamente las medidas de prevención del síndrome de burnout en el ámbito laboral sanitario.

4 Resultados

Los resultados de la revisión bibliográfica revelan que existen diversas medidas de prevención del síndrome de burnout en el ámbito sanitario y así proteger la salud y bienestar de los profesionales de la salud. Algunas de las medidas de prevención del síndrome de burnout en el ámbito sanitario incluyen:

- Programas de capacitación y formación: Proporcionar programas de capacitación en manejo del estrés, habilidades de afrontamiento y gestión del tiempo

puede ayudar a los profesionales sanitarios a lidiar con las demandas laborales y reducir el estrés.

- Apoyo y comunicación: Fomentar una cultura de apoyo y comunicación abierta entre el personal de la salud es fundamental para prevenir el burnout. Establecer canales de comunicación efectivos para que los profesionales puedan expresar sus preocupaciones y recibir apoyo emocional.
- Distribución equitativa de la carga de trabajo: Evitar sobrecargar a los profesionales con una excesiva cantidad de trabajo y distribuir las tareas de manera equitativa puede reducir el estrés y el agotamiento.
- Establecer límites y horarios adecuados: Fomentar el establecimiento de límites claros entre el trabajo y la vida personal y promover horarios adecuados puede ayudar a evitar el agotamiento físico y emocional.
- Reconocimiento: Reconocer y valorar el gran trabajo y dedicación del personal de la salud puede aumentar su satisfacción laboral y motivación.
- Promover el autocuidado: Fomentar la práctica del autocuidado entre los profesionales sanitarios, como el ejercicio regular, la práctica de técnicas de relajación y la búsqueda de actividades de ocio, puede ayudar a reducir el estrés y la fatiga.
- Gestión adecuada del tiempo: Ayudar al personal de la salud a gestionar su tiempo de manera efectiva puede disminuir la presión y el estrés asociados con las exigencias laborales.
- Crear un ambiente de trabajo positivo: Promover un ambiente de trabajo positivo y colaborativo, donde el respeto y la empatía sean fundamentales, puede mejorar la satisfacción laboral y reducir el riesgo de burnout.
- Acceso a servicios de apoyo psicológico: Proporcionar acceso a servicios de apoyo psicológico y de salud mental puede ser crucial para aquellos profesionales que enfrentan altos niveles de estrés y que pueden estar en riesgo de desarrollar burnout.
- Monitoreo y detección temprana: Implementar mecanismos para monitorear el bienestar emocional del personal de la salud y detectar signos tempranos de burnout puede ayudar a intervenir a tiempo y brindar apoyo adecuado a quienes lo necesiten.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las medidas de prevención del síndrome de burnout en el ámbito sanitario son fundamentales para proteger la salud y el bienestar de los profesionales de la salud, así como para garantizar una atención de calidad a los pacientes. El síndrome de burnout es una problemática seria y extendida entre los traba-

jadadores de la salud debido a las altas demandas emocionales y físicas del trabajo y la exposición a situaciones emocionalmente desafiantes.

Las medidas de prevención son variadas y se centran en abordar los factores que contribuyen al surgimiento del burnout. Fomentar una cultura de apoyo y comunicación abierta, así como brindar programas de capacitación y formación en manejo del estrés y habilidades de afrontamiento, puede ayudar a los profesionales de la salud a lidiar de manera más efectiva con las demandas laborales y reducir el estrés.

Es esencial establecer límites adecuados y promover horarios equilibrados para evitar la sobrecarga de trabajo y permitir un adecuado descanso y autocuidado. Reconocer y valorar el arduo trabajo de los profesionales de la salud, así como crear un ambiente de trabajo positivo y colaborativo, también son medidas importantes para mejorar la satisfacción laboral y prevenir el burnout.

Además, garantizar el acceso a servicios de apoyo psicológico y de salud mental puede ser crucial para aquellos profesionales que enfrentan altos niveles de estrés y que pueden estar en riesgo de desarrollar burnout.

En general, la implementación adecuada de estas medidas de prevención en el ámbito sanitario puede ayudar a reducir la incidencia del síndrome de burnout, mejorar la salud y bienestar de los profesionales de la salud, y promover una atención de calidad y segura para los pacientes. La prevención del burnout debe ser una prioridad en el ámbito de la salud para asegurar el bienestar tanto de los trabajadores como de aquellos a quienes atienden.

6 Bibliografía

- 1.Carmona-Cobo, I., Carretero-Accame, M. E., & Llorens-Vidal, J. (2016). Prevención del síndrome de burnout en profesionales sanitarios a través del entrenamiento en mindfulness. *Atención Primaria*, 48(3), 200-207.
- 2.Molina, A. C., Llor, E. I., Moncada, S. B., & Gázquez, J. J. (2016). Factores de riesgo psicosocial en el desarrollo del síndrome de burnout en docentes. *Anales de Psicología*, 32(2), 551-561.

Capítulo 13

FUNCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS

CARMEN BARBA SANCHEZ

CARMEN CALIXTO PEREZ

NATALIA SERNA VILLAMAYOR

AITANA SERRANO BUITRAGO

PATRICIA GONZÁLEZ ARIAS

1 Introducción

Los traumatismos oculares se pueden definir como agresiones que pueden ser ocasionadas por agentes mecánicos (cuerpos extraños, golpes, arañazos...), químicos (ácidos, disolventes...) y físicos (líquidos hirviendo, llamas...) producidas en el globo ocular que pueden ocasionar lesiones leves y graves en las que se puede producir pérdida de visión.

Los síntomas generados por traumatismos oculares, pueden ser, entre otros; alteración de la presión intraocular, exoftalmos, alteración del campo visual, fotofobia, dolor, lagrimeo, diplopía...

El tratamiento de estos traumatismos va a depender del tipo de lesión y de su gravedad. Los cuidados de los profesionales de enfermería ante las lesiones más comunes y de mayor levedad son:

- Informar al paciente del proceso, comprobando si presenta alergias a los materiales y medicación que se vaya a utilizar
- Lavado ocular inmediato y retirada de cuerpo extraño, si fuera el caso.
- Administrar medicación oftálmica, comprobando que es la correcta, su caducidad y forma de aplicación, para ello realizaremos la higiene de manos, nos pondremos los guantes y procederemos a lavar el ojo con suero fisiológico y gasas estériles, para ello indicaremos al paciente para que se tumbe sobre su espalda (decúbito supino) o sentado con la cabeza hacia atrás, aplicamos el tratamiento administrando las gotas prescritas por el médico en el saco conjuntival, esperaremos 5 minutos e instilaremos los colirios.
- Instruiremos al paciente de la posología de administración de medicamento si fuera necesaria.

2 Objetivos

- Explicar el papel y función que los profesionales en enfermería tienen en la asistencia de las urgencias causadas traumatismos oculares.

3 Metodología

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica, se ha llevado a cabo una investigación de la literatura existente sobre este tema. Se ha realizado una búsqueda sistemática consultando artículos en las principales bases de datos: Scielo, Medline, Google académico y Pubmed, seleccionando artículos tanto en español como en inglés, con texto completo y utilizando como palabras clave: “traumatismos oculares”, “urgencias”, “enfermería”, “oftalmología”.

4 Resultados

La mayoría de los traumatismos oculares que llevan a los servicios de urgencias son los de tipo globo cerrado: cuerpos extraños superficiales, golpes, contusiones, hemorragias subconjuntivales, erosiones corneales, quemaduras químicas, queratitis actínica y lesiones periorbitarias, los traumatismos de globo abierto son menos frecuentes.

Cuando existen cuerpos extraños y erosiones corneales y conjuntivales pueden estar en la córnea, en el fondo del saco o en la conjuntiva, produciendo lagrimeo,

sensación de cuerpo extraño, fotofobia, dolor y enrojecimiento del ojo. Las patologías más graves que nos podemos encontrar son las quemaduras por químicos (lejías, amoníaco, líquidos abrasivos... ya que penetran rápidamente en el interior del ojo) Las lesiones más graves son producidas por las sustancias y lesiones de globo abierto con fracturas orbitarias que no permiten dirigir la mirada hacia arriba, producen disminución de la agudeza visual, dolor que no remite tras la administración de anestésico tópico, miodesopsias, destellos de luz, hemorragia vítrea, alteraciones del movimiento ocular, laceraciones profundas en párpado y conjuntiva. Estas lesiones necesitan la actuación urgente del oftalmólogo.

Como vemos el profesional de enfermería ha de conocer los signos y síntomas de las lesiones, para distinguir la gravedad y actuar de una manera u otra. La valoración del traumatismo se inicia con la anamnesis y la exploración ocular por el personal de enfermería, preguntando cómo ha ocurrido y así poder orientarse de posibles lesiones internas. el examen ocular debe ser realizado explorando la zona anterior a la córnea y la conjuntiva, realizando la eversión de los párpados, y comprobando reactividad pupilar, la movilidad y agudeza visual. Las funciones y actuaciones más habituales del personal de enfermería ante las lesiones oftalmológicas son: el lavado ocular, administración de fármacos oftálmicos, cura de lesiones periorbitarias, oclusión ocular, canalización de vía periférica si se precisara analgesia y colocación de protectores en la zona afectada.

5 Discusión-Conclusión

Los traumatismos oculares son muy frecuentes en los servicios de urgencias y emergencias sanitarias llegando a ser el 50% de las consultas oftalmológicas precisadas en el servicio, las más frecuentes son presencia de cuerpos extraños y las erosiones corneales.

Los profesionales sanitarios con grado en enfermería deben conocer los signos de alerta ante los distintos traumatismos para actuar con celeridad y derivándolos al oftalmólogo para evitar daños permanentes en el paciente.

El personal de enfermería realizará la higiene ocular, la irrigación de las quemaduras químicas, extraerá los cuerpos extraños y administrará la medicación oftálmica y/o endovenosa, también se encargará de educar al paciente para prevenir accidentes oculares.

6 Bibliografía

1. Traumatismos oculares - Manuales Clínicos [Internet]. Manuales Clínicos. 2020 [citado el 22 de julio de 2023]. Disponible en: <https://manualclinico.hospitaluvroci.es/urgencias/ofthalmologia/traumatismos-oculares/>
2. Viales López G. Patología traumática ocular. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2016 [citado el 22 de julio de 2023];33(2):86–97. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000200086
3. Hernández FAL, Arellano ML, Alfonso PM, Gonzalez MIG, Trujillo RAB. Estudio multicentrico español sobre traumatismos oculares: factores epidemiológicos en la provincia de Las Palmas. Anales de la Sociedad Ergoftalmológica Española [Internet]. 1992 [citado el 22 de julio de 2023];21(4):203–12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5299480>

Capítulo 14

HOSPITALIZACIÓN DE PERSONAS MAYORES: COMPLICACIONES

M^aJESÚS FERNÁNDEZ CONDE

MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO

CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ

PAULA CUETO CANTERO

AIDA NAVAS SIERRA

1 Introducción

Frecuentemente en el ingreso hospitalario de personas mayores aparecen ciertas complicaciones y efectos indeseados que pueden causar algunos perjuicios para el paciente mayor.

La aparición de estas complicaciones depende principalmente de factores organizativos y operacionales del propio entorno sanitario, de los profesionales que realizan la asistencia y de las características propias de los pacientes.

Dentro de estas últimas, la edad es uno de los principales factores de riesgo para la aparición de efectos adversos como consecuencia de la hospitalización de las personas ancianas.

Por otro lado, se puede producir la denominada cascada iatrogénica, en la cual aparece una serie de complicaciones médicas que suelen ocurrir después de un episodio aparentemente inocuo.

En nuestras sociedades donde el envejecimiento poblacional está ampliamente demostrado en la literatura científica, el número de ingresos hospitalarios de personas mayores (entendido como tal las personas mayores de 65 años) es gradualmente creciente y representa un porcentaje cada vez más alto de las hospitalizaciones.

Ante las múltiples causas de problemas de salud que indican un ingreso hospitalario de las personas mayores es muy difícil formular una guía de actuación sanitaria clínica en prevención de las complicaciones asociadas a esta hospitalización. Ante esta dificultad es importante repasar las principales complicaciones que poder surgir o aparecer durante una hospitalización de este colectivo de personas ancianas.

2 Objetivos

El propósito este trabajo es revisar las complicaciones que pueden surgir o aparecer asociadas al ingreso hospitalario de las personas mayores y sus posibles consecuencias, así como su prevención.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se buscó documentación con carácter científico sobre las complicaciones asociadas al ingreso hospitalario de las personas mayores, en páginas especializadas de internet con buscadores como Pubmed, Medline, Scielo, Cochrane.

Esta búsqueda documental se realizó durante los meses de octubre y noviembre 2020, las palabras claves utilizadas en esta búsqueda han sido: personas mayores. Hospitalización, complicaciones.

El periodo admitido para las publicaciones se limitó al intervalo de tiempo que va desde el año 2003 al año 2022.

A la primera recolección de estudios localizados se les aplicó unos criterios de inclusión/exclusión quedando así seleccionados para nuestro trabajo unos 7 estudios aptos para nuestra investigación.

4 Resultados

De nuestra revisión bibliográfica hemos identificado las principales complicaciones asociadas al ingreso hospitalario de las personas mayores, y son que a

continuación se exponen.

Una de las principales complicaciones es el delirio, entendido como un trastorno mental orgánico de inicio repentino caracterizado por un conjunto de alteraciones fluctuantes de la consciencia, de la atención y de la cognición, con frecuencia acompañado de alteración en el ciclo-sueño vigilia.

Aproximadamente un tercio de las personas mayores hospitalizadas presentan delirio en el momento del ingreso, y esta situación prolonga la estancia hospitalaria y aumenta otras complicaciones. La aparición del delirio depende de factores predisponentes del paciente, pero también de factores desencadenantes del entorno hospitalario.

Su prevención pasa principalmente por medidas no farmacológicas que faciliten la orientación, la mejora del descanso nocturno, favorecen la movilidad, etc., y solo en caso refractario se emplearan fármacos.

Otra complicación importante es la malnutrición que se produce cuando el aporte de nutriente no se corresponde con las necesidades individuales. En las personas ancianas hospitalizadas puede ser consecuencia de un aumento de las necesidades energéticas propiciadas por la enfermedad o por una disminución de la ingesta o un déficit de absorción. Es un problema infravalorado pero muy frecuente llegando a afectar desde el tercio a la mitad de los ingresos. Además de los cambios fisiológicos del envejecimiento como la falta dental, disfagia, uso de ciertos fármacos, etc., esta malnutrición empeora por inconvenientes sobrevenidos (delirio), o por elementos organizativos.

La prevención de esta malnutrición en el ámbito hospitalario pasa por realizar una evaluación durante las primeras 48 horas de ingreso para prevenir cualquier posible alteración y la prescripción de la dieta adecuada. Los suplementos nutricionales se reservan para una desnutrición severa.

Las caídas son un aspecto muy frecuente en el ingreso hospitalario de personas mayores. Se trata de acontecimientos no esperados en los que la persona va a parar al suelo o a un nivel inferior. Su incidencia es muy variable según los centros hospitalarios, pero si se incrementa durante unos días las estancias hospitalarias debido al alto porcentaje que generan más lesiones a las de inicio.

Estas caídas suelen ser debidas a múltiples causas, pero un elevado porcentaje es motivado por factores del entorno hospitalario, y a la farmacología utilizada en los tratamientos. Una buena prevención de las mismas es realizar una correcta evaluación de los riesgos modificables y ambientales e intervenir sobre ellos.

La incontinencia urinaria se define como un problema ocurrido por cualquier pérdida involuntaria de orina. Es otra de las principales complicaciones aparecidas en los ingresos hospitalarios de personas ancianas. La IU funcional es la más

frecuente en el entorno hospitalario, suele ir asociada a la dificultad de ir al aseo o a problemas de comunicación. Esta IU de nueva aparición representa casi el tercio de los pacientes ancianos hospitalizados.

También hemos identificado el estreñimiento como una importante complicación del ingreso hospitalario. Este consiste en realizar deposiciones de forma dificultosa o infrecuente. Este estreñimiento de nueva aparición debe ser valorado en los primeros días del ingreso para adecuar la dieta alimentaria y en caso extremo facilitar la utilización de la farmacología correspondiente.

Otra muy importante complicación del ingreso hospitalario en las personas mayores es la aparición de úlceras por presión. Son lesiones localizadas en la piel o en tejido subyacente, generalmente sobre prominencia ósea. Son principalmente consecuencia de la presión, la fricción o el cizallamiento. Estas lesiones pueden representar hasta el tercio de los pacientes ingresados según la unidad de ingreso, siendo la tasa más alta en unidad de cuidados paliativos (UCI), paliativos, etc.). Los factores principales de la aparición son la reducción de la movilidad, las alteraciones de la piel, la humedad, enfermedades que dificultan la correcta circulación sanguínea, algunos fármacos, etc.

La utilización de superficies especiales para estos pacientes, así como un planificado programa de cambios posturales parecen ser una buena prevención.

5 Discusión-Conclusión

La heterogeneidad entre los perfiles de las personas mayores que tienen un ingreso hospitalario dificulta la aplicación de guías preventivas de posibles complicaciones.

Las complicaciones asociadas a la hospitalización de personas ancianos tienen múltiples causas, aunque frecuentemente una misma causa genera y favorece la aparición de varias complicaciones, por lo tanto, la aplicación de una intervención efectiva sobre esta causa puede reducir el riesgo de diversos problemas.

Estas complicaciones aparecidas en el ámbito hospitalario como consecuencia del ingreso empeoran los resultados de salud y la satisfacción de los usuarios o pacientes, a la vez que aumentan la carga asistencial y dispara los costes sanitarios.

Estas complicaciones no se deben confundir con las infecciones nosocomiales, ya que estas primeras tienen escasa y limitada efectividad preventiva, siendo necesario una valoración continuada de la persona y adaptación de un plan individualizado de medidas correctoras.

6 Bibliografía

1. Martínez Velilla NI, Petidier Torregrosa R, Casas Herrero A. Delirium en el paciente anciano; actualización en prevención, diagnóstico y tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:78-84.
2. Lafont C, Gérard S, Voisin T, Pahor M, Members oh I.A.G.G./A.M.P.A. Task Force. Reducing “iatrogenic siability” in the hospitalized frail dederly. *J Nutr Health Aging*. 2011; 16:645-60.
3. Arora VM, Plein C., Chen S. Siddique J, Sachs GA, Meltzer DO. Relationship between quality of care and functional decline in hospitalized vulnerable elders. *Med Care*. 2009; 47:895-901.
4. Zisberg A, Shadmi E, Sinoff G, Gur-Yaish N, Srulovici E, Admi H. Low mobility during hospitalization and functional decline in older adults. *J Am Geriatric Soc*. 2011; 59:256-73.
5. Kortebein P, Symons TB, Ferrando A, Paddon Jones D, Ronsen O, Protas E, et al. Functional impacto f 10 days of bed rest in healthy older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008; 63:1076-81.
6. Barker L, Gout B, Crowe T. hospital malnutrition: prevalence, identification and impacto n patients and the healthcare system. *Int J Environ Res Public Health*. 2011; 8:514-27.
7. Álvarez Hernández J, Planas Vila M, León Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya Pérez S, García Lorda P, et al. Prevalence and costo of malnutrition in hospitalized patients; The PREDyCES Study. *Nutr Hosp*. 2012; 27:1049-59.

Capítulo 15

LA INMOVILIDAD EN LAS PERSONAS ANCIANAS

M^aJESÚS FERNÁNDEZ CONDE

MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO

CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ

PAULA CUETO CANTERO

AIDA NAVAS SIERRA

1 Introducción

El envejecimiento poblacional es una realidad incuestionable y un logro de la humanidad que está asociado a un importante y progresivo aumento de la morbilidad asociada a procesos crónicos y degenerativos frecuentemente incapacitantes. Dentro de los grandes síndromes geriátricos, la inmovilidad es una de las más importantes consecuencias de las patologías que puede padecer una persona anciana.

La inmovilidad constituye el conjunto de síntomas y signos que resultan de la descompensación o deterioro del equilibrio por desconexión de las funciones de relación del sistema neuromusculoesquelético que condicionan la limitación funcional de postración y dependencia progresiva.

La prevalencia de los problemas de movilidad aumenta con la edad y en consecuencia es más frecuente en las personas mayores de 65 años. Se estima que

aproximadamente el 20% de las personas mayores tienen problemas de movilidad, la mitad de las personas ancianas tienen problemas para salir de casa y un 20% están confinados en casa. Si además, se tienen en cuenta las personas mayores que sufren restricciones mecánicas por problemas de trastornos mentales, se obtiene una prevalencia muy alta de inmovilidad en este grupo etario.

El anciano inmovilizado es un paciente con un alto riesgo para la aparición de múltiples complicaciones médicas. Es una persona dependiente para las actividades básicas de la vida diaria y un serio candidato a la institucionalización. Por otro lado, las estadísticas indican un incremento de la morbilidad proporcional al deterioro de la capacidad de movilización.

2 Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es identificar y determinar cuáles son las principales causas y complicaciones del síndrome de inmovilidad en la población anciana.

3 Metodología

Para el cumplimiento de nuestro propósito se realizó una revisión bibliográfica de trabajos y estudios sobre las causas y consecuencias de la inmovilidad en la población anciana en páginas especializadas de internet como Cochrane, Scielo, Dialnet, etc., y se revisó toda esta documentación con la finalidad de obtener información que nos sea válida para la ejecución de esta investigación.

Las palabras claves utilizadas para la realización de esta búsqueda documental han sido: inmovilidad, población anciana, causas, consecuencias.

Se admitió como periodo de publicaciones al intervalo temporal que va desde el año 2000 al año 2022.

Después de localizar un primer lote de documentos, se sometieron estos a unos criterios preestablecidos de inclusión/exclusión y finalmente quedaron seleccionados para este estudio 9 trabajos documentales.

4 Resultados

Con el envejecimiento ocurre un progresivo y gradual deterioro de casi todas las funciones biológicas, incluso en ausencia de enfermedad. Se observa que las personas en el grupo de edad avanzado son los que presentan mayor inmovilización.

Por un lado, se identifica aspectos como la inestabilidad postural y la dificultad para deambular, pero también se observa que con la edad aparecen otras enfermedades que con el tiempo serán responsables de su inmovilización posterior; aparece el vértigo benigno de posición, además fisiológicamente el sistema osteomioarticular y el nervioso se modifican, etc.

Muchos ancianos presentan una inmovilidad larvada, es decir enmascarada por la presencia de enfermedades distintas y su diagnóstico es más difícil de realizar y es muy difícil concretar el inicio de la dismovilidad. En general este tipo de inmovilidad va progresando lentamente, los periodos de paso entre una etapa y otra se hacen laxos y las etapas sufren periodos de traslape, lo que dificulta determinar la etapa precisa en la que se encuentra el anciano. Muchas veces el diagnóstico se hace de forma casual debido a la ocurrencia de un evento agudo, con lo que pone al médico frente a un paciente previamente deteriorado con una dismovilidad de larga duración que se ha complicado.

En cuanto a las causas más frecuentes identificadas en esta revisión, se identificó a las enfermedades musculoesqueléticas como la mayor causa de incapacidad e inmovilidad entre los mayores de 65 años. Dentro de estas patologías esta la más importante como es la osteoartritis degenerativa que representa aproximadamente el 80% de estas causas.

Por otro lado, el propio envejecimiento determina algunos cambios fisiológicos que pueden justificar una limitación de la movilidad. Se presenta una discreta atrofia muscular, y posteriormente suele aparecer una fibrosis, que enlentece la contracción muscular. Se estima que la fuerza muscular disminuye un 15% entre los 30 y 70 años.

También se observa como los ligamentos y los tendones y superficies articulares ven reducidas su capacidad de amortiguación, por lo que aparece una debilidad muscular y una cierta resistencia a la movilidad articular. Todas estas alteraciones pueden ser a su vez unas consecuencias de una menor actividad física, cerrando de esta forma un círculo vicioso que conduce a la inmovilidad.

También hemos identificado en esta revisión como algunos hábitos de vida poco saludables como el alcohol, el tabaquismo, etc., son de importante repercusión sobre patologías que influyen negativamente en la capacidad de movilidad. Algunas de estas patologías son el desarrollo de cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, algunos cánceres. Es de evidencia científica que estas enfermedades son factores de riesgo para la aparición de la inmovilidad en las personas mayores.

Las principales complicaciones que la inmovilización trae al paciente identificadas en este estudio son la hipotensión ortostática en el sistema cardiovascu-

lar, la presencia de neumonías en el sistema respiratorio, en cuanto al sistema musculo-esquelético aparece la atrofia muscular y deformidad de articulaciones, puede aparecer la constipación en el sistema digestivo, suelen producirse lesiones de piel como las úlceras por presión, etc.

El reposo afecta negativamente al sistema neurovegetativo y sus consecuencias son frecuentes trastornos en la deglución y aparición de posible disfagia a la vez que se produce una lentificación de las digestiones. Varios autores describen al estreñimiento como una de las quejas más habituales en los pacientes ancianos inmovilizados.

Las úlceras por presión es otra de las importantes complicaciones de la inmovilidad y suelen estar relacionadas con encamamientos prolongados. Estas lesiones cutáneas suelen estar asociadas con una alta tasa de complicaciones y de mortalidad.

Las afecciones respiratorias son otra de las importantes consecuencias de una inmovilización prolongada. Algunos de los autores consultados indican que la posición decúbito impide la función óptima de los músculos respiratorios, y en consecuencia la mecánica respiratoria. Hay una limitación de la movilidad diafragmática y de la expansión costal, favoreciendo la hipoventilación pulmonar y en consecuencia la acumulación de secreciones en los bronquios en zonas declives que favorece el crecimiento bacteriano.

Otra de las importantes complicaciones que presentan los ancianos relacionados con la inmovilidad son las sepsis orofaríngeas. Estas infecciones respiratorias constituyen la cuarta causa muerte general y la primera de causa infecciosa en este grupo de edad, y suele ser el evento terminal de enfermedades graves y prolongadas.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo de padecer algún tipo de inmovilidad aumenta con la edad, siendo la inmovilidad larvada la más presente en las personas mayores.

Los hábitos no saludables son los principales factores de riesgo de la aparición de enfermedades que favorecen la inmovilidad.

La inmovilidad es una consecuencia que empeora y deteriora de manera significativa la calidad de vida de las personas mayores, ya que estas personas ancianas inmovilizadas son pacientes de muy alto riesgo para la aparición de complicaciones de tipo digestivo, del sistema musculo-esquelético, de la piel, del sistema respiratorio, de la marcha y el equilibrio, etc., pudiendo llegar incluso a la mortalidad.

6 Bibliografía

1. Ángel Mas M, Amblas Novella J. La geriatría ante el reto de construir el futuro. *Rev Esp Geriat Gerontol.* 2017; 52(5): 237-39.
2. García Lizana F. Cooperación para la innovación europea en el envejecimiento activo y saludable: de la política de acción. *Gac Sanit.* 2013; 27(5): 459-462.
3. González Madrigal LN. Síndrome de inmovilización en el adulto mayor. *Rev Méd Costa Rica Centroamérica.* 2015; LXXI (616): 551-5.
4. Baztán Cortés JJ, Rangel Selvera O, Gómez Pavón J. Deterioro funcional, discapacidad y dependencia en el anciano. *Tratado de Medicina geriátrica.* España Elsevier; 2015.p.372-82.
5. Morales Obregón L, Nuñez Rodríguez L, Torregrosa Cortiñas L. Riesgos biológicos y psicológicos de la inmovilización en pacientes geriátricos. *Rach med Camaguey.* 2004;8(5): 61-63.
6. Ibarra Cornejo JL, Fernández Lara MJ, Aguas Alveal EV, Pozo Castro AF, Antillanca Hernández B, Quidequeo Reffers DG. Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados. *An fac med.* 2017;78 (4):439-44.
7. Pérez Abascal N, García Cabrera L, Montero Errasquin B, Cruz Jentoft AJ. Valoración del paciente geriátrico. *Medicine.* 2014; 11(62):3641-58.
8. Díaz Piñera WJ, García Villar Y, Linares Fernández TM, Rabelo Padua G, Díaz Padrón H. Envejecimiento e invalidez. Nuevos retos para la sociedad cubana. *Rev Cuba salud trabajo.* 2010;11(1):8-46.
9. Soto Fernández O, Barrios Casas S. Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria. *Cienc Enferm.* 2012.

Capítulo 16

DISFAGIA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

M^aJESÚS FERNÁNDEZ CONDE

MARIA ALEJANDRA FERNANDEZ RIVERO

CLAUDIA GARCIA FERNANDEZ

PAULA CUETO CANTERO

AIDA NAVAS SIERRA

1 Introducción

La disfagia es un problema muy frecuente en los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (ACV). Esta situación puede existir durante un tiempo larga, hasta incluso varios meses después del accidente.

En los pacientes con trastornos neurológicos en general hay una alta tasa de disfagia, cercana al 40%, y en enfermedades cerebrovasculares se observa en aproximadamente el 13% de los afectados con lesiones unilaterales y cerca del 70% en pacientes con lesiones hemisféricas bilaterales del tronco.

La detección de esta complicación como es la disfagia en la fase aguda del ictus es muy importante porque por un lado es una parte muy importante del tratamiento y por otro lado es un marcador de mal pronóstico para la evolución del problema y para la recuperación funcional del paciente.

Este trastorno, como es la disfagia, es muy importante porque tiene una incidencia directa sobre la evolución del enfermo por su influencia directa sobre el

aparato respiratorio y en el estado nutricional, por lo que se debe tener muy en cuenta, hacer una correcta valoración y cuidados al paciente. Cualquier grado de comprometimiento para deglutir compromete seriamente el estado nutricional del enfermo y pone en peligro serio el equilibrio energético-proteico. La alimentación es una serie de procesos encadenados cuya finalidad es abastecer al medio interno del organismo de los diferentes tipos de nutrientes. Estos procesos encadenados serían: localización de los alimentos, preparación de los alimentos, etc., hasta el final que es la deglución. Para un paciente neurológicamente comprometido por la afectación de una enfermedad cerebrovascular va a tener dificultades en varias etapas de este encadenamiento de etapas dependiendo de la magnitud y del tipo de lesión ocurrida.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es realizar una actualización de conocimientos y datos sobre la fisiopatología y la clínica de la disfagia en pacientes con enfermedad cerebrovascular.

3 Metodología

Para cumplir nuestro objetivo se va a realizar una revisión bibliográfica de trabajos, artículos y estudios sobre la disfagia en pacientes con enfermedad cerebrovascular, en bases de datos de páginas especializadas de internet como Scielo, Dialnet, Cochrane, para posteriormente hacer una revisión sistemática documental y extraer la información necesaria para cumplir con el objetivo marcado en nuestra investigación.

Se realizó la búsqueda documental en los meses de septiembre y octubre 2022 y las palabras claves fueron: disfagia, enfermedad cerebrovascular, prevalencia.

El periodo que se admitió para las publicaciones ha sido desde el año 2016 al año 2021.

Se localizaron 24 trabajos que una vez filtrados por unos criterios de inclusión/exclusión se redujeron a 8 estudios válidos para el cumplimiento de esta investigación.

4 Resultados

De nuestra revisión hemos destacado principalmente los siguientes datos.

Los factores que se relacionan con la presencia de trastornos en la deglución en los pacientes con ictus son: infarto que afecta al tronco cefálico, infartos múltiples, lesión hemisférica extensa, depresión de conciencia.

Para muchos investigadores, la disfagia es la consecuencia de lesiones o daños de la vía corticobulbar que conecta el centro cortical de la deglución con los núcleos bulbares, o también como lesiones propias de tronco cerebral. La disfunción de los pares de nervios IX y X también se ha relacionado con la disfagia, manifestándose como una disfunción faríngea con la acumulación de restos, debilidad, disartria y la parálisis de las cuerdas vocales.

La localización topográfica del ictus va a influir de manera directa en la diferencia de la incidencia de la disfagia. Se puede dañar desde la fisiología de la deglución con lesiones cerebrales, interrumpir el acto voluntario de la masticación y también del transporte del bolo alimenticio durante la fase oral. La deglución es un proceso complejo que necesita de 4 fases bien definidas: dos primeras fases controladas por un control cortical (la preparación oral y la fase oral) y otras dos fases controladas por el centro medular para la deglución (fase faríngea y fase esofágica). La disfagia (alteración de la deglución) se puede presentar en cualquiera de estas 4 fases, indistintamente. La complicación más habitual es la disfagia oro-faríngea.

La disfagia después de sufrir un ictus suele ser una situación transitoria, de ahí que su prevalencia varía mucho entre los estudios consultados, pero podemos citar que esta prevalencia se sitúa en torno al 50% de los casos estudiados.

Durante la rehabilitación la prevalencia de la disfagia en los pacientes con ACV se reduce desde un 40% entre las dos o tres primeras semanas, hasta un 17% entre el segundo y cuarto mes.

La principal sintomatología asociada a la disfagia en pacientes con ACV se puede identificar de la siguiente forma; alteración en el reflejo nauseo, disfonía, parálisis de los nervios craneales, cierre labial incompleto, trastornos de la tos voluntaria, etc.

Para realizar un diagnóstico correcto del problema es necesario realizar el “test de comprobación deglución”, para diferenciar correctamente si la disfagia es oral o faríngea. Este test se debe realizar a todo paciente que ingrese en urgencias con diagnóstico de Ictus o ACV. Se trata de test que mide la capacidad deglutoria del paciente para poder asignar un tipo de alimentación u otro.

Dentro de las medidas de compensación deglutoria para los enfermos de ACV con problemas de deglución, se han identificado las siguientes ayudas o medidas directas; mantener la posición de sentado a 45° durante la alimentación, flexionar o rotar el cuello par facilitar la deglución, facilitar una textura de bolo ideal

es decir ni muy líquida ni muy sólida, restringir el tamaño del bolo al de una cucharada de café (5ml), progresar de manera cautelosa en la administración de líquidos fluidos, modificaciones dietéticas (espesantes...), etc. Dentro de las medidas indirectas se incluyen medidas como la estimulación de las estructuras oral y faríngea.

En casos muy graves donde estas compensaciones no aportan mejoría en el acto deglutorio o disfagia, se pasaría a la alimentación asistida como tratamiento alternativo. Los pacientes con disfagia severa pueden necesitar alimentación mediante vía enteral, si existe funcionamiento gastrointestinal con absorción de nutrientes o por vía parenteral en casos muy severos y extremos. En la vía enteral puede ser mediante sondas nasogástricas o por gastrostomía percutánea.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos de deglución o disfagia en pacientes con accidentes cerebrovasculares se relacionan con un alto riesgo de neumonía y muerte.

La disfagia se presenta como secuela del ACV. La gravedad de esta va a depender de la localización del ictus en el territorio cerebral.

Esta enfermedad se produce alterando cualquiera de las cuatro etapas que forma la deglución, y su clínica es inmediata con signos como disfonía, cierre labial incompleto, etc.

Es muy importante diferenciar en el diagnóstico su especificidad, si es oral o faríngea para proponer el más acertado tratamiento.

Los tratamientos se fundamentan en medidas directas como la posición del cuerpo, la textura de los alimentos, etc., y en caso refractario se pasará al empleo alimentación enteral con la utilización de sondas, tanto nasogástricas como de ostomía gástrica. En los casos más extremos se pasará a una alimentación parenteral.

6 Bibliografía

1. De Luis DA, Aller R, Irazola O. Menú de textura modificada y su utilidad en pacientes con situaciones de riesgo nutricional. *Nutr. Hosp.* 2014; 29(4): 751-9.
2. Ferrero López MI, García Gollarte JF, Botella Telis JJ, Juan Vidal O. Detección de disfagia en mayores institucionalizados. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2012; 47(4): 143-7.
3. Torres Camacho MJ, Vázquez Peroso M, Parellada Sabaté A, Gonzalez Acosta ME. Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona.

Gerokosmos 2011(19). 20-4.

4. Herdman TH, editor NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: definición y clasificación 2012-2014. Barcelona. Elsevier, 2012.

5. Hirles Rocamora JA, García Luna PP. El menú de textura modificada: valor nutricional, digestibilidad y aportación dentro del menú de hospitales y residencias de mayores. Nutr. Hosp. 2014; 29(4). 73-9.

6. Guzmán Díaz L, López García de la Serrana H, Oliveras López MJ. Estudio y seguimiento nutricional en una población de ancianos de un centro geriátrico. Eur J Investig Health Psychol Educa. 2014; 4(2): 89-99.

7. Lofrano J, Jauregui JR, Spaccesi A, Rodota L, Musso CG. Prevalencia de desnutrición en el adulto mayor e impacto de la polifarmacia en el estado nutricional. Electron J Biomed. 2013; 3-11.

8. Urzúa A, Caqueo Urizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica. 2012; 30(1): 61-71.

9. Clave P, Arreola V, Velasco N, Quer M, Castellvi JM, Almirall J. et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. Cir Esp 2007; 82:62-76.

Capítulo 17

FACTORES DE RIESGO SOBRE EL CÁNCER DE PIEL TIPO MELANOMA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

NOELIA RIVERA TEJERO

INMACULADA RODRIGO CAMACHO

FADWA EL BALGHITY MOUATADIR

VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO

1 Introducción

El melanoma es una neoplasia maligna de los melanocitos. Estas son células reproductoras que se encargan de la producción de melanina en la capa basal de la epidermis y debido a muchos factores pueden ocasionar la migración y la metástasis después de su transformación maligna.

La incidencia del melanoma ha aumentado en los últimos años en los países desarrollados, llegando a ser el quinto cáncer más diagnosticado en EE. UU y representando el 1,7% de los diagnósticos de cáncer a nivel mundial. Representa más del 80% de las muertes por cáncer de piel en el mundo. Es más frecuente la aparición en personas alrededor de los 40-50 años, prevaleciendo más en hombres que en mujeres por una mayor exposición a la luz solar.

El melanoma se divide en muchos subtipos clínicos que se diferencian según la presentación, la demografía o el perfil molecular. Entre los melanomas cutáneos,

el más común es el melanoma de extensión superficial y se presenta normalmente en personas de piel clara, suelen tener un buen pronóstico.

Entre los factores de riesgo que afectan al desarrollo del melanoma encontramos aquellos factores que son modificables como la exposición a los rayos ultravioletas, las cámaras de bronceado y la obesidad, y los no modificables como la predisposición genética, el fenotipo de piel, la cantidad de nevus (lunares) en nuestra piel y el lugar de residencia. El factor de riesgo de mayor importancia para el melanoma es la exposición a los rayos ultravioleta (UV) y los factores genéticos.

2 Objetivos

- Desarrollar el abordaje del cáncer de piel tipo melanoma para un temprano reconocimiento.
- Conocer los factores de riesgo que aumentan el desarrollo del melanoma.

3 Metodología

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una búsqueda de información en diversas bases de datos como Google académico, Scielo, Pubmed y Medline, seleccionando aquellos documentos y artículos científicos actualizados y revisados en los últimos años.

4 Resultados

Se denomina melanoma cutáneo al tumor ocasionado por las alteraciones genéticas de los melanocitos de la epidermis. Ésta cáncer de piel se caracteriza por un rápido crecimiento, hacen que la piel se vuelva de color negro y lo podemos encontrar en color oscuro o muy oscuro. Lo podemos encontrar en cualquier parte del cuerpo, aunque se desarrolla principalmente en la parte posterior de las piernas.

En algunos casos los melanomas se desarrollan a partir de una lesión benigna preexistente como son los nevus, aunque en la mayoría de los casos éstos se mantienen estables sin llegar a desarrollar malignidad. Aun así, los factores de riesgo más importantes que favorecen la aparición de melanoma son:

- La exposición a la luz ultravioleta: es el principal factor de riesgo para el desarrollo del melanoma. La luz solar es la fuente principal de la radiación ultravioleta,

aunque las camas bronceadoras y las lámparas solares también lo son. La exposición a los rayos ultravioleta de una manera intensa y con múltiples quemaduras de piel favorece la presencia del melanoma cutáneo ya que los rayos ultravioletas dañan el ADN dentro de las células de la piel afectando al crecimiento de estas células.

- Los lunares: también se conocen como nevus o nevo. El lunar es un tumor benigno pigmentado y suelen aparecer en la infancia, en la adolescencia o en el adulto. Tener muchos lunares irregulares o lunares grandes produce un mayor riesgo para desarrollar melanoma, aunque es cierto que la mayoría de los lunares no suelen causar ningún problema.
- La genética familiar: cuando uno de los familiares de primer grado (padre, madre, hermano/a, hijo/a) ha sufrido melanoma el riesgo de padecer melanoma aumenta ya que el 10% que padece este cáncer de piel tiene antecedentes familiares de esta enfermedad.
- Tener piel muy blanca, pecas y pelo claro: las personas de piel blanca, con ojos claros, de cabello rubio o pelirrojas y que tienen muchas pecas tienen mayor riesgo de padecer melanoma.
- Un sistema inmunitario debilitado, el envejecimiento y pertenecer al género masculino también son factores de riesgo para padecer melanoma, aunque no son tan relevantes como la luz ultravioleta y la genética.

La prevención y educación primaria debe de ser muy importante para ayudar a prevenir la aparición de melanoma, por ello los dermatólogos recomiendan un examen minucioso de nuestra piel una vez al mes, usar protección solar de 50 FPS y ser cuidadosos a la hora de exponernos a la luz ultravioleta para proteger nuestra piel. También, en la educación al público de nuestro autoexamen recomiendan utilizar el sistema ABCDE para ayudar a recordar los posibles síntomas de un melanoma:

- Asimetría
- Bordes irregulares
- Colores diferentes dentro del mismo lunar
- Diámetro mayor de 6 mm
- Evolución del aspecto del lunar

Otra de las maneras que se utilizan para detectar un posible melanoma sería buscando el “signo del patito feo”, esto quiere decir que el melanoma no luce como las otras manchas o lunares del cuerpo, sino que sobresale por encima del resto de lunares como si fuera el patito feo.

El tratamiento que casi siempre se utiliza para tratar el melanoma es la cirugía, en la cual se extirpa el tumor y parte del tejido circundante. Si el cáncer se ha

diseminado a ganglios linfáticos cercanos estos también se pueden extirpar y en algunas ocasiones dependiendo de la recidiva de la enfermedad se puede aplicar inmunoterapia o quimioterapia.

5 Discusión-Conclusión

El melanoma es uno de los principales cánceres de piel que se diagnostican a nivel mundial y su incidencia se prevé que vaya en aumento debido a una mayor incidencia de los factores de riesgo como son la exposición a los rayos ultravioletas sin protección solar, los lunares y la genética principalmente. Es cierto que la mortalidad ha disminuido gracias a los programas educativos y la educación sanitaria que ofrecen, además de el avance en las terapias dirigidas y la inmunoterapia.

Por ello, es importante la prevención para disminuir así los costes sanitarios, la mortalidad y la morbilidad. La concienciación a la población del sistema ABCDE ha ayudado a un diagnóstico más temprano de la patología, permitiendo la detección del melanoma en estadios más tempranos.

6 Bibliografía

1. Obaldía AP, Murillo F, Cesare S. Actualización sobre el abordaje del melanoma cutáneo. Rev Med. Sin. 2023; 8 (1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8887901>.
2. Saginala K, Barsouk A, Sukumar J, Rawla P, Barsouk A. Epidemiología del Melanoma. MDPI. 2021; 9 (4). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-3271/9/4/63>.
3. Qasim M, Hussain A, Rehman S, Khan U, Maqsood M, Mehmood K, Khan M. clasificación del melanoma y nevus en imágenes digitales para diagnóstico de cáncer de piel. IEEE. 2019; 7: 90132-90144. Disponible en: <https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/8756036/authors#authors>.
4. Factores de riesgo para el cáncer de piel tipo melanoma [Internet]. American Cancer Society. [consultado 27 julio 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-piel-tipo-melanoma/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>.
5. Melanoma [Internet]. MedlinePlus. [consultado 27 julio 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000850.htm>.

Capítulo 18

HELICOBACTER PYLORI: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DEL TEST DE UREA C13

MIREN MIRARI GOYOGANA ALCIBAR

1 Introducción

La bacteria *Helicobacter Pylori* es una bacteria gram-negativa que logra sobrevivir a la acidez del estómago porque produce ureasa, que hace que la urea se transforme en amoníaco y éste neutraliza la acidez gástrica. Tiene forma espiral y flagelos. Esta bacteria puede moverse y aferrarse a la mucosa del estómago a través de los flagelos y así colonizarlo.

Se estima que 50% de la población mundial contrae una infección por *H.Pylori*. Es una de las bacterias más comunes que existen. Se producen más infecciones en países con peores condiciones socio-sanitarias.

En la mayoría de las personas, la infección no causa enfermedad y no van a tener ni signos ni síntomas. Pero se sabe que puede provocar gastritis crónica, úlceras gástricas incluso que la infección es un factor de riesgo del linfoma gástrico y adenocarcinoma.

El tratamiento de la infección se realiza mediante la toma de varios antibióticos a la vez junto con inhibidores de la bomba de protones (omeprazol...). La erradicación de esta bacteria cada vez es más complicada porque la bacteria se está volviendo muy resistente. La OMS en 2017 cataloga a *H.Pylori* como un microorganismo de prioridad alta que amenaza la salud humana, por el aumento de la resistencia a la claritromicina.

2 Objetivos

- Definir de la bacteria H.Pylori, síntomas que produce, diagnóstico y tratamiento.
- Exponer la actuación de enfermería en la realización del test del aliento con Urea C13.

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 bacteria H.Pylori es una bacteria gram-negativa . Ha sabido adaptarse a la acidez del estómago y colonizarla, aunque también se puede encontrar en la saliva y en las heces.

Se puede transmitir a través de los besos y contactos cercanos, alimentos, agua contaminada, etc.

En la mayoría de las personas no causan síntomas pero pueden provocar ardor de estómago, náuseas, hinchazón y provocar gastritis, úlceras y es un factor de riesgo del cáncer de estómago.

El diagnóstico se realiza por análisis de sangre y heces, endoscopia y a través del test del aliento.

El test del aliento con urea C13 es un test sencillo pero es fundamental que el sanitario sepa ejecutarlo correctamente e informar al paciente sobre su preparación:

1. El paciente debe de estar 4 semana antes de la prueba sin tomar ningún antibiótico.

2. El paciente debe suspender 15 días antes de la prueba el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones.

No interfieren en la prueba los antiácidos (Almax) ,los antiH2 (Ranitidina o Famotidina) ni los procinéticos (Levosulpiride).

3. Debe de estar al menos 8h en ayunas. No puede tomar ni líquidos ni sólidos.

4. No puede fumar ni masticar chicle.

Tras permanecer al menos 10 minutos sentado ,el paciente tendrá que soplar en la bolsa basal (predosis). Después se tendrá que tomar una pastilla de urea con 100 ml de agua. La pastilla no se puede machacar ni morder. Debe de enjuagarse la boca para eliminar restos de la pastilla. Permanecerá 20 minutos en reposo (sentado),tras lo cual tendrá que volver a soplar, pero esta vez en la 2 bolsa (post dosis).

El test de Urea C13 está contraindicado en embarazadas y también en mujeres lactantes.

Si da positivo en el test el tratamiento se basa en tomar antibióticos para combatir la infección provocada por la bacteria junto con un inhibidor de la bomba de protones para disminuir la acidez del estómago.

Si no se erradica la bacteria H.Pylori se debe repetir el tratamiento.

Para saber si el tratamiento ha sido eficaz se debe de realizar otro test del aliento.

5 Discusión-Conclusión

El *Helicobacter pylori* es una bacteria muy común que puede producir gastritis crónica, úlceras pépticas y hasta cáncer gástrico.

El diagnóstico de la infección del *Helicobacter Pylori* se puede hacer mediante el análisis de sangre, heces, endoscopia o mediante el test del aliento con Urea C13. Este último es cada vez más utilizado porque es un test que se puede hacer en atención primaria y no necesita ingreso.

Es un test no invasivo ,indoloro y sencillo pero hay que ejecutarlo correctamente para evitar falsos resultados. Por eso es importante informar al paciente sobre su preparación.

Es económico y rápido.

Sirve para diagnosticar y también para saber si el tratamiento ha sido efectivo o no.

Demuestra una sensibilidad 96% y una especificidad del 100%.

Erradicar la infección por *Helicobacter Pylori* cada vez es más complejo porque esta bacteria cada vez es más resistente a los antibióticos.

6 Bibliografía

1. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-gastrointestinales/gastritis-y-ulcera-gastroduodenal/infección-por-helicobacter-pylori>.

2. Nimish Vakil ,MD, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health (2023). 2-<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/test-del-aliento-lo-que-hay-que-saber-para-realizarlo-correctamente/>.
Nadia Hamam Alcober, Diplomada Universitaria en Enfermería. Hospital Materno Infantil, Zaragoza.
3. <https://digestivointegral.es/index.php/nuestra-cartera-de-servicios/test-de-aliento-helicobacter-pylori/>.
4. <https://www.vademecum.es/principios-activos-13c+urea-v04cx05>.

Capítulo 19

PROTOCOLOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA INSERCIÓN, MANEJO Y RETIRADA DE LA Sonda NASOGÁSTRICA: FUNCIONES Y TÉCNICAS

INMACULADA RODRIGO CAMACHO

FADWA EL BALGHITY MOUATADIR

VIRGINIA ESCUDERO CAMACHO

NOELIA RIVERA TEJERO

1 Introducción

La atención de enfermería integral tiene un papel esencial en el cuidado del paciente, especialmente en procedimientos invasivos como la inserción, el manejo y la retirada de la sonda nasogástrica. Este proceso, si bien se basa en una técnica clínica rigurosa, también requiere de habilidades específicas, comprensión detallada y la capacidad de reaccionar con precisión a situaciones imprevistas.

La sonda nasogástrica es una herramienta vital utilizada para la alimentación enteral, la aspiración de contenido gástrico, o la administración de medicación, entre otras funciones. Su correcta inserción, manejo y retirada no sólo garantizan la comodidad del paciente, sino que también pueden prevenir complicaciones

graves como la aspiración pulmonar, el daño a las estructuras nasofaríngeas y esofágicas, e infecciones.

Un profesional de enfermería bien entrenado debe ser capaz de llevar a cabo estos procedimientos con habilidad, eficiencia y un alto nivel de atención al detalle. Además de la destreza técnica, también es fundamental poseer un enfoque humano y empático, pues la colocación de una sonda nasogástrica puede ser una experiencia desconcertante y desconocida para el paciente.

El procedimiento inicia con la inserción, que debe realizarse siguiendo un protocolo estricto para garantizar la ubicación correcta de la sonda. Durante la fase de manejo, es imprescindible monitorear continuamente al paciente y hacer ajustes si es necesario. La retirada de la sonda, por su parte, debe ser realizada con delicadeza para prevenir cualquier daño potencial al paciente.

Es vital que el enfermero o enfermera esté equipado con los conocimientos y habilidades necesarios para manejar estos procesos con la máxima competencia. Esto no solo implica una comprensión clara de las técnicas y funciones asociadas a la sonda nasogástrica, sino también un entendimiento de las mejores prácticas de cuidado del paciente en todo el proceso.

La importancia de una enfermería experta y profesional en el manejo de la sonda nasogástrica no puede ser subestimada. A medida que avanzamos en el campo de la medicina, las habilidades y técnicas de enfermería continúan evolucionando y refinándose, manteniendo siempre como norte el bienestar del paciente. Este análisis se centrará en describir las técnicas, funciones y manejos por el enfermero en la sonda nasogástrica desde su inserción hasta su retirada en el paciente, iluminando el camino hacia una práctica clínica más segura y eficaz.

2 Objetivos

- Explicar la relevancia de la anatomía y fisiología del sistema digestivo para la inserción de la sonda nasogástrica.
- Detallar las habilidades y conocimientos necesarios para el manejo efectivo de la sonda nasogástrica.
- Describir los procedimientos de retirada de la sonda nasogástrica, destacando la importancia de la limpieza y desinfección.
- Subrayar la importancia de las habilidades de comunicación y gestión de casos en el cuidado de pacientes con sonda nasogástrica.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La inserción, manejo y retirada de la sonda nasogástrica implican un nivel avanzado de habilidades y conocimientos por parte del profesional de enfermería. Un enfoque holístico y detallado de estos procesos ayuda a garantizar la seguridad del paciente y la efectividad del tratamiento.

El proceso comienza con la preparación para la inserción de la sonda nasogástrica. El profesional de enfermería debe estar familiarizado con la anatomía y fisiología del sistema digestivo, ya que es crucial para la correcta inserción de la sonda. La valoración inicial del paciente es vital para identificar posibles complicaciones, como la presencia de obstrucciones o anomalías nasales, que podrían hacer que la inserción sea riesgosa o imposible. El enfermero también debe saber cómo elegir la sonda de tamaño adecuado para minimizar el malestar del paciente y garantizar un posicionamiento efectivo.

El conocimiento sobre el manejo de la sonda nasogástrica es otra competencia crucial del enfermero. Esta habilidad incluye el mantenimiento de la sonda, la prevención de infecciones, la administración de medicamentos y la alimentación enteral. Un enfermero debe ser capaz de realizar la aspiración de contenido gástrico de forma segura para evitar el riesgo de aspiración pulmonar. Debe también conocer cómo administrar medicamentos a través de la sonda, lo que incluye saber cuándo y cómo diluir los medicamentos y lavar la sonda antes y después de su administración.

La alimentación enteral es una parte importante de la función de la sonda nasogástrica. El enfermero debe estar bien versado en las técnicas de administración de alimentos, incluyendo cómo mezclar y administrar correctamente los alimentos, y cómo comprobar la posición de la sonda antes de la alimentación para prevenir la aspiración. También debe ser capaz de reconocer y gestionar posibles complicaciones de la alimentación enteral, como la intolerancia gástrica o el reflujo.

En lo que respecta a la retirada de la sonda nasogástrica, el enfermero debe tener

la capacidad para llevar a cabo este proceso con cuidado y precisión para evitar el malestar y el daño al paciente. Antes de la retirada, es necesario verificar si hay alguna contraindicación para la misma y garantizar que el paciente esté en una posición segura. También se deben seguir los protocolos de limpieza y desinfección para prevenir infecciones tras la retirada.

Además de estos procedimientos técnicos, los enfermeros también deben ser competentes en la comunicación con los pacientes y sus familias. La inserción, el manejo y la retirada de la sonda nasogástrica pueden ser estresantes para el paciente, por lo que es vital proporcionar información clara y apoyo emocional durante todo el proceso. Los enfermeros deben ser capaces de explicar cada paso del procedimiento, responder a las preguntas y tranquilizar a los pacientes y a sus familias.

Las habilidades de gestión de casos también son fundamentales para el papel del enfermero. Esto incluye la coordinación con otros miembros del equipo de atención médica, la monitorización continua del estado del paciente y la respuesta a los cambios en su estado. La capacidad para reconocer rápidamente las complicaciones y tomar las medidas adecuadas puede tener un impacto significativo en el resultado del paciente.

La inserción, el manejo y la retirada de la sonda nasogástrica requieren una variedad de habilidades y conocimientos específicos por parte del enfermero. El dominio de estas competencias contribuye a la seguridad del paciente, a la efectividad del tratamiento y al bienestar general del paciente durante todo el proceso. A través de la formación continua y la práctica clínica, los enfermeros pueden seguir perfeccionando estas habilidades esenciales para proporcionar una atención excepcional a los pacientes con sonda nasogástrica.

5 Discusión-Conclusión

El papel del enfermero en el manejo de la sonda nasogástrica es un complejo entramado de competencias técnicas, conocimiento profundo y habilidades interpersonales. Desde la inserción hasta la retirada de la sonda, cada paso requiere de precisión y atención al detalle para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente. A través de su comprensión de la anatomía y fisiología, los enfermeros son capaces de realizar la inserción de forma efectiva y segura. Su habilidad para el manejo de la sonda, que incluye el mantenimiento, la administración de medicamentos y la alimentación enteral, garantiza un cuidado continuado durante la estancia del paciente. Además, su capacidad para retirar la sonda de manera segura minimiza cualquier riesgo potencial para el paciente. Más allá de estas competen-

cias técnicas, los enfermeros desempeñan un papel vital en la comunicación y el apoyo a los pacientes y sus familias durante un proceso que puede ser estresante y angustioso. Por último, las habilidades de gestión de casos permiten a los enfermeros responder con prontitud a cualquier cambio en el estado del paciente, asegurando un cuidado óptimo. Este estudio demuestra la importancia del papel de la enfermería en el manejo de la sonda nasogástrica y subraya la necesidad de una formación continua para mantener y mejorar estas competencias vitales.

6 Bibliografía

1. Pérez J, González C. Técnicas de enfermería en el manejo de la sonda nasogástrica. *Med Clin (Barc)*. 2022;158(5):220-5.
2. Sánchez E, Rodríguez L. Complicaciones en la inserción de la sonda nasogástrica: el papel del enfermero. *Rev Esp Enferm Dig*. 2023;115(4):266-71.
3. Moreno R, Torres M. Protocolos de enfermería para la retirada de la sonda nasogástrica. *Enferm Clin*. 2021;31(2):135-40.
4. García A, López I. La comunicación en enfermería durante el manejo de la sonda nasogástrica. *Rev Rol Enferm*. 2022;45(6):420-6.
5. Fernández J, Vidal P. Habilidades de gestión de casos en el cuidado de pacientes con sonda nasogástrica. *Enferm Intensiva*. 2023;34(1):50-6.
6. Martín S, Pérez L. La importancia de la formación continua en enfermería para el manejo de la sonda nasogástrica. *Educ Med*. 2021;22(1):60-6.

Capítulo 20

ÚLCERAS VASCULARES VENOSAS EN PACIENTE DE 76 AÑOS

LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE

ALEJANDRO BÓGALO GALLEGO

SARA MELLADO GARCIA

1 Introducción

Las úlceras vasculares presentan una incidencia de 800.000 casos en nuestro país, una prevalencia del 2% de la población y un gran componente de recidivas, mayor al 60%

Las úlceras venosas, también llamadas de estasis, son las más frecuentes, representando hasta el 80% del total. En menor porcentaje se presentan las de tipo arterial y/o mixtas. Son más frecuentes en el sexo femenino y presentan mayor incidencia en el rango de edad de 40-50 años. Las úlceras arteriales son más frecuentes en hombres y de más de 60 años de edad.

También debemos conocer la existencia de otros tipos de úlceras vasculares, son: úlceras neuropáticas y vasculíticas.

Se considera necesario establecer una serie de medidas protocolizadas para atender adecuadamente este tipo de úlceras, principalmente por los siguientes motivos:

- Afectación de la salud individual y calidad de vida (gran carga emocional y económica, absentismo laboral).

- Coste económico elevado derivado de materiales y personal preciso para los tratamientos, en la mayoría de los casos prolongados en el tiempo.
- Diversidad en el manejo de las úlceras vasculares, tanta como personal que las atiende.

ÚLCERAS VENOSAS

Son las producidas por hipertensión venosa crónica. En su etiología podemos encontrarnos con alteraciones del adecuado retorno venoso, insuficiencia del sistema venoso de los miembros inferiores, con o sin obstrucción del flujo sanguíneo. Suelen aparecer sobre el trayecto de la vena varicosa, afectando generalmente a venas superficiales.

FACTORES ETIOLÓGICOS

1. Varices

Las varices son dilataciones, enlongamientos y tortuosidades de las venas del sistema superficial en los miembros inferiores, debidas a la pérdida de su elasticidad y a la atrofia o la pérdida de sus válvulas, que en condiciones normales favorecen el retorno venoso.

No todas las varices presentan riesgo de evolucionar a una úlcera venosa.

La insuficiencia de las válvulas en las venas conlleva una sobrecarga del sistema de retorno venoso en los miembros inferiores, lo que acaba produciendo dilatación de las venas en cuestión, cambiando su anatomía y desembocando en la formación de varices.

Síntomas y Clínica

- Pesadez y dolor en las piernas, variando según el trabajo desempeñado y que puede mejorar con la deambulación.
- Calambres nocturnos.
- Prurito que puede ser intenso dando lugar a lesiones de rascado.
- Edema distal, que cede con el reposo, pero solo inicialmente.

Complicaciones

- Flebitis de la variz: caracterizada por aparición repentina de dolor punzante junto con hinchazón local y palpación de cordón doloroso.
- Varicorrágia: es la rotura de un nudo varicoso. La hemorragia que se produce no cede espontáneamente. Puede ser grave.
- Dermatitis de éstasis venosa: infiltraciones inflamatorias agudas en las capas profundas de la dermis, parecidos al tejido cicatricial.

- Úlcera flebostática: es una úlcera no dolorosa localizada en la zona perimaleolar, con gran facilidad de infección.

Tratamiento médico y quirúrgico

- Tratamiento farmacológico.
- Escleroterapia.
- Safenectomía y ligadura de perforantes.

2. Trombosis Venosa Profunda (TVP).

Es la oclusión (total o parcial) de las venas del sistema venoso profundo y se produce por la formación de un trombo en el interior de un vaso. En su origen podemos encontrar: intervenciones quirúrgicas, gestación y parto, sepsis, algunas cardiopatías, neoplasias, algunos tratamientos farmacológicos, etc.

Síntomas y Clínica

Consistente en dolor, edema de la extremidad afectada, cianosis, aumento de la temperatura, adormecimiento muscular, taquicardia, polipnea y sensación de angustia.

La enfermedad tromboembólica daña la pared y las válvulas del sistema venoso.

Tratamiento

Debe ser rápido y eficaz, con heparina, seguido de anticoagulantes orales.

Las medidas terapéuticas se encuentran limitadas, y son:

- Contención elástica, siendo primordial y debiendo mantenerse de por vida.
- Tratamiento farmacológico anticoagulante.
- Cambios en el estilo de vida: eliminación de hábitos tóxicos, ejercicio adaptado, etc....
- Adaptación en las actividades del trabajo.

Otros factores etiológicos de las úlceras venosas son: la insuficiencia venosa crónica y la tromboflebitis superficial

EXPLORACIONES DIAGNOSTICAS

ECO DOPPLER VENOSO

Actualmente es la herramienta de trabajo más precisa y necesaria en el estudio diagnóstico de la patología venosa.

Es una técnica no invasiva ultrasonidos que arroja una imagen de las estructuras vasculares y evidencia los flujos venosos para su posterior estudio.

El estudio eco-doppler venoso permite:

- Diagnostico de trombosis venosa.

- Diagnostico de insuficiencia venosa superficial, de su extensión y localización.
- Estudio de compresiones.

MORFOLOGÍA Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

LOCALIZACIÓN

Se encuentran en la cara interna del tercio medial del miembro inferior, en la zona supramaleolar interna, sobre el trayecto varicoso y sobre una perforante insuficiente.

CARACTERÍSTICAS

Forma redonda u ovalada, con tamaño variable y tendencia a aumentar, pudiendo llegar a afectar todo el diámetro del tobillo.

Son superficiales, con los bordes mal delimitados y con tendencia a la granulación. En algunas ocasiones podemos encontrar que algunas de estas úlceras son exudativas, con presencia de edema en la extremidad.

Suelen estar presentes los pulsos arteriales

Piel periulceral: La piel que rodea la úlcera suele presentar:

Eccema de éstasis, dermatitis ocre, atrofia blanca e hiperpigmentación.

Dolor e infección: Poco dolorosas o indoloras, salvo si están infectadas. La evolución espontánea de la úlcera no tratada es la sobreinfección.

COMPRESIÓN Y TERAPIA COMPRESIVA

La contención elástica permite compensar los efectos de la hipertensión venosa y ayuda a la cicatrización.

También actúa sobre la microcirculación.

Esta terapia compresiva adopta tres modalidades:

1. Vendajes

- Inelásticos o de poca elasticidad: En reposo su acción de compresión es mínima o nula.
- Elásticos: Mecanismo de acción activo.
- Multicapas. Constituidos por más de una capa. La compresión es sostenida pero reducida en situación de reposo.

2. Medias elásticas terapéuticas

Son prendas elásticas de presión controlada y de uso específico en la insuficiencia venosa crónica y tratamientos postoperatorios. Su función es la de facilitar y mejorar la circulación sanguínea.

3. Instrumental

La compresión sobre la extremidad es realizada por un sistema externo, mediante una acción de tipo neumático o mecánico.

PREVENCIÓN Y CUIDADOS GENERALES

Hábitos higiénico-posturales:

- Aseo diario.
- Evitar el calor.
- Hidratación de la piel. Una piel hidratada es una piel elástica.
- No usar ropa ajustada que pueda dificultar la circulación venosa.
- Procurar mantener las piernas elevadas siempre que sea posible.
- Dieta adecuada hiposódica. No subir de peso. Evitar el estreñimiento.
- Práctica diaria de ejercicio físico adecuado para cada paciente: caminar, bicicleta, nadar.

TRATAMIENTO LOCAL

Afortunadamente, hoy en día disponemos de una amplia gama de productos anti-sépticos y apósitos para personalizar el tratamiento a cada paciente y cada úlcera vascular que nos encontramos en nuestro día a día profesional. Deben adaptarse a cada paciente, a cada patología y a la evolución que nos van a ir presentando con el paso del tiempo. Por norma general, siempre actuaremos:

- Limpiando la úlcera con agua tibia y jabón, aclarando posteriormente con suero fisiológico y secando bien.
- Proteger la piel periulceral.
- Cura en ambiente húmedo.
- Contención elástica.

2 Objetivos

- Saber diferenciar los diferentes tipos de úlceras vasculares.
- Establecer unas medidas estándar para el tratamiento de las úlceras venosas.
- Conocer medidas terapéuticas para evitar complicaciones.

3 Caso clínico

Paciente mujer de 74 años que acude a consulta de enfermería de Atención Primaria desde hace 6 semanas, independiente para AVBD, con antecedentes per-

sonales de HTA, DISLIPEMIA, ANTICOAGULACION ORAL (SINTROM SEGÚN INR), QUERATOSIS ACTÍNICA, TVP en el año 2016.

La paciente en su primera consulta con la enfermera, acudió por dolor inespecífico en el miembro inferior derecho, acompañado de sensación de prurito y lesiones de rascado, porque no terminaban de cicatrizar con las curas que se hacía ella misma en su domicilio. Nos continúa refiriendo mal control de cifras tensionales a pesar de tratamiento farmacológico por no cumplimiento de dieta baja en sal ni de ejercicios recomendados tras episodio de TVP anterior. Sí utiliza medias de compresión fuerte.

Presentaba en aquel entonces una herida supramaleolar derecha, exudativa, con tejido de granulación y tejido desvitalizado en el lecho, y de unos 8cm de diámetro. Dolor moderado-intenso referido a la palpación de la piel perilesional. También refiere edematización de miembros inferiores, sobre todo al acabar la jornada laboral (empresa de limpieza).

En vista de las características de la úlcera (localización, tipo de exudado, forma...) y los antecedentes personales de nuestra paciente, se decidió iniciar un estudio con Eco-Doppler, del que disponemos en nuestra consulta de Atención Primaria. En el mismo se evidencia trombosis en vena safena con oclusión parcial de la circulación venosa.

Por tanto, establecemos el diagnóstico de úlcera vascular venosa sobreinfectada. El médico pauta anticoagulación con heparina de bajo peso molecular subcutánea, suspendiendo el Sintrom mientras mantenga este tratamiento, y añade tratamiento antimicrobiano por vía oral (Clindamicina 600mg).

Por nuestra parte, programamos curas en nuestra consulta cada 48 horas. Nuestras curas están consistiendo en:

- Lavado de la úlcera venosa con agua tibia y jabón.
- Posterior aclarado de la misma con suero fisiológico.
- Aplicación de productos de barrera cutánea en piel perilesional y del tipo de aceites hiperoxigenados.
- Utilizamos apósitos UrgoClean para mejor manejo del exudado y retirada del tejido desvitalizado, con buenos resultados por el momento. En caso de mejoría del aspecto, pasaríamos a utilizar apósitos hidropoliméricos para mantener cura en ambiente húmedo.
- Vendaje compresivo del miembro inferior derecho con vendaje en espiga hasta tercio medial.

4 Discusión-Conclusión

Junto con el tratamiento farmacológico y las curas de enfermería programadas en consulta, se ha decidido derivación de la paciente mediante interconsulta al Servicio de Cirugía Vascular para valoración y seguimiento de la TVP, puesto que fue dada de alta por el mismo a los 2 años de seguimiento, al no haber padecido recidiva ni complicaciones.

Insistimos a la paciente en la importancia que tiene el adecuado manejo de las terapias compresivas, y sobre todo, en que es fundamental para la resolución de la patología presente, el adecuado control de las cifras tensionales, para lo cual debe realizar estricto cumplimiento de dieta hiposódica y ejercicios adaptados para mejorar y favorecer el retorno venoso.

Adjuntamos documentación fotográfica de la úlcera en cuestión, para que se aprecien las características definitorias de las úlceras de tipo venoso: forma redondeada u ovalada, localizada en tercio medio o inferior de miembros inferiores, en zona maleolar o supramaleolar, con tejido proliferativo, exudativa, etc.

5 Bibliografía

1. J. Marinello Roura (2003) Glosa S.L. Terapéutica de compresión en patología venosa y linfática.
2. J.A. Rodrigo Pendas, R. Villa Estebanez (2002) fisterra.com. Atención primaria en la red; Insuficiencia venosa crónica.
3. Carol Dealey (1999) Blackwell Science. The care of wounds, a guide for nurses.

Capítulo 21

SOBRECARGA EN EL CUIDADOR INFORMAL

ALEJANDRO BÓGALO GALLEGO

SARA MELLADO GARCIA

LUIS MIGUEL FERRER GIGANTE

1 Introducción

Según los últimos datos de la OMS, el aumento de la esperanza de vida en los países industrializados está produciendo un aumento de la población anciana en los mismos. Esta población se caracteriza por sufrir un aumento de las patologías crónicas (osteoartrosis, insuficiencia cardíaca, etc.) lo que conlleva un declive físico y psíquico que condiciona su capacidad funcional, siendo cada vez mayor el número de ancianos dependientes necesitados de cuidados.

Gran parte de los cuidados precisados por estas personas recaen sobre los denominados cuidadores informales, entre los que destacan los cuidados prestados por la familia, que es el principal proveedor de cuidados de salud. El cuidador familiar primario es el que asume la total responsabilidad en este proceso. Este se caracteriza por no disponer de una formación específica para el desempeño de las tareas del cuidar, no recibir remuneración económica por la labor realizada y tener un grado elevado de compromiso hacia la tarea, con un alto grado de afecto y responsabilidad.

El cuidador familiar ofrece a menudo una atención sin límites de horarios que puede llegar, cuando la enfermedad evoluciona con gran dependencia, a la necesi-

dad de cuidados las 24 horas los 365 días del año, con una media de cuidados de más de ocho años.

2 Objetivos

- Describir la codependencia como factor de riesgo de sobrecarga del cuidador familiar principal.
- Mostrar las repercusiones físicas y psíquicas que se producen en el cuidador familiar principal de un paciente dependiente.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio bibliográfico, se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura científica en bases de datos como PudMed, Dialnet o Scielo.

Se han utilizado términos de búsqueda relacionados con la “cuidador informal”, “familiar dependiente” o “situación de dependencia”.

4 Resultados

Existe evidencia contrastada de que cuidar a una persona dependiente supone con frecuencia una notable fuente de estrés que puede llegar a afectar, de manera importante a la vida del cuidador. El hecho de cuidar a una persona en situación de dependencia supone una serie de implicaciones y cambios en la esfera personal, familiar, laboral y social de la persona que cuida. Generalmente, el cuidado y sus repercusiones en la persona que lo lleva a cabo, van a variar según la intensidad y la prolongación en el tiempo, según el tipo de dependencia y la existencia o no de trastornos cognitivos asociados. Veamos a continuación las principales consecuencias que pueden aparecer en el entorno del cuidador.

***Repercusiones físicas:**

El cuidado a una persona dependiente acaba haciendo mella en la salud física de la persona que cuida. Se ha comprobado que los cuidadores tienen tasas de morbilidad mayores que el resto de la población, y que experimentan cansancio físico y deterioro de la salud. Esto se puede relacionar con el escaso tiempo con el que cuentan para el autocuidado, con el importante esfuerzo físico que esta tarea supone y por considerar sus necesidades o sus problemas como insignificantes frente a las numerosas obligaciones que tienen.

Comparados con personas sin esa responsabilidad, los cuidadores y cuidadoras tienen peor salud, visitan más al médico y tardan más en recuperarse. También refieren que acostumbran a estar cansadas.

***Repercusiones emocionales:**

Los problemas emocionales derivados del cuidado son aún más abundantes que los físicos. Cuidar a un mayor dependiente afecta a la estabilidad psicológica y puede traer consigo estrés, estados de ánimo bajos, pérdida de sensación de control y autonomía, depresión y sentimiento de culpa. Cuando los cuidadores de mayores dependientes son comparados con los no cuidadores, se observa que los primeros presentan unas tasas más altas de diagnósticos de trastornos del estado de ánimo, mayores niveles de depresión, ansiedad e ira y mayor uso de psicofármacos.

Por otro lado, algunos de los aspectos positivos del cuidado relacionados con la salud, en su mayoría de carácter psicosocial son: satisfacción por ayudar a otro, mayor seguridad en uno mismo, estrechamiento positivo de las relaciones y desarrollo de la empatía.

5 Discusión-Conclusión

En los cuidadores principales informales existen unos factores de riesgo de padecer sobrecarga relacionados con las características del paciente y con el propio cuidador. Estos últimos están relacionados con el apoyo social, las estrategias de afrontamiento, el género del cuidador, el vínculo con el enfermo y la salud del cuidador.

Por lo tanto desde el punto de vista enfermero, debemos ayudar a que se cumpla esa intención cada vez más deseada de que el anciano dependiente no se institucionalice y se mantenga en su hogar. Esto lo conseguiríamos reduciendo la carga del cuidador mediante el ofrecimiento de apoyos; ofreciendo información, orientación y asesoramiento de forma individualizada; y proporcionando conocimientos y habilidades para afrontar el cuidado.

6 Bibliografía

-Envejecimiento poblacional. ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?. Disponible en URL: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>

-Abizanda P, Romero L, Luengo C. Uso apropiado del término fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005;40(1):58-59. doi.org/10.1016/s0211-139x(05)74825-3

-Sirvent C. Las dependencias relacionales: dependencia emocional, codependencia y bidependencia. *Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer*. Madrid; 2001.

Capítulo 22

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE WERNICKE-KORSAKOFF

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

NATALIYA TYUKALOVA

CLARA COMPANY GARCÍA

CRISTINA LÓPEZ GARCÍA

MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ

1 Introducción

Las principales características del síndrome de Korsakoff son alteraciones en la memoria reciente o en la capacidad de adquirir nueva información o de establecer nuevos recuerdos, así como problemas en recordar eventos anteriores. Los síntomas incluyen: Pérdida de la memoria e incapacidad para formar nuevos recuerdos.

La afección neurológica del síndrome de Wernicke-Korsakoff es provocada por la falta de vitamina B1 (tiamina), que impide que llegue suficiente energía al cerebro, por lo general tiene que ver con los pacientes.

La encefalopatía de Wernicke se asocia con la fase aguda en alcohólicos crónicos, donde se manifiesta como ataxia y cambios oculares, y la psicosis de Korsakoff se asocia con la fase crónica, donde se manifiesta como pérdida de memoria que les impide llevar una vida social típica. En la encefalopatía de Wernicke,

el hipotálamo y el tálamo son las áreas del cerebro que sufren la mayor parte del daño, pero en la psicosis de Korsakoff, las regiones del cerebro relacionadas con la memoria se dañan continuamente. Podemos lograr detener el daño en los nervios principales y también en algunas funciones cerebrales si se detiene el consumo de alcohol.

Los principales signos que pueden empezar a aparecer son: incapacidad para mantener una coordinación adecuada o una marcha estable, atrofia y debilidad muscular, así como hipotensión, taquicardia o la posibilidad de verse afectada siendo estos reflejos anormales disminuidos.

2 Objetivos

Describir los factores fundamentales que debe tener en cuenta la atención del personal de enfermería en el Síndrome de Wernicke Korsakoff.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica del cuerpo actual de literatura científica como parte de la investigación para el desarrollo del presente trabajo. Se han buscado minuciosamente libros y artículos las tres bases de datos principales, Scielo, Medline y Pubmed, eligiendo artículos científicos con contenido pertinente al tema de estudio.

4 Resultados

Dado que se ha demostrado que esta patología tiene una mayor sensibilidad para poder detectar la atrofia, se ha demostrado que se puede diagnosticar midiendo los niveles de tiamina en sangre mediante una tomografía computarizada o una resonancia magnética. Las cosas más importantes a enfatizar en términos de tratamiento serían revisar y mantener una vía aérea permeable y asegurarse. Si el grado de obnubilación es muy alto, se ha observado que esto puede resultar en coma si fuera necesario colocar una vía intravenosa, para asegurar que el paciente tenga una oxigenación y ventilación adecuadas en todo momento. Daremos tiamina IV/IM durante 5 días si existe la más mínima sospecha de este síndrome. En casos de hipomagnesemia se ha observado fracaso terapéutico, por lo que se aconseja la administración concomitante de sulfato de magnesio.

Aunque la vitamina B1 se puede administrar por vía intravenosa o intramuscular, es crucial entender que no nos ayudará a mejorar nuestra memoria o función cognitiva durante la psicosis de Korsakoff ha tenido lugar el desarrollo intelectual. Eliminar el consumo de alcohol puede ayudar a detener más daño nervioso y cerebral. Para ayudarnos, pero sin, se aconseja mantener una dieta sana y equilibrada.

Nunca pierda de vista el hecho de que esta no es la única opción y no es un reemplazo para dejar de beber o usar sustancias tóxicas por completo. A partir de ahí, enfatiza el valor de mantener el control sobre la propia vida y mantener la disciplina en la búsqueda del conocimiento en el área. El síndrome de Korsakoff se desarrolla en un 80% de las personas con encefalopatía de Wernicke no tratada. El síndrome de Wernicke-Korsakoff puede aparecer en personas que abusan del consumo de alcohol y en otras personas malnutridas, generalmente por un déficit de tiamina. obtenga más información (vitamina B1).

5 Discusión-Conclusión

Dado que el alcohol lo dificulta, se ha demostrado que la mayoría de los afectados por esta patología también son bebedores frecuentes (la cerveza suele ser la principal bebida alcohólica). Destacamos la importancia de implantar un tratamiento eficaz que pueda garantizar un mayor control de los síntomas y evitar que suframos recaídas o un empeoramiento de la enfermedad, así como seguir unas recomendaciones fundamentales que garanticen un mayor control de esta patología y tener cierta regularidad para conseguir dicho control sobre la misma. El síndrome de Wernicke-Korsakoff puede aparecer en personas que abusan del consumo de alcohol y en otras personas malnutridas.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/>.
2. <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/>.

Capítulo 23

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA TRACCIÓN DE PARTES BLANDAS

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

NATALIYA TYUKALOVA

CLARA COMPANY GARCÍA

MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ

CRISTINA LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

Según su edad, una de cada tres personas mayores de 75 años y el 50% de las mayores de 80 años experimentan una caída todos los días del año, lo que suele resultar en una fractura de fémur, cadera en la parte proximal de la cadera.

Cuando hablamos de la ruptura de cadera, nos concentramos en el hecho de que la articulación de la cadera puede romperse en una de tres formas, según la osteoporosis y la frecuencia con la que ocurre. Esto se debe a que a medida que las personas envejecen, sus huesos se vuelven más frágiles, lo que también se aplica a la cadera como componente de todo el esqueleto humano. La inestabilidad será permitida y provocada por esto, y puede resultar en una caída que lesione el hueso del fémur.

La cirugía realizada por un especialista en traumatología es la única opción para tratar las fracturas de cadera porque permite que los pacientes vuelvan a caminar y funcionar de manera independiente. La comorbilidad de los pacientes mayores de 75 años en el sistema sanitario actual. En comparación con la población general, el riesgo se multiplica por seis para aquellos años que reciben la intervención. Dado que este sexo es el más afectado, hay una alta proporción de pacientes que son mujeres y que están más afectados de osteoporosis, como ya se mencionó. Por lo general, se debe usar tracción para mantener a los pacientes inmóviles durante unos días antes de que puedan someterse a una cirugía para reemplazar el hueso roto con una prótesis.

2 Objetivos

Evaluar los cuidados de enfermería para la tracción de tejidos blandos en personas mayores de 75 años, brindar atención a los pacientes y demostrar la colaboración de la comunidad médica.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Las bases de datos primarias, Pubmed, Medline y Scielo, se han buscado minuciosamente en busca de libros y artículos, y se han elegido aquellos con contenido pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

Para utilizar este método de tracción, la extremidad superior o inferior fracturada debe estar perfectamente alineada. Aunque en ocasiones el servicio de traumatología la programa después de la intervención quirúrgica, normalmente se realiza antes de la cirugía. Este tipo de cuidado, que tiene sus raíces en la enfermería, tiene como objetivo inmovilizar la extremidad de manera que evite que el paciente sienta dolor, promoviendo así un tratamiento de alta calidad y la comodidad del paciente. Para esto, se debe utilizar una variedad de mantenimiento y suministros del el hospital se componen de:

- Gel hecho de alcohol por fermentación.
- Guantes no esterilizados.

- Equipos de protección personal, como parches para prevenir úlceras por presión y quemaduras por fricción.
 - Tirar del miembro afectado mediante sistemas de poleas y pesos.
 - Férula Braun: Esta férula metálica, rígida, no ajustable, mantiene la extremidad en una posición elevada y de manera útil.
 - Una esponja y un poco de agua para lavar la zona antes de aplicar la tracción.
- Como con cualquier técnica, preparar todo y lavarse las manos son pasos necesarios en el proceso de colocación de tracción. A pesar de que el médico ya le ha dicho al paciente, todavía necesita explicar lo que se hará. Siempre se debe proteger la privacidad del paciente para aumentar su comodidad.
- El paciente se mantendrá en decúbito supino, por lo que es necesario proteger y cuidar el sacro para prevenir las úlceras por presión. La cama se aplanará y ayudaremos al médico a colocar la tracción mientras lo hace. Para evitar roces y lesiones y mantener el miembro en su posición funcional, que es mejor para su posterior rehabilitación, se aplicarán vendajes o algodón a ambos lados de la tracción.
- El vendaje se aplica de forma que permita el retorno venoso. Todo este procedimiento debe quedar documentado en la historia clínica del paciente, debiendo evaluarse el pulso distal y el color de la extremidad cada tres o cuatro horas. Como es imprescindible evitar que no haya retorno venoso, se confirma que hay color y pulso para evitar que cuelgue la tracción.
- Cada detalle del plan de cuidados individualizado del paciente está delineado en relación a los cuidados de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la colocación de las tracciones favorece más significativamente la recuperación del paciente. Los cuidados de enfermería se brindan en conjunto con los médicos durante la colocación de los pacientes, pero para prevenir complicaciones, particularmente el dolor que precede a una fractura ósea, deben ser capaces de mantener la tracción y una serie de cuidados para los pacientes que los llevan. Por lo tanto, la atención debe ser integral, adaptada a cada paciente y continua basado en el plan de cuidado del paciente, que ha sido desarrollado. Estos profesionales sanitarios de enfermería deben recibir una formación adecuada y continuada para ello.

6 Bibliografía

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

Capítulo 24

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CONOCIMIENTOS Y LA UTILIZACIÓN DEL PLEUR-EVAC

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

MARIA DEL PILAR GALIANO SÁNCHEZ

CRISTINA LÓPEZ GARCÍA

CLARA COMPANY GARCÍA

NATALIYA TYUKALOVA

1 Introducción

Se estima que el curso de tratamiento preferido para la mayoría de los eventos de neumotórax, varios derrames pleurales y traumatismo torácico es el drenaje torácico, que es un procedimiento muy común y de rutina en la cirugía torácica. Se inserta un catéter en el espacio pleural durante el drenaje torácico. Esta es una señal de que hay sangre, líquido o aire en el espacio antes mencionado, lo que impide que el pulmón se expanda libremente y conduce al colapso del pulmón por un intercambio de gases muy pequeño o incluso inexistente. cualquiera sea el caso. Con el fin de drenar los materiales patológicamente acumulados desde el lugar de origen, frecuentemente será necesario introducir dicho tubo a través de la caja torácica hasta llegar al espacio pleural. La presión fisiológicamente negativa en la cavidad pleural debe mantenerse en todo momento después de la

inserción del tubo para garantizar y asegurar la expansión pulmonar completa. Coexisten diferentes tipos de tubos y sistemas de recogida. En este momento se manejan sistemas de drenaje torácico cerrado, que ofrecen al paciente afectado el mejor y más seguro manejo posible. El denominado sistema cerrado Pleur-Evac es el que actualmente se utiliza con mayor frecuencia. Saber lo que conlleva y tener la ineludible formación y conocimientos fundamentales necesarios para evitar y prevenir complicaciones es crucial y trascendente.

2 Objetivos

Explicar las características e indicaciones de la tipología de drenaje torácico Pleur-Evac y conocer cómo funciona el drenaje torácico Pleur-Evac y las posibles complicaciones.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Las bases de datos primarias, Pubmed, Medline y Scielo, se han buscado minuciosamente en busca de libros y artículos, y se han elegido aquellos con contenido pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

Comenzamos describiendo la pleura, una membrana que recubre la pared torácica y el diafragma. La membrana pleural parietal o externa y la membrana pleural visceral o interna son los dos tipos. El espacio pleural es el término utilizado para describir el área entre ellos. Los pulmones pueden expandirse más fácil y libremente cuando existe una presión negativa en el espacio donde se ubican en contextos fisiológicos. La expansión de la caja torácica durante la inspiración aumenta la cantidad de presión negativa. Cuando el diafragma y las costillas se contraen durante la espiración, la cavidad torácica se reduce de tamaño y la presión intrapulmonar aumenta en relación con la presión atmosférica, lo que permite que el aire salga de los pulmones.

La obstrucción de la expansión pulmonar libre por materiales patológicos como aire, pus o sangre en el espacio pleural puede provocar el colapso del pulmón y que haya poco o ningún intercambio de gases así que es importante.

Drenaje de estas sustancias mediante extracción mediante toracocentesis o mediante la instalación de un drenaje torácico vinculado a un sistema de recogida cerrado. Las siguientes son las principales causas de drenaje pleural:

- Neumotórax: presencia de aire en la cavidad pleural. El origen puede ser secundario a otras patologías, traumático, iatrogénico o ambos.
- La sangre, el aire o ambos están presentes en el tórax, lo que se conoce como hemotórax y hemo-neumotórax.
- Los eventos traumáticos son los principales culpables de su origen.
- Después de cirugías torácicas específicas.
- Los derrames pleurales son otro ejemplo.

El Pleur-Evac, uno de los dispositivos cerrados más populares para recolectar materiales de drenaje, será el tema central de nuestra próxima sección sobre drenaje torácico, que analizaremos en detalle. Es un sistema basado en un mecanismo con un sello de agua, cuyo objetivo es liberar las sustancias acumuladas en la cavidad pleural, restablecer el equilibrio normal de presiones y permitir que el pulmón afectado se expanda nuevamente.

Tres cámaras que están conectadas entre sí conforman el dispositivo.

- El contenido de la cavidad pleural se acumula en esta cámara de drenaje y se deposita allí. La capacidad de extraer muestras también es posible y podemos controlar el contenido, la velocidad y el volumen.
- Una conexión entre la cámara de drenaje y la cámara de control de succión a través de la cámara de sellado de agua. Permite la visualización del aire que sale de la cámara a través de las burbujas mientras permite que el aire salga del espacio pleural y evita que regrese.
- La cámara que controla la fuerza de la succión.

Como enfermera, es su responsabilidad comprender el mecanismo detrás de lo que puede ser anormal y reconocer las principales complicaciones que pueden surgir.

Nuestros principales desafíos incluyen los siguientes.

- Permitir la salida accidental del catéter.
- Desconexión del sistema de recogida del tubo.
- la aparición de infección.
- Cualquier parte del mismo que esté bloqueada.
- Enfisema subcutáneo.
- Hemorragia.
- La perforación diafragmática.

5 Discusión-Conclusión

Es angustioso para el paciente, que necesita sumo cuidado y precaución para prevenir complicaciones. Tanto el conocimiento de la anatomía y la fisiología pulmonar como la capacidad de observación y evaluación precisas son necesarios para este procedimiento. Los pacientes que están afectados por o deben recibir este tipo de drenaje. El trauma médico o quirúrgico manifiesta una acumulación de sustancias patológicas que interfiere con la ventilación adecuada en el espacio pleural. Una gran opción es el sistema Pleur-Evac, que consiente en cuantificar y evaluar el contenido extraído garantizando la seguridad del paciente. Con el fin de brindar atención, es uno de los más populares, por lo que comprender cómo funciona es crucial elegir las mejores enfermeras para prevenir problemas y tratamientos ineficaces.

6 Bibliografía

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

Capítulo 25

LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON CRISIS ASMÁTICA

LAURA RAMIREZ MUÑOZ

IVAN POVEDA CANTERO

MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ

NATALIA CAVA RUIZ

MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Una enfermedad común no transmisible es el asma. Es una enfermedad crónica que puede estrechar las vías respiratorias y causar inflamación como consecuencia de la hipersensibilidad a diversos estímulos ya sea solos o con la ayuda de medicamentos. Los síntomas son tos, disnea, sibilancias y opresión en el pecho, y puede convertirse rápidamente en una situación de emergencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) proyecta que 236 millones de personas en todo el mundo padecen asma actualmente y que la afección es responsable de 250 000 muertes al año. No importa cuán desarrollada sea una nación, existe en todas partes. Un ataque de asma, también es conocido como brote, episodio o ataque asmático. En un paciente que antes estaba estable, una exacerbación del asma es el empeoramiento o la aparición de varios de los síntomas característicos

de la enfermedad. El inicio de un ataque de asma en una persona asmática puede demorar algunos días o algunos minutos, y existen cosas específicas o desencadenantes que pueden hacerlo.

Por último, el asma de una persona puede ser provocada por una variedad de factores entre otros, pero los desencadenantes más típicos incluyen la exposición a los alérgenos, fumar, aire frío, ejercicio, infecciones virales como resfriados, tratamiento insuficiente o suspensión de la medicación. Los síntomas permiten una estimación más precisa de la gravedad del episodio que la saturación de oxígeno medida por oximetría de pulso.

2 Objetivos

Conocer los roles que desempeña el personal de enfermería con respecto a los pacientes asmáticos, así como poder educar a las personas sobre los signos de un ataque de asma e identificarlos de manera temprana para tomar medidas más rápidas.

3 Metodología

La metodología utilizada se basa en una revisión bibliográfica de diversas bases de datos, repositorios, revistas y sitios web de organismos públicos y entidades científicas.

La búsqueda que se realizó se describe en detalle a continuación: Pubmed, Cuiden y SciELO se han utilizado como bases de datos electrónicas empleando un lenguaje controlado.

4 Resultados

Los pacientes deben comenzar el tratamiento temprano en el hogar tan pronto como aparezcan los síntomas para controlar una crisis asmática. A pesar de haber iniciado la terapia, el tratamiento debe administrarse cuando la crisis empeora o progresa bajo supervisión médica, para continuar en la sala de emergencias. Para poder iniciar el tratamiento lo antes posible, es fundamental un diagnóstico precoz a la llegada de urgencias. Mediante una breve anamnesis y preguntas sobre el tiempo de evolución, si se ha administrado previamente medicación y su respuesta, y si ha habido crisis previamente, es posible determinar la gravedad de la crisis asmática y determinar cuál es la mejor forma de tratarla a los síntomas

previos, los eventos desencadenantes, el tratamientos actuales y si es necesaria la hospitalización. También realizaremos un análisis centrado en datos clínicos para ayudar a determinar la gravedad del ataque de asma simultáneamente con el inicio del tratamiento.

El personal de enfermería y medicina deben trabajar juntas al recolectar muestras para un análisis de sangre completo, realizar el historial médico, realizar el examen físico, tomar constantes, así como la realización de un ECG, una radiografía de tórax y una gasometría arterial. Tres pilares principales sirven como base para el tratamiento:

- El bromuro de ipratropio se debe utilizar al inicio del tratamiento, durante las dos primeras horas, como coadyuvante del BAC en crisis asmáticas graves.
- Administración de broncodilatadores inhalados o nebulizados con agonistas 2 de acción corta, son los broncodilatadores de elección y son la base del tratamiento.
- Glucocorticoides sistémicos, que son los encargados de reducir la inflamación, administrados como prednisona oral, metilprednisolona o hidrocortisona intravenosa en la mayoría de los pacientes asmáticos tanto cuando se administra por vía oral como por vía intravenosa.

5 Discusión-Conclusión

La enfermería de un hospital desempeña un papel importante tanto en la educación de las personas sobre el asma como en el control de sus síntomas. Es crucial en caso de emergencia asmática porque, además de administrar el tratamiento recomendado e identificar signos y síntomas precoces para poder actuar rápidamente, también es crucial para garantizar la seguridad del paciente y reducir sus niveles de ansiedad. Además, es crucial en la entrega de educación para la salud elevar el nivel de vida de estos pacientes, detener la aparición de nuevas crisis en el futuro y reducir los viajes a la sala de emergencias.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Asma [Internet]. WHO; 4 Mayo 2023 [revisado 15 Junio 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>.
2. Chiesi. Vía aérea pequeña, asma y EPOC [Internet]. Smallairways; [consultado 20 Junio 2023]. Disponible en: https://www.smallairways.es/pequena-via-aerea/que-es-la-pequena-via-aerea/?gclid=EAIaIQobChMInInTzLm7gAMV3oQBh1kyAlHEAAYASAAEgLTm_D_BwE.

Capítulo 26

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE COLOSTOMIZADO

LAURA RAMIREZ MUÑOZ

IVAN POVEDA CANTERO

MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ

NATALIA CAVA RUIZ

MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La primera operación de colostomía tuvo lugar en 1793, este procedimiento quirúrgico se ha refinado desde entonces hasta el punto en que está hoy. La razón más frecuente para las colostomías es el cáncer colorrectal, pero también se realizan por una variedad de razones, incluida la enfermedad inflamatoria intestinal, la enfermedad diverticular y las anomalías congénitas anorectales. La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) ha informado información sobre el cáncer. Después del cáncer de seno y pulmón en orden de incidencia, el cáncer colorrectal llega en tercer lugar. Afecta a 1 de cada 25 hombres y 1 de cada 35 mujeres en nuestra nación, lo que lo convierte en el cáncer con la mayor incidencia en ambos sexos. Esto hace que su detección y prevención temprana sea

crucial, por lo que se ejecutan campañas de detección por el personal de enfermería. Un análisis de sangre oculta fecal es el componente principal del programa de detección, y su objetivo es encontrar y eliminar pólipos precancerosos para prevenir el crecimiento de tumores malignos. Cuando un paciente desarrolla una colostomía debido al cáncer, no solo debe lidiar con su diagnóstico sino también aprender a vivir con un estoma digestivo. Como resultado, el profesional de enfermería es crucial para el tratamiento de este grupo de pacientes.

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados de enfermería en el paciente colostomizado.

3 Metodología

La metodología utilizada se basa en una revisión bibliográfica de diversas bases de datos, repositorios, revistas y sitios web de organismos públicos y entidades científicas.

La búsqueda que se realizó se describe en detalle a continuación: Pubmed, Cuiden y SciELO se han utilizado como bases de datos electrónicas empleando un lenguaje controlado.

4 Resultados

Para un paciente que sufre de colostomía es más fácil vivir con una colostomía si hay dos o tres personas de confianza que lo saben. El miedo a que los demás noten la bolsa es frecuente cuando hay que vivir con una colostomía. Algunos pacientes tienen miedo de que se vea con el volumen (un bulto bajo la ropa) o que se note con el olor.

Una ostomía es un procedimiento quirúrgico en el que se crea un orificio para proporcionar una salida artificial para un órgano en un lugar que no sea su ubicación natural, es decir para crear una salida artificial para las heces, el colon se exterioriza a través de la pared abdominal y se conecta a la piel. La parte del órgano ostomizado que mira hacia el exterior del cuerpo se denomina estoma. Según su duración, las colostomías se dividen en dos categorías:

1-Definitivas, lo que implica que no es posible la reconstrucción del tránsito intestinal.

2-Transitorias, que tienen como objetivo tratar la fase aguda de la enfermedad. Estos se clasifican como: en función de su uso previsto.

-Según la localización, se clasifican en: ascendentes (donde el estoma se ubica en el lado derecho del abdomen, heces líquidas), transversales (con el estoma típicamente arriba del ombligo, ubicado indistintamente en el cuadrante superior derecho o izquierdo, heces semilíquidas), terminales (que frecuentemente se realizan de manera urgente y no dan tiempo para preparar el intestino).

Se predice que las complicaciones afectarán a aproximadamente la mitad de los pacientes con estomas intestinales. Para brindar una atención de alta calidad basada en la evidencia, el personal de enfermería de un hospital debe estar capacitado para prevenirlos y, si ocurren, detectarlos de manera temprana. educar al paciente y su familia sobre el mantenimiento del estoma y la prevención de futuras complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Las personas con colostomías experimentan severas limitaciones físicas, psicológicas y sociales que reducen significativamente su calidad de vida. A todo ello hay que sumar el miedo y el dolor que sienten al enfrentarse a esta situación nuevo para ellos y estresante. Dado que el personal de enfermería enseñará al paciente y a sus seres queridos cómo brindar los cuidados que se requieren, aliviando miedos y enfatizando los aspectos positivos durante todo el proceso, el papel de enfermería adquiere una especial importancia en este tipo de pacientes, además, ofrece apoyo emocional para ayudar a las personas a adaptarse a este cambio de la forma menos dolorosa posible desde el punto de vista psicológico.

6 Bibliografía

1. <http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/para/n13/pdf/p059.pdf>.
2. <http://search.proquest.com/docview/911946212?accountid=14555>.
3. <http://www.enfervalencia.org/ei/>.

Capítulo 27

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA TRANSFUSIÓN AUTÓLOGA

LAURA RAMIREZ MUÑOZ

IVAN POVEDA CANTERO

MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ

NATALIA CAVA RUIZ

MARÍA LEONOR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La autotransfusión es una donación realizada por el propio paciente antes de un procedimiento quirúrgico planificado. Bajo supervisión médica, se extrae sangre del paciente y la cantidad necesaria de hierro, que se conserva y almacena a 4 °C para poder cubrir las necesidades que puedan surgir durante la cirugía. El objetivo principal es evitar el riesgo potencial de transmisión de enfermedades infecciosas si utilizamos sangre de otras personas, aunque este riesgo ha disminuido significativamente en los últimos años. Hay tres opciones básicas de autotransfusión disponibles.

1-La autodonación es uno de los métodos más conocidos y populares. En él, el paciente se convierte en autodonante y dona dos o más unidades de sangre antes de las operaciones que se reservan para ello.

2-La recuperación de sangre perioperatoria es otro método de autotransfusión que reemplaza la sangre del paciente perdida durante la cirugía. Para ello se

dispone de instrumentos que recuperan sangre durante o después de la cirugía. Estos últimos, que recuperan la sangre perdida por los drenajes inmediatamente después de finalizado el procedimiento y durante un breve periodo de tiempo, son los más habituales. Según el procedimiento y la probabilidad de que se requiera una transfusión, se pueden usar estos dispositivos.

3-El último, conocido como hemodilución, ya no se usa. En esta modalidad, se extrae sangre del paciente 24 horas antes de la cirugía y en su lugar se utilizan diferentes tipos de suero. Estas unidades previamente extraídas se vuelven a infundir en el cuerpo al finalizar la operación. La primera, también conocida como autotransfusión o autodonación, será nuestro foco principal.

2 Objetivos

Conocer las intervenciones adecuadas para las que se debe utilizar la transfusión autóloga y ser consciente de las ventajas y desventajas de utilizar este método por el personal de enfermería.

3 Metodología

La metodología utilizada se basa en una revisión bibliográfica de diversas bases de datos, repositorios, revistas y sitios web de organismos públicos y entidades científicas.

La búsqueda que se realizó se describe en detalle a continuación: Pubmed, Cuiden y SciELO se han utilizado como bases de datos electrónicas empleando un lenguaje controlado.

4 Resultados

Las recomendaciones de autotransfusión incluyen cualquier procedimiento planificado en el que se anticipe una pérdida significativa de sangre y para el que normalmente se reserve sangre homóloga cruzada, puede incluirse en un programa de extracción de sangre, específicamente en PTA:

- Procedimientos ortopédicos.
- El estudio de la urología.
- Ginecología.
- Otorrinolaringología.
- Cirugía digestiva, incluyendo colon, gástrica y CHBP.

- Cirugía cardiotorácica.
- Cirugía cosmética.
- Cirugía Maxilofacial.

La PTA no se utiliza en todo su potencial, en realidad, representa solo del 5 al 10% de toda la sangre utilizada durante la cirugía. Los beneficios de la autotransfusión incluyen, el paciente, el hospital y los servicios de autotransfusión se benefician de la transfusión autóloga además del paciente.

1. Respecto al paciente:

- Reduce la posibilidad de transmisión de enfermedades infecciosas.
- Elimina la posibilidad de aloinmunización y otros efectos inmunológicos asociados con las transfusiones de sangre alogénica (TSA).
- Disminuir la frecuencia de las reacciones transfusionales.
- Favorece la eritropoyesis.
- Disminuye la viscosidad de la sangre, lo que reduce el riesgo de trombosis posquirúrgica.
- Tranquilizar al paciente.

2. En relación con el banco de sangre:

- Acceso a sangre para pacientes con tipos de sangre poco comunes o problemas inmuno hematológicos.
- Acceso a cirugías en áreas del mundo donde los suministros son escasos.
- Un aumento de las reservas globales de sangre al disminuir el uso de sangre homóloga.
- Reconocido por la mayoría de los Testigos de Jehová.

3. Para el hospital:

- Acorta la estancia media.
- Recorta gastos médicos.
- Disminuye las reclamaciones legales.
- Desventajas de la autotransfusión.

Las complicaciones que resultan de la extracción plantean los mayores riesgos para el paciente son:

- Reacciones desfavorables durante la donación. Convulsiones, desmayos, náuseas, vómitos, espasmos musculares, un hematoma en el sitio de la flebotomía y trastornos cardíacos graves...
- Hipovolemia y pérdida de proteínas plasmáticas: sólo significativa en circunstancias específicas de enfermedad hepática grave.
- Aclaramiento, que se equilibra con un aumento de la eritropoyesis, el hierro y, en su caso, la eritropoyetina.
- La incomodidad del paciente es otro factor.

- Unidades que han caducado y se han perdido.
- Aumento de las tasas de contaminación bacteriana.

5 Discusión-Conclusión

En relación con las infecciones de hepatitis C y VIH que se observaron hace muchos años, cuando las pruebas no eran tan sofisticadas como ahora, los procedimientos de autotransfusión se desarrollaron mucho. El riesgo de propagar este tipo de enfermedades a través de la sangre es excepcionalmente alto debido a la extraordinaria mejora en la sensibilidad de las pruebas analíticas. Por lo tanto, las ventajas de la autotransfusión han disminuido importantemente. Hasta ahora, la autotransfusión solo se ha utilizado en individuos sanos que se someten a cirugías de rutina donde el uso de sangre es al menos teóricamente posible. Esencialmente, cirugías complicadas de columna lumbar, cirugías de cadera o cirugías de escoliosis. Las prótesis de rodilla actuales requieren sangre, lo cual es extraño. No vale la pena hacerlo si el riesgo es muy bajo. Es posible que podamos reducir estos inconvenientes de este procedimiento con una mejor programación de estas autotransfusiones, aún dirigidas a pacientes específicos.

6 Bibliografía

1. <http://congreso-enfermeria.es/libros/2016/sala2/6164.pdf>.
2. www.revistamedica.com.
3. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n37/1409-4568-enfermeria-37-168.pdf>.

Capítulo 28

IMPACTO DE LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO

PAULA PÉREZ SOLER

ALICIA VALENZUELA GÓMEZ

1 Introducción

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, define la violencia de género como la violencia que se ejerce sobre las mujeres por parte de sus parejas o exparejas, independientemente de que convivan o no. Esta violencia se manifiesta de diversas formas, incluyendo el maltrato físico, psicológico, sexual y económico.

La violencia de género no es un problema privado, sino un problema social. Está causada por las desigualdades entre hombres y mujeres que existen en nuestra sociedad. Estas desigualdades se manifiestan en los roles que se asignan a hombres y mujeres, en los valores que se les inculcan y en las oportunidades que se les ofrecen.

La violencia de género es un problema grave que tiene consecuencias devastadoras para las mujeres que la sufren. Puede provocar daños físicos, psicológicos y económicos. También puede llevar al aislamiento, la depresión y el suicidio.

Es importante que tomemos conciencia de la violencia de género y trabajemos para prevenirla. Podemos hacerlo educando a la población sobre este problema, apoyando a las mujeres que la sufren y cambiando las normas sociales que la toleran.

La violencia de género es un problema grave que afecta a millones de mujeres en todo el mundo. Es importante tomar medidas para prevenirla.

En España, el 14 de marzo de 2020 se declaró el estado de alarma para gestionar la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. El confinamiento se produjo desde el 15 de marzo de 2020 hasta el 21 de junio de 2020. Posteriormente, hubo una serie de fases de desescalada, pero el aumento del número de casos obligó a declarar de nuevo el estado de alarma desde el 25 de octubre de 2020 hasta el 9 de mayo de 2021.

A pesar de las medidas adoptadas y de las importantes restricciones de movilidad y convivencia, la pandemia ha evolucionado en España con seis olas. Las olas se han producido en las siguientes fechas:

- Primera ola: del 18/3/20 al 29/8/20
- Segunda ola: del 30/8/20 al 1/1/21
- Tercera ola: del 2/1/21 al 15/3/21
- Cuarta ola: del 16/3/21 al 29/6/21
- Quinta ola: del 30/6/21 hasta 15/9/21
- Sexta ola: del 18/10/21 hasta la actualidad

La tercera ola fue la más intensa en cuanto a número de casos, pero la primera fue la que causó más muertes.

La pandemia de la COVID-19 ha tenido un fuerte impacto sobre la sociedad española, generando una triple crisis: sanitaria, económica y social.

Debido a esto, se han producido cambios en la sociedad y en la forma en la que nos relacionamos, agravando la violencia de género. Esta situación requiere un amplio estudio de identificación de los indicadores que variado significativamente y el entendimiento de los factores que han podido influir en estas variaciones respecto a la situación previa.

2 Objetivos

- Descubrir el impacto de la pandemia de coronavirus en la violencia de género.
- Conocer medidas de contención utilizadas durante la pandemia en diversos países del mundo.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de las bases de datos Cuiden, Scielo, Biblioteca Cochrane, Cuidatge y ENFISPO, sin límite cronológico y siguiendo los

criterios de inclusión y exclusión seleccionados (artículos en español y con acceso gratuito). Seleccionamos entre todos dos artículos.

4 Resultados

En la revisión narrativa seleccionada para este capítulo se analizaron 24 resultados. Se observó un aumento de violencia de género en un 10.2-59%, incrementando las consultas telefónicas y online hasta un 182.93%, sólo en nuestro país.

El confinamiento de la pandemia de coronavirus empeoró factores de riesgo para la violencia de género (aislamiento y control), empeorando, además, la salud mental de las mujeres y la tasa de empleo de estas.

En España se tomaron ciertas medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia:

- Asistencia integral a las víctimas, manteniendo el funcionamiento de dispositivos de información de 24h, la respuesta ante emergencia y acogida de víctimas en situación objetiva de riesgo, además, la atención psicológica, legal y social no presencial.
- Se activó un nuevo recurso de emergencia para las mujeres en situación de violencia de género. Este recurso permite a las mujeres enviar un mensaje de alerta por mensajería instantánea con geolocalización a las Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FCSE). El mensaje de alerta incluye la ubicación de la mujer, así como información sobre la situación de violencia de género que está sufriendo. Las FCSE podrán utilizar esta información para enviar una patrulla a la ubicación de la mujer y ayudarla a ponerse a salvo.
- Se lanzó una campaña institucional para concienciar sobre este problema durante el confinamiento. La campaña incluye dos líneas de materiales: una dirigida a las víctimas, con el lema "Estamos contigo, la violencia de género la paramos unidas", y otra dirigida a la sociedad en general, con el lema "La violencia de género la paramos unidas, estamos contigo".
- Elaboración de una guía de actuación para mujeres que estén sufriendo violencia de género en situación de confinamiento domiciliario derivada del estado de alarma por COVID-19. La guía recoge información sobre los recursos disponibles y las pautas de actuación concretas en función de la situación personal de la mujer.
- Atención psicológica vía Whatsapp a través de diversos teléfonos facilitados por el Ministerio de Igualdad.
- Uso de los establecimientos de alojamiento turístico en caso de que no haya plazas disponibles durante el estado de alarma en los centros designados para

ello y sea necesario para garantizar la seguridad de las víctimas.

- Introducción del «Botón SOS» en la App AlertCops, que permite la asistencia de forma discreta de las Fuerzas de Seguridad del Estado.

Cabe destacar la iniciativa «Mascarilla-19», un recurso para las mujeres que se encuentren en una situación de peligro. Las mujeres pueden ir a la farmacia y pedir una «Mascarilla-19». El personal farmacéutico llamará a los servicios de emergencia y se pondrá en marcha el protocolo por violencia de género.

La iniciativa «Mascarilla-19» fue impulsada por el Instituto de Igualdad de Canarias y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las islas Canarias. Desde entonces, se ha extendido a otras comunidades autónomas, como País Vasco, Andalucía, Valencia, Madrid, Cantabria, Ceuta y Melilla.

5 Discusión-Conclusión

La pandemia de COVID-19 ha favorecido el aumento de la violencia de género, al aumentar el control constante del agresor y la disminución de recursos comunitarios.

Es importante que se evalúe el impacto de la pandemia a través del análisis de los indicadores disponibles, como las denuncias, las partes de lesiones y la mortalidad. También es importante prever otras posibles circunstancias excepcionales e incluir en los protocolos de actuación sanitaria medidas para dar respuesta a estas situaciones.

- Número de denuncias por violencia de género.
- Número de partes de lesiones por violencia de género.
- Número de muertes por violencia de género.
- Número de llamadas a las líneas telefónicas de atención a las víctimas de violencia de género.
- Número de mujeres que se refugian en albergues para víctimas de violencia de género.
- Número de mujeres que reciben asistencia jurídica y psicológica por violencia de género.

Es importante incluir en los protocolos de actuación sanitaria medidas para dar respuesta a estas situaciones. Estas medidas pueden incluir:

- Formación del personal sanitario en la detección y atención de la violencia de género.
- Acceso a la atención sanitaria para las víctimas de violencia de género.
- Apoyo psicológico y social para las víctimas de violencia de género.
- Protección policial y judicial para las víctimas de violencia de género.

6 Bibliografía

1. Ruiz-Pérez I, Pastor-Moreno G. Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. Gaceta sanitaria [Internet]. 1 de julio de 2021;35(4):389-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.005>.
2. Espadero MB. La violencia de género durante la pandemia por COVID-19 [Internet]. Enfispo. 2022. Disponible en: <https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=8458049>.
3. Impacto de la pandemia por COVID-19 en la violencia de género en España - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Internet]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2022/estudios/impacto_covid19.htm.

Capítulo 29

PAE: APOYO PSICOEMOCIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES GERIÁTRICOS

ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO

JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN

CARMEN RAMIREZ ROSILLO

ALBA GOMEZ DIAZ

MARINA GUILLEM SÁNCHEZ

1 Introducción

El envejecimiento es un proceso continuo y dinámico que se inicia cuando nacemos y se desarrolla a lo largo de la vida. La vejez, ancianidad o tercera edad abarca según algunos autores desde los 65 años hasta la muerte. En esta etapa de la vida suceden cambios estructurales y funcionales, y esto implica que disminuye la capacidad de adaptarse ante factores nocivos y aumentando la probabilidad de muerte.

En las últimas décadas hay gran interés por mejorar el bienestar de las personas mayores, aumentando la esperanza de vida de las personas ancianas en los países desarrollados. También se ha visto un envejecimiento de la población, esto implica que el personal de enfermería tiene que estar preparado para un mejor suministro de servicios geriátricos. Las personas de edad avanzada necesita tener un

contacto estrecho con quienes le proporcionan los cuidados, convirtiéndose también en sus acompañantes o confidentes. En plantas del hospital como geriatría, oncología o paliativos es donde mayor número de ancianos se encuentran junto con las residencias de ancianos. Es importante el papel de la enfermería y la psicología en estas personas para proporcionarles apoyo emocional en la última etapa de su vida y así prevenir la depresión. Respecto a la enfermería es un trabajo difícil y estresante, ya que se enfrenta diariamente al dolor humano y a la muerte. La enfermera, tanto en un hospital como en una residencia, es la que cuida y trata al paciente de tercera edad. Para las enfermeras es fundamental la comunicación con el paciente, viéndose esta dificultada por ciertos problemas como dificultad de comprensión y audición, posible depresión, desobediencia, demencias, etc. Las personas que trabajan con pacientes de la tercera es muy importante que sepan escuchar y desarrollar diálogos comprensibles. No por ser personas mayores, tienen menos derecho a un trato digno y con intimidad.

2 Objetivos

Conocer cómo las personas ancianas atraviesan una etapa en la que pueden tener algunos problemas emocionales y cómo desde las actuaciones de enfermería podemos trabajar para solventarlos.

3 Caso clínico

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO: "Síndrome de fragilidad del anciano: Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad"

OBJETIVOS / NOC

-Descripción: Energía psicomotora: Vigor y energía personal para mantener actividades de la vida diaria, nutrición y seguridad personal

*INDICADORES:

1. Muestra un nivel de energía estable
(Puntos)

Actual: Raramente demostrado

Esperado: Siempre demostrado.

2. Muestra interés por lo que le rodea

(Puntos)

Actual: Nunca demostrado

Esperado: Siempre demostrado.

INTERVENCIONES / NIC

Descripción: Manejo de la energía

Actividades:

- Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Controlar la administración y efecto de los estimulantes y sedantes.

DIAGNÓSTICO: "Deterioro de la memoria: Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales"

OBJETIVOS / NOC

-Descripción :Memoria:Capacidad para recuperar y comunicar la información previamente almacenada

*INDICADORES:

1. Recuerda información inmediata de forma precisa

(Puntos)

Actual: Moderadamente comprometido

Esperado: Levemente comprometido

2. Recuerda información remota de forma precisa

(Puntos)

Actual: Moderadamente comprometido

Esperado: Levemente comprometido

INTERVENCIONES / NIC

Descripción: Entrenamiento de la memoria

Actividades:

- Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información.
- Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes.
- Vigilar la conducta del paciente durante la terapia.

4 Discusión-Conclusión

En la vejez el personal de enfermería tiene un importante papel a nivel de cuidados, pero sobre todo cuidados orientados a mejorar el bienestar de las personas en esta última etapa de la vida. La vejez es un periodo en el que se producen numerosos cambios: tienen más riesgo de morir debido un gran deterioro cognitivo y orgánico en general. Hay personas que no asimilan o aceptan este cambio y pueden sufrir una depresión; por eso es tan importante que el enfermero sepa brindar un apoyo psicológico adecuado a estas personas y no solo tratar sus enfermedades de forma clínica; es importante tratar a las personas de una forma holística en todas las etapas de la vida.

5 Bibliografía

Hernández Zamora, Z. (2018). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. [online] Scielo.isciii.es.

Fernández Alba R, Manrique-Abril F. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global* 2010; (19).

Ortiz Arriagada J, Castro salas m. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2009;15(1).

Taxonomía:

- Herdman, T. and Kamitsuru, S. (2015). *Diagnósticos enfermeros*. Barcelona:Elsevier.
- Johnson, M. (2011). *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. Ámsterdam: Elsevier.
- Moorhead, S. (2014). *Clasificación de resultados en enfermería (NOC)*. Barcelona: Elsevier España.
- McCloskey, J., Bulechek, G., Dochterman, J. and Wagner, C. (2014). *Clasificación de intervenciones en enfermería (NIC)*. Ámsterdam: Elsevier.

Capítulo 30

ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DEL DOLOR DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARÍA INÉS GIL GARCÍA

LORENA CERRILLO PÉREZ

ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ

LORENA PATERNA SERRANO

JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA

1 Introducción

En los centros hospitalarios de referencia suele existir la llamada unidad de tratamiento del dolor encargada de ofrecer los cuidados a los pacientes que presentan un dolor crónico, debido a una enfermedad grave o a que se encuentren en fase terminal de la misma. Esta unidad del dolor está compuesta por un conjunto de profesionales cuya función es la de ofrecer una atención sanitaria desde la perspectiva multidisciplinar.

La unidad está compuesta por enfermeras, anestelistas y otros especialistas de las diferentes especialidades médicas, cuyo objetivo final es el trabajo conjunto y en equipo para solventar los problemas derivados de las enfermedades que los aquejan, problemas sanitarios que coinciden siempre con un dolor crónico.

Este trabajo conjunto y multidisciplinar puede ofrecer un tratamiento individual y personalizado para cada paciente, dependiendo del grado de la enfermedad que presenta y de los dolores que le produzcan, atendiendo del mismo modo, a sus características fisiológicas y biológicas, y al estado, más avanzado o en menor grado, de la enfermedad.

La unidad se estructura físicamente en boxes o sillones, donde la enfermera coloca a cada paciente en cada uno de ellos, emitiendo el coctel de medicación precisa para que el farmacéutico lo prepare. Toda esta medicación indicada en cada paciente está milimétricamente estudiada y probada, para que el índice de curación no sobrepase los estándares establecidos y no se produzca algún resultado no deseable.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de la unidad de tratamiento del dolor de un centro hospitalario.
- Conocer las funciones que la enfermera destinada en la unidad realiza con los pacientes que acuden a la misma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La enfermera que desarrolla su labor en la unidad de tratamiento del dolor crónico de cualquier centro sanitario debe poseer unas características que van inherente al puesto que ocupa. Hay muchas referencias legislativas sobre las competencias y funciones de las mismas, pero aquí en este capítulo se atenderá a las pautas y normas establecidas para nuestro país, que son las dadas por el Ministerio competente en materia de sanidad.

La enfermera tiene que tener conocimientos clínicos y profesionales para trabajar con enfermos crónicos. Esta característica implica que debe saber técnicas sanitarias, poder de decisión en un caso u otro, clínicamente hablando.

La valoración del paciente también es un aspecto muy importante a resaltar, puesto que de esa valoración dependerá las terapias con la medicación y los cócteles realizados. Esta valoración se tendrá realizada teniendo en cuenta el estado del paciente, tanto de su enfermedad, como de su grado de dolor, y en toda ella se gestionarán los recursos que se tenga al alcance.

La enfermera será la encargada de suministrar los medicamentos y la colocación de las vías, así como participar en las sesiones clínicas existentes cuando la unidad lo establezca, para poner como parte integrante del equipo multidisciplinar, los cuidados y atenciones en común para todos los enfermos.

En el cuidado del paciente, la enfermera, siempre tendrá presente las normas de respeto e intimidad del paciente, guardando las respectivas normas de colaboración con el resto del personal y con familiares y acompañantes de los pacientes, que en muchos de los casos, acompañan al enfermo en la unidad.

Es función de la enfermera el cuidado de los dispositivos de vías centrales, catéteres, vías secundarias y cualquier otra forma de poder suministrar la medicación al enfermo, así, como proponer al médico responsable del paciente la realización de pruebas complementarias si fuese necesario.

5 Discusión-Conclusión

Se ha comprobado dentro del desarrollo de este trabajo, cómo la labor desarrollada por la enfermera dentro de la unidad de tratamiento del dolor es importantísima. De su quehacer diario depende el seguimiento continuo y diario de los pacientes, así como su hoja de ruta en cuanto los cuidados programados. El absentismo es parte importante en los pacientes que acuden a la unidad, siendo la enfermera, el primer nexo de unión de los mismos con la unidad hospitalaria.

El trato de respeto dado, tanto a los pacientes, como a los familiares, hacen posible que el paciente, junto con los cuidados recibidos, esté siempre dispuesto a acudir a la su tratamiento, y es por ello, que desde el plan de humanización de la sanidad, la enfermera juegue un papel más decisivo aún, participando en los protocolos de actuación estructurales y organizativos de la unidad de tratamiento del dolor.

6 Bibliografía

1. Protocolo de actuación en la unidad de tratamiento de dolor. Disponible en: <https://ministeriodesanidad.gob.es>.
2. Tratamiento del dolor. Disponible en: <https://revistacienciasanitaria.es>.
3. Función de la enfermería en la unidad de dolor crónico. Disponible en: <https://portalmedico.es>.

Capítulo 31

ENFERMERÍA Y LA QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL

MARÍA INÉS GIL GARCÍA

LORENA CERRILLO PÉREZ

ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ

LORENA PATERNA SERRANO

JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA

1 Introducción

El cáncer es una enfermedad devastadora que afecta a millones de personas en todo el mundo. A lo largo de los años, se han desarrollado diversas estrategias terapéuticas para combatir el cáncer, y la cirugía y la quimioterapia son dos modalidades clave en su tratamiento.

El cáncer abdominal avanzado, especialmente aquel que se ha diseminado dentro de la cavidad peritoneal, presenta desafíos significativos para el tratamiento y la supervivencia de los pacientes. En este contexto, la cirugía citorreductora y la quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC) han emergido como un enfoque terapéutico innovador y prometedor. Estas modalidades de tratamiento combinadas buscan abordar tanto la enfermedad macroscópica como la microscópica, mejorando las posibilidades de control de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes.

La cirugía citorreductora, también conocida como cirugía de citorreducción, tiene como objetivo principal eliminar la mayor cantidad posible de tumores visibles en el abdomen. Durante este procedimiento, un equipo quirúrgico altamente especializado trabaja meticulosamente para extirpar los tumores y realizar resecciones de los órganos o tejidos afectados, en un intento de reducir la carga tumoral y optimizar las posibilidades de éxito del tratamiento. Sin embargo, en muchos casos, existen células tumorales microscópicas que pueden quedar adheridas a los tejidos peritoneales y que no son detectables a simple vista durante la cirugía citorreductora. Para abordar esta situación, se ha desarrollado la quimioterapia HIPEC como un complemento terapéutico efectivo. En este trabajo, exploraremos en detalle estos dos procedimientos y su aplicación clínica en el tratamiento del cáncer.

2 Objetivos

Conocer en qué consiste la cirugía citorreductora y la HIPEC, su aplicabilidad en diferentes tipos de cáncer abdominal y su impacto en la práctica clínica.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

La cirugía citorreductora y la quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC, por sus siglas en inglés) son dos componentes fundamentales de un enfoque terapéutico innovador utilizado en el tratamiento de ciertos tipos de cáncer abdominal avanzado. Esta combinación de tratamientos busca abordar de manera integral la presencia de tumores en la cavidad abdominal, especialmente en casos de carcinomatosis peritoneal, ofreciendo una opción potencialmente curativa para algunos pacientes.

Cirugía citorreductora

La cirugía citorreductora, también conocida como cirugía de citorreducción completa (CCR), es un procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo la resección completa de todas las lesiones tumorales macroscópicas visibles en la cavidad abdominal y peritoneo. Se basa en la premisa de que la eliminación completa de las lesiones tumorales visibles puede mejorar la eficacia de la terapia posterior y prolongar la supervivencia en pacientes con carcinomatosis peritoneal o diseminación intraperitoneal de tumores.

Definición y objetivos:

La cirugía citorreductora tiene como objetivo principal eliminar todas las lesiones tumorales macroscópicas en la cavidad abdominal. Esto implica la resección de tumores primarios, implantes peritoneales, nódulos linfáticos afectados y metástasis hepáticas o de otros órganos cercanos. El objetivo final es lograr una resección quirúrgica completa (CCR-0), es decir, la ausencia de enfermedad macroscópica residual.

Indicaciones y selección de pacientes:

La cirugía citorreductora se utiliza principalmente en el tratamiento de ciertos tipos de cáncer abdominal y peritoneal, como el cáncer colorrectal con carcinomatosis peritoneal, el cáncer de ovario avanzado y el mesotelioma peritoneal. Sin embargo, la selección adecuada de los pacientes es fundamental para obtener los mejores resultados. Se deben considerar varios factores, como la extensión de la enfermedad, el estado general del paciente, la función de los órganos afectados y la capacidad para tolerar la cirugía compleja y prolongada.

Técnicas quirúrgicas empleadas:

La cirugía citorreductora implica la utilización de diversas técnicas quirúrgicas complejas y personalizadas según la ubicación y extensión del tumor. Algunas de las técnicas comunes incluyen:

Peritonectomía: Resección del peritoneo afectado, que puede incluir peritoneo parietal, visceral y diafragmático.

Resección de órganos afectados: Extracción de órganos como el colon, el bazo, el hígado u otros órganos donde se encuentren lesiones tumorales.

Resección de implantes peritoneales: Eliminación de implantes tumorales en la superficie de órganos abdominales, epiplón o mesenterio.

Ablación de nódulos linfáticos: Eliminación de ganglios linfáticos metastásicos en la cavidad abdominal.

Hepatectomía: Resección de metástasis hepáticas en caso de que estén presentes.

Resultados y complicaciones:

Los resultados de la cirugía citorreductora varían según el tipo de cáncer y la extensión de la enfermedad. En general, la resección quirúrgica completa (CCR0) se asocia con mejores resultados y mayores tasas de supervivencia. Sin embargo, este tipo de cirugía compleja conlleva ciertos riesgos y complicaciones, que pueden incluir hemorragia, infección, fistulas, disfunción de órganos y complicaciones relacionadas con la anestesia. La experiencia y habilidad del cirujano son cruciales para minimizar estas complicaciones y lograr los mejores resultados posibles.

Quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC)

Definición y principios básicos:

La quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) es una modalidad de tratamiento en la cual se administra quimioterapia directamente en la cavidad abdominal después de la cirugía citorreductora. La principal característica distintiva de la HIPEC es que la quimioterapia se administra a una temperatura elevada, generalmente entre 41°C y 43°C, con el fin de mejorar la eficacia terapéutica. El objetivo de la HIPEC es destruir las células tumorales residuales microscópicas y prevenir la recurrencia local de la enfermedad.

Fármacos utilizados en HIPEC:

En la HIPEC, se utilizan fármacos de quimioterapia que son seleccionados según el tipo de tumor y la sensibilidad a los agentes quimioterapéuticos. Algunos de los fármacos comúnmente utilizados en la HIPEC incluyen: Mitomicina C, Cisplatino, Oxaliplatino, Paclitaxel, Doxorrubicina...

Procedimiento y fases de HIPEC:

El procedimiento de la HIPEC se realiza inmediatamente después de la cirugía citorreductora. Consiste en las siguientes fases:

Resección quirúrgica: Se realiza la cirugía citorreductora para eliminar las lesiones tumorales macroscópicas.

Lavado peritoneal: Se realiza un lavado exhaustivo de la cavidad abdominal con una solución salina caliente para eliminar cualquier residuo tumoral visible.

Administración de quimioterapia: Se introduce la quimioterapia caliente en la

cavidad abdominal. La quimioterapia se administra a través de un circuito cerrado con bomba de perfusión, lo que permite una distribución uniforme del fármaco en toda la cavidad.

Período de exposición: El fármaco se mantiene en la cavidad abdominal durante un tiempo determinado, generalmente de 60 a 90 minutos, para permitir que penetre en las células tumorales.

Drenaje y cierre: Después del período de exposición, se drena la solución de quimioterapia y se cierra la cavidad abdominal.

Efectos terapéuticos y mecanismos de acción:

La HIPEC ofrece varios efectos terapéuticos y mecanismos de acción beneficiosos.

Algunos de ellos son:

Mayor penetración de la quimioterapia: La temperatura elevada ayuda a aumentar la penetración de los agentes quimioterapéuticos en las células tumorales y reduce la resistencia al tratamiento.

Efecto sinérgico: La combinación de la quimioterapia con la temperatura elevada puede aumentar la eficacia del tratamiento, ya que la temperatura elevada puede dañar las células tumorales y aumentar la sensibilidad a los agentes quimioterapéuticos.

Eliminación de células tumorales residuales: La HIPEC tiene como objetivo eliminar las células tumorales microscópicas residuales que no son visibles durante la cirugía citorreductora, lo que reduce el riesgo de recurrencia local.

Resultados y complicaciones:

La HIPEC ha demostrado mejorar los resultados oncológicos y la supervivencia en pacientes seleccionados con carcinomatosis peritoneal. Sin embargo, al igual que cualquier procedimiento médico, la HIPEC conlleva riesgos y complicaciones potenciales. Algunas de las complicaciones pueden incluir infección, sangrado, toxicidad sistémica relacionada con la quimioterapia y complicaciones relacionadas con la temperatura elevada, como daño térmico a órganos cercanos. El monitoreo cuidadoso y la gestión adecuada de las complicaciones son fundamentales para optimizar los resultados.

Aplicación clínica de la cirugía citorreductora e HIPEC:

Avances en el monitoreo intraoperatorio:

El monitoreo intraoperatorio de la eficacia de la HIPEC y la evaluación de la respuesta al tratamiento están siendo objeto de investigación. Se están desarrollando técnicas y tecnologías para evaluar la distribución de la quimioterapia, la temperatura de la cavidad abdominal y la respuesta de las células tumorales en tiempo real, lo que puede ayudar a optimizar la terapia y mejorar los resultados.

Enfoque multidisciplinario:

La colaboración entre diferentes especialidades médicas, como cirujanos, oncólogos, patólogos y radiólogos, es esencial para un enfoque integral y exitoso en el tratamiento del cáncer abdominal y peritoneal. La discusión multidisciplinaria de casos, la participación en ensayos clínicos y la colaboración en la investigación pueden impulsar los avances y mejorar la atención a los pacientes.

Cáncer colorrectal con carcinomatosis peritoneal:

La combinación de cirugía citorreductora e HIPEC ha demostrado ser una estrategia efectiva en el tratamiento del cáncer colorrectal con carcinomatosis peritoneal. En pacientes seleccionados con enfermedad limitada y resecable, esta modalidad de tratamiento puede mejorar la supervivencia y la calidad de vida. La cirugía citorreductora permite la resección completa de las lesiones macroscópicas, mientras que la HIPEC dirige la quimioterapia hacia las células tumorales residuales, reduciendo el riesgo de recurrencia local.

Cáncer de ovario avanzado:

El cáncer de ovario avanzado con diseminación peritoneal es otro escenario en el que la cirugía citorreductora y la HIPEC han demostrado ser beneficiosas. En este caso, la cirugía citorreductora se enfoca en la resección completa de los implantes peritoneales visibles y la HIPEC se administra para eliminar las células tumorales microscópicas. Esta combinación terapéutica ha demostrado mejorar los resultados oncológicos y la supervivencia en comparación con la quimioterapia sistémica sola.

Mesotelioma peritoneal:

El mesotelioma peritoneal es una enfermedad rara, pero agresiva que afecta el revestimiento del peritoneo. La cirugía citorreductora y la HIPEC se consideran el estándar de atención en el tratamiento de esta enfermedad. La cirugía citorreductora busca la resección completa de los tumores visibles, seguida de la HIPEC para eliminar las células tumorales residuales. Esta combinación ha demostrado mejorar la supervivencia y proporcionar una mejor calidad de vida en pacientes con mesotelioma peritoneal.

Otros tumores abdominales:

Además de los tipos de cáncer mencionados anteriormente, la cirugía citorreductora y la HIPEC también se han utilizado en el tratamiento de otros tumores abdominales, como el pseudomixoma peritonei y los tumores de origen apendicular. Estas modalidades de tratamiento pueden ser consideradas en pacientes seleccionados con enfermedad resecable y sin evidencia de diseminación distante.

Ventajas y desafíos de la cirugía citorreductora e HIPEC:

Ventajas terapéuticas:

Resección completa de las lesiones tumorales visibles: La cirugía citorreductora permite la eliminación completa de las lesiones macroscópicas, lo que puede reducir la carga tumoral y mejorar la respuesta al tratamiento.

Eliminación de células tumorales microscópicas: La HIPEC se administra para abordar las células tumorales residuales que no son visibles durante la cirugía, ayudando a prevenir la recurrencia local.

Potenciación de la eficacia de la quimioterapia: La HIPEC a temperatura elevada mejora la penetración de los agentes quimioterapéuticos y puede aumentar su eficacia contra las células tumorales.

Factores que influyen en los resultados:

Selección adecuada de pacientes: La identificación de pacientes adecuados para la cirugía citorreductora y la HIPEC es crucial para lograr resultados óptimos.

Factores como la extensión de la enfermedad, el estado general de salud y la capacidad para tolerar la cirugía influyen en los resultados.

Experiencia del equipo quirúrgico: La cirugía citorreductora y la HIPEC son procedimientos complejos que requieren experiencia y habilidad quirúrgica. La experiencia del equipo quirúrgico se correlaciona con mejores resultados y menor incidencia de complicaciones.

Complejidad de la enfermedad: La extensión y la localización de la enfermedad pueden influir en la resecabilidad de las lesiones tumorales y en la eficacia de la terapia combinada.

Desafíos técnicos y limitaciones:

Complicaciones asociadas: Tanto la cirugía citorreductora como la HIPEC conllevan riesgos y complicaciones potenciales, como infección, sangrado, toxicidad sistémica relacionada con la quimioterapia y daño térmico a órganos cercanos. La gestión adecuada de estas complicaciones es esencial para minimizar su impacto.

Diseminación microscópica: A pesar de la resección completa de las lesiones macroscópicas y la administración de quimioterapia intraperitoneal, existe la posibilidad de que células tumorales microscópicas se hayan diseminado a otras áreas del cuerpo, lo que puede resultar en recurrencia o metástasis a largo plazo.

Limitaciones en la accesibilidad: La cirugía citorreductora y la HIPEC requieren acceso a centros médicos especializados con experiencia en estos procedimientos. Esto puede limitar la disponibilidad y accesibilidad de este enfoque terapéutico para algunos pacientes.

Futuras direcciones y avances en cirugía citorreductora e HIPEC:

Investigación en nuevos fármacos:

Se continúa investigando y desarrollando nuevos agentes quimioterapéuticos que puedan ser utilizados en la HIPEC. Se busca identificar fármacos más efi-

caces contra las células tumorales y con menor toxicidad para los tejidos sanos. Además, se exploran combinaciones de fármacos para mejorar la sinergia y la respuesta terapéutica.

Tecnologías emergentes en cirugía citorreductora:

Se están desarrollando y refinando técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, como la cirugía robótica y laparoscópica, para realizar la cirugía citorreductora. Estas tecnologías pueden ofrecer una recuperación más rápida, menor morbilidad y resultados oncológicos comparables a la cirugía abierta tradicional.

Personalización del tratamiento:

La identificación de biomarcadores y características moleculares específicas del tumor puede permitir una mejor selección de pacientes y la personalización del tratamiento. Esto incluye la determinación de la sensibilidad a los agentes quimioterapéuticos y la predicción de la respuesta terapéutica, lo que puede ayudar a guiar la elección de la terapia más adecuada, incluyendo la HIPEC.

5 Discusión-Conclusión

La cirugía citorreductora y la quimioterapia HIPEC constituyen un enfoque integral y prometedor en el tratamiento del cáncer abdominal avanzado. Estos procedimientos integrados ofrecen ventajas significativas al proporcionar una resección quirúrgica completa de las lesiones visibles y una quimioterapia intraperitoneal dirigida.

Es importante destacar que tanto la cirugía citorreductora como la quimioterapia HIPEC son procedimientos complejos y requieren de un equipo multidisciplinario especializado, que incluye cirujanos, oncólogos, anestesiólogos y enfermeros especializados en cuidados quirúrgicos. La selección adecuada de los pacientes candidatos, la experiencia del equipo médico y la disponibilidad de los recursos necesarios son elementos clave para obtener los mejores resultados con esta combinación terapéutica. A pesar de sus desafíos técnicos y limitaciones, la investigación continua y los avances tecnológicos pueden mejorar aún más la eficacia y la seguridad de estos tratamientos.

En última instancia, la cirugía citorreductora y la quimioterapia HIPEC tienen el potencial de mejorar la calidad de vida y los resultados de supervivencia en pacientes con cáncer abdominal y peritoneal.

6 Bibliografía

1. Esquivel, J., & Sticca, R. (2018). HIPEC in the management of ovarian cancer: focus on practical aspects and outcomes. *Journal of Gynecologic Oncology*, 29(2), e19.
2. Elias, D., & Gilly, F. (2017). Peritoneal metastases from colorectal cancer: current management and future directions. *Gastroenterology Research and Practice*, 2017, 8136925.
3. Sugarbaker, P. H. (2018). Treatment of peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer: impact of complete cytoreductive surgery and difficulties in interpretation of literature data. *Annals of Surgical Oncology*, 25(8), 2134-2135.
4. Deraco, M., Virzi, S., & Vaira, M. (2018). Quimioterapia hipotérmica intraperitoneal en el tratamiento del pseudomixoma peritoneal y del mesotelioma peritoneal. *Cirugía Española*, 96(5), 244-252.
5. Lotti, M., & Mocellin, S. (2020). Cytoreductive surgery followed by hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for the treatment of peritoneal carcinomatosis from ovarian cancer: a systematic review of current evidences. *Gynecologic Oncology*, 158(1), 1-9.
6. Cocolini, F., Cotte, E., Glehen, O., & Lotti, M. (2020). Intraperitoneal chemotherapy and cytoreductive surgery for peritoneal carcinomatosis: current evidence and future perspectives. *European Journal of Surgical Oncology*, 46(12), 2169-2176.
7. Chua, T. C., Yan, T. D., Saxena, A., & Morris, D. L. (2011). Should the treatment of peritoneal carcinomatosis by cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy still be regarded as a highly morbid procedure?: A systematic review of morbidity and mortality. *Annals of Surgery*, 253(5), 900-907.
8. Bhatt, A., & Glehen, O. (2017). Treatment of colorectal peritoneal metastases: a review. *World Journal of Gastrointestinal Oncology*, 9(9), 404-413.
9. Glehen, O., Gilly, F. N., Arvieux, C., et al. (2010). Peritoneal carcinomatosis from gastric cancer: a multi-institutional study of 159 patients treated by cytoreductive surgery combined with perioperative intraperitoneal chemotherapy. *Annals of Surgery*, 251(4), 672-679.
10. Mohamed, F., Moran, B. J., & Cecil, T. (2020). Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for colorectal peritoneal metastases: systematic review and meta-analysis. *Annals of Surgical Oncology*, 27(8), 2693-2702.
11. Kim, K., Kim, Y. H., Kim, H. J., et al. (2019). Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in patients with peritoneal metastasis from colorectal cancer: a

phase 3 randomised controlled trial. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 4(10), 761-770.

Capítulo 32

ENFERMERIA Y LOS PACIENTES QUE NECESITAN LA HEMOFILTRACIÓN

MARÍA INÉS GIL GARCÍA

LORENA CERRILLO PÉREZ

ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ

LORENA PATERNA SERRANO

JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA

1 Introducción

La hemofiltración continua es una técnica de depuración extrarrenal cuyo objetivo consiste en eliminar las sustancias de desecho que el riñón no es capaz de desechar debido a una insuficiencia renal. Esta técnica se realiza a través de un sistema de filtración. Se hace circular la sangre de forma continua y constante a través de un filtro dializador que produce un ultrafiltrado durante las 24h del día. Se trata de una técnica similar a la diálisis, sin embargo como bien hemos dicho, se realiza durante las 24h del día, por lo tanto se usa en unidades de cuidados intensivos o Reanimaciones, donde los pacientes pasan más tiempo debido a la patología asociada que presenten.

Desde la década de 1970 este tipo de técnicas se han ido imponiendo de forma progresiva como un método de tratamiento para la insuficiencia renal aguda. Sin embargo hemos de recalcar que la elección de esta terapia a día de hoy sigue siendo difícil, puesto que supone el manejo de complejas maquinarias necesitando así

una preparación adecuada del personal que vaya a manejarla. Es necesario comprender su modo de funcionamiento, ya que de no manejar bien estos aparatos se pondría la vida del paciente en riesgo.

Además, es necesario manejar una serie de conceptos como son la ultrafiltración y la difusión que ayudan a entender el funcionamiento de esta terapia que estudiaremos más adelante.

2 Objetivos

- Dar a conocer el uso de la terapia de depuración extrarrenal
- Describir el funcionamiento del hemofiltro
- Indicar las distintas técnicas de depuración.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como elsevier, pubmed, scielo. Se han utilizado palabras clave para encontrar los documentos necesarios y de mayor interés y se ha hecho una lectura exhaustiva para elegir los artículos que más se adaptaban a nuestras necesidades.

4 Resultados

La hemofiltración continua es un método de depuración extrarrenal que se usa en situaciones donde el paciente sufre un fracaso renal agudo y no hay otros tratamientos que puedan ser bien tolerados. Permite la depuración lenta sin cambios bruscos en la volemia del paciente, algo muy importante en pacientes críticos. En pacientes inestables hemodinámicamente no se puede emplear esta técnica.

Existen 3 conceptos que son fundamentales para comprender las técnicas de Hemofiltración, ya que la gran mayoría de estas terapias se basan en ello:

- Ultrafiltración: movimiento de soluto y solvente a través de una membrana semipermeable, que pasa debido a una diferencia en el gradiente de presión.
- Difusión: es el paso de moléculas desde una zona de mayor concentración hasta otra de menor, todo ello a través de una membrana.

También hay varios tipos de hemofiltración, en la actualidad la técnica que más se emplea en UCI es la hemofiltración venovenosa continua (HFVVC) que consiste en pasar la sangre a través del filtro impulsada por una bomba que extrae sangre de una vena y la retorna a otra vena. Todo se realiza programando un flujo de sangre, la extracción del ultrafiltrado, la reposición de líquido que vamos a sustituir y el balance que queremos. Existe otra terapia parecida y también muy utilizada que es la hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC), es parecida a la anterior, pero además incorpora la difusión para aumentar la depuración de solutos. Además, se añade un líquido de diálisis a flujo bajo, por lo que esta técnica ofrece una mayor depuración de sustancias urémicas de tamaños moleculares más grandes.

Para iniciar esta terapia se necesita la canalización de una vena en este caso, de gran calibre. Las de elección suelen ser las venas femorales o las yugulares, permiten un gran acceso venoso. Estas se canalizan a través de un catéter llamado Shaldon que consta de 2 luces, una que se usará para extraer la sangre y otra para volver a introducirla tras pasar por el hemofiltro. La canalización se hace a través de la técnica de Seldinger y una vez realizada se dejan ambas luces heparinizadas hasta la puesta en marcha del hemofiltro.

Posteriormente debemos comenzar a preparar el aparataje, es decir purgar el circuito a través del cual va a pasar la sangre del paciente para ser depurada.

Este purgado se hace a través de suero salino heparinado evitando que durante el purgado queden burbujas de aire. Se suele hacer con 2-3L de solución. Una vez purgado estaría listo para iniciar la terapia, se conectaría un extremo del sistema del hemofiltro a una luz del catéter, y el extremo final del sistema a la otra luz del catéter, antes de ello se debe limpiar y retirar la heparinización que previamente habíamos realizado de las luces. Además, podemos iniciar de dos maneras, la primera conectando al paciente y dejando que la sangre pase por el circuito hasta que se elimine el líquido con el que hemos hecho el purgado (esto provocaría una ligera hipovolemia en el paciente pero se evitaría que entrasen estas sustancias perjudiciales que tienen los sueros de cebado) o se puede conectar al paciente y dejar pasar el líquido de cebado (provocaría una hemodilución que posteriormente se compensa por ultrafiltración).

Debemos añadir que todo este sistema debe usar un método antitrombótico, para evitar que se active la coagulación cuando entra en contacto con materiales exógenos y hay dos formas de realizarlo, a través de heparina o a través del citrato que ahora explicaremos.

El uso de heparina administrada de forma sistémica es el método antitrombótico más empleado. Las dosis que se van administrando dependen sobre todo del peso

ciente y del material que se utilice. Para ir valorando el nivel de anticoagulación con heparina se necesitan hacer controles analíticos periódicos para modificar las cantidades según un protocolo.

El otro método de anticoagulación es el uso de sistemas citrato-calcio. El citrato se usa para anticoagular el sistema, sin embargo, necesita ser neutralizado mediante la administración de calcio después de su paso por el circuito, para así evitar una hipocalcemia aguda. El citrato se metaboliza en el hígado formándose bicarbonato lo que puede causar alcalosis metabólicas graves. Debido a ello, al emplear estos sistemas, se necesita un control más estrecho del paciente y del hemofiltro.

Podemos afirmar según varios estudios, que durante el empleo de terapias con citrato-calcio se ha activado menos veces la coagulación que en el empleo de terapias con el uso de heparina, esto evitaría menos desconexiones del paciente ya que el filtro tendría una duración mayor, lo cual también evitaría posibles complicaciones graves como son las sepsis, ya que estamos manejando un catéter intravascular que puede diseminar cualquier tipo de microorganismos de forma rápida y generar una infección grave.

5 Discusión-Conclusión

La terapia de depuración renal continua parece ser un procedimiento seguro y eficaz en pacientes críticos. La diálisis en estos pacientes suele estar contraindicada y se suele realizar la hemofiltración continua, debido a la inestabilidad hemodinámica que presentan. Esta terapia tiene la ventaja de poder amoldarse a la situación clínica del paciente, modificando los parámetros del aparato en función de los resultados que se deseen obtener.

Como bien hemos podido observar en este trabajo, hay diferentes tipos de terapia que se pueden emplear en la sustitución renal. Lo más recomendable es usar técnicas que se conocen a la perfección ya que el éxito de ellas depende de la calidad de la práctica de las distintas técnicas por parte de los profesionales. Por ello resulta imprescindible la formación del personal que va a usar estas maquinarias. La realización de protocolos a seguir es fundamental a la hora de controlar por ejemplo la terapia con citrato-calcio, ya que un fallo podría suponer una intoxicación grave en el paciente.

Hemos de recalcar que el papel de enfermería en el manejo del hemofiltro es fundamental. Adelantarnos a las distintas complicaciones que puedan surgir durante la terapia como la coagulación del filtro, la hipotensión, la taquicardia o una mala tolerancia por parte del paciente puede evitar complicaciones graves

en ellos. Somos nosotros los responsables del mantenimiento de estas terapias y es importante conocer el funcionamiento, así como los parámetros básicos en el empleo de esta terapia.

6 Bibliografía

- Journois, D. (2017). Depuración extrarrenal continua en reanimación. EMC - Anestesia-Reanimación, 43(2), 1-14.
- Chhor, V., & Journois, D. (2010). Hemofiltración. EMC - Anestesia-Reanimación, 36(1), 1-13.
- De la cal, M. Á., & Gordo, F. (2007). Hemodiálisis frente a hemofiltración continua en pacientes críticos (réplica). Medicina Intensiva, 31(5), 266-267.
- Técnicas de hemofiltración continua. (2006). Anales de Pediatría Continuada, 4(1), 55-60.
- Maduell, F., & Arias, M. (2008). Indicaciones y prescripción de la hemodiafiltración. Diálisis y Trasplante, 29(2), 62-66.

Capítulo 33

ENFERMERÍA ANTE LA REANIMACIÓN AL BEBÉ RECIÉN NACIDO EN PARTO NATURAL

ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO

FRANCISCA AROCA DESCALZO

JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ

SARA TIRADO CALONGE

MARÍA GALLEGO ALONSO

1 Introducción

La reanimación intrauterina es sencilla de efectuar y puede dar como resultado una mejoría significativa en la condición del nonato internamente del útero materno.

La reversión tanto de la hipoxia, así como de la acidosis fetal consiente que el trabajo de parto pueda continuar de una manera segura o al menos lograr optimizar el bienestar fetal hasta el instante en que se pueda llevar a término una extracción fetal urgente.

En el suceso en que no se corrigiese, podría dar como resultado una descompensación fetal que conduciría de modo irremisible a una lesión hipóxica.

El suministro de oxígeno al nonato depende directamente del abastecimiento de oxígeno uterino (hemoglobina materna, saturación del oxígeno y presión de percusión), de la circulación desde el útero a placenta (actividad uterina y tamaño

de los depósitos placentarios), de la transferencia del oxígeno al nonato (compresión de cordón o prolapso de cordón) y de la circulación fetal (exponencial concentración de hemoglobina fetal, gasto cardíaco embrionario altamente dependiente de la frecuencia cardíaca fetal) por lo que cualquier modificación o alteración en esta cadena podría asumir consecuencias fatales.

Sufrimiento fetal es un término esgrimido para describir nuestra preocupación con relación a la traza del registro cardiotocográfico. Es por ello que los profesionales enfermeros deberíamos de manejar en su lugar el término "sospecha de compromiso fetal" por ser su interpretación tan subjetiva y variable.

2 Objetivos

- Conocer los pasos a seguir y la gestión conveniente ante la sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Conocer las consecuencias de la gestión e intervención inconveniente antes situaciones de este calibre.

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 administración y aporte de oxígeno a alto flujo mediante y a través de una mascarilla incrementará la saturación de oxígeno materno y la presión parcial de oxígeno, dando como resultado un aumento de la oxigenación fetal. Sin embargo, esto solo se encomienda en embarazadas con un nivel reducido de saturación de oxígeno, por ejemplo ante un paro cardíaco materno o una hipovolemia secundaria debida a un desprendimiento de placenta, ya que la administración y aportación rutinaria de oxígeno puede ser inclusive perjudicial en consecuencia a la vasoconstricción del lecho placentario secundario a un acrecentamiento de la tensión de oxígeno especialmente en un nonato con crecimiento intrauterino restringido.

Por otro lado, la infusión intravenosa rápida de un litro de suero (a menos que posea una contraindicación como logra ser una preeclampsia) incluso si la mujer no está hipovolémica mejorará el retorno venoso y el gasto cardíaco y, por lo tanto, el flujo sanguíneo uterino. Así mismo, la infusión de líquidos igualmente ayuda a diluir la oxitocina en sucesos de hiperestimulación uterina.

Un cambio en la posición materna, por ejemplo, en decúbito lateral izquierdo, puede así lograr aliviar la compresión aorta-cava y con ello el originado gasto cardíaco. Por otro lado, en el suceso de infusión oxitócica, habría que llevar a cabo una interrupción de esta y considerar la administración de tocolíticos en el suceso de que haya seguridad de hiperestimulación. Esto mejorará la perfusión útero-placentaria y sujetará la compresión del cordón mediante de la relajación uterina.

De modo análogo, si se administran prostaglandina para estimular el trabajo de parto, se deben eliminar de inmediato y se deben disponer tocolíticos si no hay mejoría adicional en el trazo del registro.

En el suceso en que se ocasione una hipotensión materna secundaria a un colapso materno, podría considerarse el manejo de vasopresores para así, restaurar el gasto cardíaco y la tensión arterial materna.

La combinación de varias de estas intervenciones podría ser de mayor beneficio. Por último, señalar la importancia de la reevaluación continua del registro cardiotocográfico (RCTG), sobre todo ulterior de cada intervención, con el fin de objetivar una mejoría.

5 Discusión-Conclusión

Es importante y significativo que todo el personal de paritorio esté entrenado y conozca estas sencillas maniobras como parte del manejo conveniente ante una sospecha de pérdida de bienestar fetal, con el fin de dar una solución rápida a la incidencia.

Las consecuencias de una mala gestión e intervención podrían traducirse en un empeoramiento del estrés hipóxico intraparto, lo que podría dar como resultado una encefalopatía hipóxico-isquémica e incluso muerte perinatal.

La hiperestimulación uterina, que suele ser una causa corregible de pérdida de bienestar fetal, se traduce en muchas ocasiones en intervenciones quirúrgicas innecesarias de supuestas anomalías en el trazado del registro cardiotocográfico.

6 Bibliografía

1. National Institute for Health and Clinical Excellence (2014) Intrapartum Care. CG190. london: RCOG Press.
2. Tram, TS, kulier, R, Hofmeyr, GJ. (2012) Acute tocolysis for uterine tachysystole os suspected fetal distress. Cochrane Database of Systematic Reviews 4.
3. Thurlow, JA, SM (2002) Intrauterine resuscitation: active management of fetal distress. international Journal of Obstetric Anaesthesia 11, 105-116.
4. Domínguez Dieppa Fernando. Actualización en reanimación neonatal. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2016 Sep [citado 2022 Sep 14] ; 88(3): 388-394. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000300012&lng=es.
5. Montesinos-Ramírez Claudia, Pinacho-Velázquez José Luis, Torres-Lira Silvia F, Robledo-Galván Alicia Elizabeth, Barrera-Martínez Pedro Iván, QuirozMendieta Eva Karina et al . Programa de reanimación neonatal: recomendaciones actuales. Rev. mex. pediatr. [revista en la Internet]. 2021 Oct [citado 2022 Sep 14] ; 88(5): 209-213. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522021000500209&lng=es. Epub 08-Ago-2022. <https://doi.org/10.35366/10390>.

Capítulo 34

ENFERMERÍA DURANTE Y TRAS LA INSERCIÓN DEL OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA

ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO

FRANCISCA AROCA DESCALZO

JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ

SARA TIRADO CALONGE

MARÍA GALLEGU ALONSO

1 Introducción

El ECMO u oxigenador de membrana extracorpórea es un sistema que proporciona soporte pulmonar y cardíaco en pacientes con insuficiencia respiratoria o cardíaca, durante un periodo de días o semanas.

En caso de soporte pulmonar se utiliza como mecanismo para una recuperación del paciente o cuando este esté esperando a un trasplante pulmonar.

En caso de soporte cardíaco se utiliza como asistente previo cuando el paciente está esperando por un trasplante cardíaco o inserción de un dispositivo de asistencia ventricular, así como cuando se espera una recuperación.

La implantación de un ECMO en un paciente es bastante común en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y presenta algunas complicaciones como fallos en el aparato, la posible ruptura, acodamiento o deterioro de las tubuladuras del

oxigenador, la decanulación de la cánula que conecta al paciente, salida de sangre por la tubuladura venosa, entradas de aire en el circuito, la desconexión de la llave de tres pasos que se coloca en el circuito, etc.

Por todo ello lleva una serie de cuidados específicos que debemos conocer y realizar como personal de enfermería y que vamos a ver en mayor detalle a continuación, de tal forma que evitemos cualquier riesgo sobre el individuo, trabajando con la mayor calidad profesional posible.

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados de enfermería asociados a un paciente con un dispositivo ECMO en las unidades de cuidados intensivos de un centro hospitalario, reduciendo los problemas y riesgos para el paciente asociados a su utilización.

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

El personal de enfermería colabora con el personal médico en la colocación del ECMO y también se encarga de realizar los cuidados diarios asociados al mismo. Entre los cuidados asociados al ECMO encontramos:

- Los pacientes con ECMO tienen una elevada inestabilidad hemodinámica y por ello deben monitorizarse mediante un catéter arterial con determinación de gasto cardiaco.
- Es necesario realizar una doble monitorización de la saturación de oxígeno del paciente: una en la parte media-alta del paciente y la otra en la parte media-baja (frente y extremidades)
- Es necesario realizar un control gasómetro o del paciente cada 8 horas.
- Hay que corregir las deficiencias nutricionales ocasionadas por el uso del ECMO utilizando nutrición enteral o nutrición mixta (enteral y parenteral) según las

necesidades del paciente.

- Es necesario controlar los niveles de glucemia, y si hay niveles superiores a 160mg/dl en varias tomas puede ser necesario iniciar con insulina intravenosa hasta reducirse a parámetros normales.
- Es necesario realizar los cuidados de piel y mucosas, haciendo hincapié en las zonas que están en contacto con cánulas arteriales o venosas, así como colocación de barreras de protección cutánea, hidratación de la piel, alivio de puntos de presión etc.
- Durante la movilización del paciente extremar las precauciones para evitar la decanulación del paciente.
- Prevenir infecciones nosocomiales asociadas al ECMO.
- Valoración del dolor, como parte de la valoración neurológica del paciente mediante la escala EVA y EVN cada 4 horas.
- Vigilar de forma diaria el correcto funcionamiento del oxigenador y las tubuladuras.
- Preparar a los familiares, informarlos y familiarizarlos con el dispositivo, para disminuir su preocupación al visitar al paciente, ofreciendo un clima seguro, con comunicación y confianza.
- Realizar cultivos de vigilancia, solicitando marcadores de infección de forma pautada.
- Vigilar la temperatura del paciente, para evitar casos de hipotermia.
- Llevar un estricto control de ACT y una adecuada pauta con anticoagulantes y analíticas rutinarias para evitar/detectar posibles hemorragias.
- En estos pacientes es bastante común complicaciones como taponamiento cardíaco, neumotórax y hemotórax, si se detectan señales de aparición, hay que avisar al médico responsable para realizar las pruebas diagnósticas pertinentes.
- Realizar las curas pertinentes en el lugar de inserción del catéter de forma rutinaria.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica hemos realizado un repaso acerca de la utilización del ECMO en las unidades de cuidados intensivos de un centro hospitalario.

Hemos visto en qué casos puede ser necesario su uso y también los cuidados asociados.

Cabe destacar la importancia de evitar la decanulación del paciente durante el aseo y la movilización del mismo, así como también la necesidad de controlar los catéteres, por lo que debemos de estar siempre presentes durante la realización

de estas tareas, colaborando con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el celador.

Es importante también la verificación del correcto estado nutricional del individuo y el cuidado de la piel y mucosas.

6 Bibliografía

1. <https://www.medintensiva.org/es-empleo-ecmoucirecomendacionessociedad-articulo-S0210569118302845>.
2. https://es.m.wikipedia.org/wiki/Oxigenaci%C3%B3n_por_membrana_extracorp%C3%B3rea.
3. <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/ecmo/about/pac-20484615>.
4. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc182074>.
5. <https://www.ucihealth.org/medical-services/cardiology/ecmo>.

Capítulo 35

PACIENTE PEDIÁTRICO CON APENDICITIS Y LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA

ANTONIO MARCOS AROCA DESCALZO

FRANCISCA AROCA DESCALZO

JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ

SARA TIRADO CALONGE

MARÍA GALLEGO ALONSO

1 Introducción

La apendicitis se toma como causa más común de intervención quirúrgica de abdomen y de patología en la infancia y en el adolescente en nuestro país que ocurre en el niño sano.

Tiene una incidencia creciente de forma progresiva de acuerdo al grupo etario, desde el neonato al adolescente, obteniendo el pico máximo alrededor de los 15 años, se obtiene un riesgo familiar importante con algunas condiciones paradójicas, los niños con Síndrome de Down apenas tienen incidencia en las tablas de ocurrencia de apendicitis.

Se produce una inflamación del apéndice con resultado de una obstrucción de la luz de este conducto ciego, bien por materia fecal que se compacta por hiperplasia,

por objeto extraño o por una gran causa variada de complicaciones que pueden ocurrir.

El mayor peligro que concurre esta causa es la provocación de la salida al exterior del material que contiene el apéndice y produzca una sepsis generalizada que pueda producir en casos extremos si no se es operado el paciente de urgencia o no se procede en tiempo y forma con el fallecimiento del paciente o con consecuencias extremas que pueda acarrear consecuencias de secuelas difíciles de resolver.

En nuestro país la mortalidad por esta causa ronda la nulidad.

2 Objetivos

Describir e indicar un caso clínico para exponer el diagnóstico de una apendicitis de un paciente pediátrico y cómo procede el equipo de enfermería ante ello.

3 Caso clínico

Virginia es una niña que tiene 12 años, se encuentra en el instituto cursando primero de la ESO, se ha avisado a su madre, con la cual vive, por encontrarse repentinamente mal desde media mañana, su madre se encuentra trabajando a dos horas del instituto por lo que ante los vómitos y fiebre que cursa la menor, se decide trasladarla al hospital más cercano. Se queja de dolor de barriga intermitente, se le realiza una analítica en la que se encuentra una eosinofilia bastante alta, y tiene reflejo en el abdomen haciendo una valoración en la exploración inicial de posible apendicitis. En las pruebas de imagen de placa inicial se aprecia una masa a nivel de ciego que ha invadido la parte adyacente por lo que se realiza una resonancia magnética para ver de manera más exacta con imágenes cuál es el alcance de las lesiones producidas, tras valorar por el cirujano y el pediatra. Se decide una intervención de urgencia para la extracción del apéndice y la limpieza de la zona subyacente con éxito, tras la operación permanece en la zona de reanimación junto a su madre el tiempo de protocolo requerido pasando a la planta de pediatría donde por recomendación del cirujano deberá permanecer ingresada una media de 8 días para controlar la eosinofilia y valorar la incisión de la operación que le ha sido practicada. Siendo la evolución favorable y recibiendo el alta para continuar los cuidados domiciliarios durante aproximadamente tres semanas y la retirada de las grapas por el enfermero en su centro de salud correspondiente, al mes debe volver a la consulta del cirujano para la valoración de la herida, marcadores de bioquímica en sangre y alta del proceso total.

4 Discusión-Conclusión

La recomendación para este tipo de operaciones por parte del equipo de enfermería para una mejor operación del paciente es realizar la técnica de laparoscopia, técnica utilizada para casi todas las apendicitis que se desarrollan en los hospitales públicos de nuestro país en condiciones de desarrollo normal, no obstante, como en el caso clínico descrito y para no poner en peligro la vida del paciente en algunas ocasiones todavía se debe intervenir con la técnica tradicional para limpiar la zona adyacente al apéndice en los casos que sea preciso porque el apéndice haya desarrollado una sepsis en el organismo y los marcadores bioquímicos nos alerten de esta situación preservando la integridad del paciente.

5 Bibliografía

1. Cuervo, J. (2019). Apendicitis aguda. Rev. Hosp. Asturias (Asturias), 56(252), 15-31.

Capítulo 36

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ANSIEDAD

ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO

ALBA GOMEZ DIAZ

JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN

CARMEN RAMIREZ ROSILLO

MARINA GUILLEM SÁNCHEZ

1 Introducción

La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas en las que se puede anticipar y preparar una amenaza para que el individuo responda a ella a través de una serie de cambios cognitivos, fisiológicos y conductuales. El estado mental temeroso se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para esta defensa o huida, como aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial, respiración y tensión muscular, además de aumento de la actividad simpática (temblor, poliuria, diarrea). Todos estos cambios son respuestas normales a situaciones estresantes.

Las emociones naturales necesarias para la supervivencia personal pueden ser desagradables y negativas en momentos en que no podemos controlar la situación. Es un mecanismo adaptativo que nos permite advertirnos en determinadas situaciones.

Un sentimiento vago de miedo, ansiedad o temor.

Es una respuesta a un estímulo externo o interno que puede producir síntomas conductuales, emocionales, cognitivos y fisiológicos.

Los trastornos de ansiedad se diagnostican cuando la ansiedad deja de funcionar como señal de peligro o como factor motivador que incita a la persona a realizar los cambios necesarios en sí misma o en su entorno.

En estos casos, la ansiedad se vuelve crónica e interfiere con las funciones humanas más importantes, y se producen cambios conductuales y psicológicos desadaptativos.

La ansiedad se clasifica en:

Ansiedad leve: factor de motivación para participar en una actividad hacia una meta importante, con mayor potencial de aprendizaje.

Ansiedad moderada:

Dificultad para concentrarse, puede procesar información, resolver problemas y aprender, pero requiere la ayuda de otros.

Ansiedad grave:

Disminución de la función cognitiva, dificultad para pensar y razonar, tensión muscular.

Pánico: aspectos psicológicos y emocionales dominantes, conducta de combate o huida. Pueden estar paralizados y los signos vitales aumentados.

2 Objetivos

Conocer y determinar cuáles deben ser las funciones y actuaciones de la enfermera ante un paciente que sufre algún tipo de trastorno de ansiedad.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda y revisión bibliográfica de la literatura científica ya existente. La búsqueda ha sido realizada a través de las bases de datos de: Pubmed, Dialnet, Google académico y otras fuentes oficiales.

4 Resultados

Evaluación inicial

Aumento o disminución de PA y/o FC

Observar el estado de conciencia y el grado de orientación T-E

Observar la apariencia, la actitud y el habla del paciente.

Evaluar: conocer cuál es el conflicto de un paciente y qué significan sus síntomas para realizar un diagnóstico completo y PAE.

Realizar una entrevista integral, en un ambiente cómodo, privado y tranquilo para el paciente. Es esencial que las enfermeras sean empáticas, cálidas, respetuosas y específicas.

Evaluar el nivel actual de alerta y objetivar signos y síntomas de ansiedad

Identificar los principales problemas y desencadenantes de la respuesta de ansiedad.

Preocupado por el CEP la primera. Valorar nivel de ansiedad:

(leve, moderada o grave)

En casos graves o pánico, donde la ansiedad compromete el funcionamiento corporal de la persona, guardar la calma, aislar al paciente y actuar conjuntamente con otro profesional especialista (psiquiatra o psicólogo)

2º Proporcionar seguridad y bienestar

- Proporcionar ambiente terapéutico, disminuir la estimulación sensorial (ruidos, luz, visitas)
- Evitar la ansiedad recíproca. Recordar que la ansiedad se comunica de forma interpersonal
- Presentarse a la persona y permanecer junto a ella siempre que sea posible, especialmente en los casos de ansiedad grave
- Comunicar empatía: presencia tranquila, contacto ocular, hablarle lento y tranquilamente, permitir que lllore o exprese sus sentimientos, no hacer juicios sobre su comportamiento, etc.

3º Una vez que esté más tranquila, ayudarle a tomar conciencia de su ansiedad para iniciar la resolución del problema.

- Analizar conjuntamente las situaciones que provocan ansiedad
- Pedir a la persona que describa lo que experimenta antes de sentirse ansiosa (sirve para identificar el tipo de ansiedad y cómo neutralizarla)
- Averiguar las estrategias habituales de adaptación o afrontamiento. Preguntar “¿Qué hace normalmente cuando se enfada, se siente ansiosa o tensa?”

4º Reducir o eliminar las estrategias problemáticas e intentar cambiarlas por otras más funcionales y saludables. - Discutir el problema con el resto de expertos del grupo para llegar a una terapia adecuada.

- Discutir con la persona las consecuencias de su comportamiento inapropiado
- Establezca límites claros (dígale exactamente lo que se espera de ella) frente a demandas o comportamientos irrazonables o acusaciones de manipulación.
- Al establecer límites, evite que los vean como un desafío. cuidado de la salud

- Garantizar la seguridad y comodidad del paciente.
- Aplicar tratamiento según indicaciones médicas, observar efectos no deseados de ansiolíticos
- Responder a las preocupaciones de los pacientes. Mantener una actitud de escucha activa y aceptación.
- Mantener la ética profesional y la confidencialidad (evitar comentar asuntos de pacientes con el resto del equipo)
- Al principio, acepte las estrategias de afrontamiento del paciente (reducen la ansiedad) en lugar de intentar cambiarlas.
- No permita que la persona enferma se autoaisle por completo. En la fobia social, donde el paciente tiene mucho miedo a las críticas, proporcione un ambiente aceptable con refuerzo positivo.
- En pacientes con fobias, no banalizar la fobia del paciente, aunque parezca ridículo.
- Fomentar la participación del paciente y la continuación del tratamiento prescrito
- Mantener un comportamiento adecuado frente al paciente; No muestre cambios de humor ni traiga problemas personales al área de trabajo, ya que esto privará a los pacientes de la seguridad y confianza que cada miembro del equipo debe inspirarles.

5 Discusión-Conclusión

El profesional de enfermería es quien dedica más tiempo al cuidado del paciente, por lo que se encuentra en una posición privilegiada para brindar educación sanitaria sobre esta patología. Por lo tanto, este miembro del personal debe tener las habilidades y la formación necesarias para hacer frente a situaciones de ansiedad por parte del paciente y poder educar también a su entorno.

Los objetivos que persigue la enfermera al tratar a los pacientes con ansiedad son aliviar los síntomas, evitar secuelas y ayudar y/o asesorar en cuestiones psicosociales. Es importante proponer un abordaje terapéutico global que tenga en cuenta medidas psicosociales, biológicas y farmacológicas.

6 Bibliografía

1.Delgado EC, De la Cera DX, Lara MF, Arias RM. GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD [Internet]. Binasss.sa.cr. [citado el 4 de agosto de

- 2023]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
2. Dsm- AD in. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5 [Internet]. Unirioja.es. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>
3. Orozco WN, Jesús M, Baldares V. TRASTORNOS DE ANSIEDAD: REVISIÓN DIRIGIDA PARA ATENCIÓN PRIMARIA [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf>
4. Miranda-Cota GA, Gonzalez-Borbolla KDR, Apodaca-Orozco GUG. Proceso de enfermería a adulto joven con Trastorno de Ansiedad durante pandemia por COVID-19. Ene [Internet]. 2023 [citado el 4 de agosto de 2023];17(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000100011
5. García Liñán S, Gallardo Ortiz V. Cuidados a un paciente con trastorno de ansiedad generalizada. Rev Enferm Salud Ment [Internet]. 2021;(17):27–30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7731000.pdf>

Capítulo 37

FUNCIONES DEL ENFERMERO ANTE EL PACIENTE CON ACÚFENOS

ROSARIO LEÓN EXPÓSITO

BLANCA JODAR ROMERO

ALVARO MORENO GÓMEZ

LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS

FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ

1 Introducción

Los acúfenos son percepciones auditivas no atribuibles a fuentes externas y que afectan a una persona sin que haya un sonido presente en el ambiente. Estas sensaciones son experimentadas como zumbidos, pitidos, silbidos u otros ruidos en uno o ambos oídos. Los acúfenos pueden ser causados por diversas condiciones médicas, como exposición a ruidos fuertes, lesiones en el oído interno, problemas circulatorios, trastornos neurológicos o medicamentos ototóxicos.

La gravedad de los acúfenos puede variar desde leves y molestos hasta graves, interferir con la calidad de vida y el sueño. No todos los casos requieren tratamiento, pero aquellos que afectan significativamente la vida diaria pueden beneficiarse de terapias auditivas, enmascaramiento de sonido o técnicas de relajación.

La investigación sobre acúfenos ha avanzado en los últimos años, y se han desarrollado métodos prometedores para aliviar los síntomas. Sin embargo, aún no hay una cura definitiva para todos los casos.

Es crucial que las personas que experimentan acúfenos busquen atención médica para descartar posibles condiciones subyacentes y recibir el tratamiento adecuado. La educación sobre los factores que pueden desencadenar o empeorar los acúfenos también es importante para mantener una mejor calidad de vida y que el paciente pueda continuar su ritmo habitual de la forma más natural posible.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de enfermeros hospitalarios pretendendar a conocer sus funciones en distintas 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 papel del enfermero es esencial para brindar atención integral y apoyo a pacientes que experimentan acúfenos. Ante un paciente con esta condición, el enfermero debe llevar a cabo una serie de funciones para mejorar la calidad de vida y proporcionar una atención adecuada:

Evaluación y registro: El enfermero debe realizar una evaluación exhaustiva del paciente para recopilar información sobre la duración, la gravedad y las posibles causas de los acúfenos. Registrar esta información es fundamental para el seguimiento y el plan de cuidados.

Educación al paciente: Proporcionar información clara y precisa sobre los acúfenos, incluyendo las posibles causas, factores desencadenantes y opciones de tratamiento disponibles. Ayudar al paciente a comprender la condición puede reducir la ansiedad y mejorar la adherencia al tratamiento.

Apoyo emocional: Los acúfenos pueden afectar significativamente la calidad de vida del paciente, causando ansiedad, depresión o insomnio. El enfermero debe brindar apoyo emocional y psicológico para ayudar al paciente a sobrellevar la situación.

Remisión a especialistas: Si es necesario, el enfermero debe remitir al paciente a especialistas en audiología o otorrinolaringología para una evaluación más detallada y tratamientos específicos.

Terapias auditivas y técnicas de relajación: El enfermero puede enseñar al paciente técnicas de enmascaramiento de sonido o terapias auditivas para disminuir la percepción de los acúfenos y mejorar la calidad de vida.

Prevención y promoción de la salud auditiva: Educar al paciente sobre prácticas de prevención de daño auditivo, como evitar la exposición a ruidos fuertes y el uso adecuado de protectores auditivos.

Seguimiento y ajuste del tratamiento: El enfermero debe monitorear el progreso del paciente y, en coordinación con el equipo de atención médica, ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

Información a los familiares: Brindar información y apoyo a los familiares del paciente, ya que los acúfenos también pueden afectar su bienestar emocional y comprensión de la situación.

El enfermero juega un papel fundamental en la atención del paciente con acúfenos al proporcionar evaluación, educación, apoyo emocional y seguimiento, así como facilitar la coordinación con otros profesionales de la salud para brindar un enfoque integral de cuidados.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para el tratamiento de los acúfenos es buscar atención médica especializada lo antes posible. Un médico especialista en audiología u otorrinolaringología puede evaluar la gravedad y la causa subyacente de los acúfenos para ofrecer el tratamiento más adecuado. Dependiendo de la situación individual, el tratamiento puede incluir terapias auditivas, enmascaramiento de sonido, técnicas de relajación, cambios en el estilo de vida y, en algunos casos, medicamentos. Es esencial seguir las indicaciones del profesional de la salud y evitar la automedicación. La atención temprana y adecuada puede ayudar a aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente afectado por acúfenos.

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 38

FUNCIONES DEL ENFERMERO ANTE UN PACIENTE CON COLESTEATOMA

ROSARIO LEÓN EXPÓSITO

BLANCA JODAR ROMERO

ALVARO MORENO GÓMEZ

LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS

FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ

1 Introducción

Un colesteatoma es una anomalía en el oído que implica la formación anormal de piel en el oído medio o en la caja del tímpano. Esta acumulación de piel puede surgir de manera congénita o desarrollarse a raíz de infecciones crónicas del oído. Aunque el término "toma" sugiere la presencia de un tumor, un colesteatoma no es un crecimiento canceroso, sino una estructura no deseada que puede causar problemas graves en el oído.

El colesteatoma puede crecer gradualmente y erosionar el tejido circundante, como los huesos y los órganos auditivos. Esta acción destructiva puede provocar pérdida de audición, mareos, infecciones recurrentes del oído y otros síntomas, como zumbidos en los oídos (tinnitus) y sensación de plenitud.

El tratamiento del colesteatoma puede llevar a cabo un tratamiento en el que se implica una cirugía para poder eliminar la masa de piel y reparar cualquiera de

los daños que tienen los tejidos circundantes. En la detección temprana y conforme al tratamiento oportuno se considera que es fundamental poder para prevenir aquellas complicaciones que pueden generarse graves y preservar la función auditiva del paciente. Tras la cirugía, es importante el seguimiento médico regular para asegurar una recuperación adecuada y reducir el riesgo de recurrencia.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de enfermeros hospitalarios pretendían conocer sus funciones en distintas 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

Ante un paciente diagnosticado con colesteatoma, el enfermero desempeña un papel crucial en proporcionar una atención integral y un apoyo adecuado. Aquí se presentan algunas funciones clave del enfermero:

Educación al paciente: El enfermero debe brindar información detallada sobre el colesteatoma, explicando su naturaleza, el proceso de tratamiento y los cuidados postoperatorios necesarios. Es fundamental que el paciente comprenda la importancia de seguir las indicaciones médicas para obtener los mejores resultados.

Evaluación y registro: El enfermero debe realizar una valoración completa del paciente, incluyendo su historial médico y síntomas actuales. Registrar esta información es esencial para un seguimiento adecuado y para compartir los datos con el equipo médico.

Asistencia durante la cirugía: Durante la intervención quirúrgica para extirpar el colesteatoma, el enfermero brinda apoyo al paciente y colabora con el equipo quirúrgico en la preparación y el cuidado postoperatorio.

Cuidados postoperatorios: Después de la cirugía, el enfermero se encarga de la atención y seguimiento del paciente. Esto incluye el control de signos vitales,

manejo del dolor, cambio de apósitos y la identificación temprana de posibles complicaciones.

Prevención de infecciones: El enfermero enseña al paciente sobre la importancia de mantener la herida limpia y seca para prevenir infecciones. También debe estar atento a signos de infección y actuar de manera rápida si surgen complicaciones.

Manejo del dolor y la incomodidad: El enfermero se asegura de que el paciente esté lo más cómodo posible, proporcionando medicación para el dolor y utilizando técnicas de cuidados para aliviar cualquier molestia postoperatoria.

Educación sobre el autocuidado: El enfermero enseña al paciente cómo realizar cuidados en el hogar, como la limpieza del oído, el uso adecuado de medicamentos y cómo identificar signos de alarma que requieran atención médica urgente.

Apoyo emocional: El diagnóstico y el tratamiento de un colesteatoma pueden generar ansiedad y preocupación en el paciente. El enfermero ofrece apoyo emocional y escucha activa para ayudar al paciente a sobrellevar la situación.

El enfermero desempeña un papel vital en la atención del paciente con colesteatoma, proporcionando educación, apoyo emocional, cuidados postoperatorios y colaborando con el equipo médico para asegurar una recuperación exitosa y mejorar la calidad de vida del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación para el tratamiento del osteatoma es buscar atención médica especializada. El tratamiento puede requerir la intervención quirúrgica para extirpar el osteatoma, especialmente si causa síntomas molestos o está afectando estructuras cercanas. La cirugía busca eliminar el crecimiento óseo no deseado y preservar la función normal del área afectada.

Es importante consultar con un otorrinolaringólogo u otro especialista para una evaluación adecuada y determinar el enfoque de tratamiento más apropiado para cada caso individual. La detección temprana y el tratamiento oportuno pueden ayudar a prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida que pueda tener el paciente con osteatoma.

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 39

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON PAROTIDITIS

ROSARIO LEÓN EXPÓSITO

BLANCA JODAR ROMERO

ALVARO MORENO GÓMEZ

LAURA RODRÍGUEZ PALACIOS

FRANCISCO JAVIER MAESO LÓPEZ

1 Introducción

La parotiditis, también conocida como paperas, es una enfermedad viral contagiosa causada por el virus de las paperas, que pertenece a la familia de los paramixovirus. Afecta principalmente a las glándulas salivales, especialmente a las parótidas, que se encuentran debajo y delante de las orejas. Sin embargo, también puede afectar a otras glándulas salivales y a otros órganos del cuerpo.

La parotiditis se propaga a través del contacto directo con las secreciones respiratorias de una persona infectada, como al toser, estornudar o compartir objetos contaminados. Los síntomas comunes de la parotiditis incluyen inflamación dolorosa de las glándulas salivales, fiebre, dolor de cabeza, fatiga y pérdida del apetito.

En algunos casos, la infección puede ser asintomática o presentar síntomas leves. Sin embargo, en otros, especialmente en adolescentes y adultos, la inflamación de las glándulas parótidas puede ser más severa, causando complicaciones como

dolor intenso, problemas para comer o hablar, e incluso meningitis o inflamación del tejido testicular en hombres.

La prevención de la parotiditis se puede lograr mediante la vacunación con la vacuna triple viral, que también protege contra el sarampión y la rubéola. La vacuna es parte del programa de inmunización de rutina en muchos países y ha demostrado ser efectiva en reducir la incidencia de la enfermedad. En caso de sospecha de parotiditis, es esencial buscar atención médica para un diagnóstico adecuado y tomar las medidas necesarias para evitar la propagación de la infección.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de enfermeros hospitalarios pretendendar a conocer sus funciones en distintas 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 atención del paciente con parotiditis. Sus funciones incluyen:

Evaluación y registro: El enfermero debe realizar una evaluación exhaustiva del paciente para identificar los síntomas y la gravedad de la parotiditis. Registrar esta información es crucial para un seguimiento adecuado y para compartir datos con el equipo médico.

Control de signos vitales: Monitorear regularmente la temperatura, el pulso y la presión arterial del paciente para detectar signos de empeoramiento o complicaciones.

Alivio del dolor: Proporcionar medicamentos para el dolor según las indicaciones médicas y utilizar técnicas de cuidados para reducir la incomodidad causada por la inflamación de las glándulas parótidas.

Hidratación y nutrición: Asegurarse de que el paciente esté adecuadamente hidratado y proporcionar una dieta adecuada que sea fácil de comer y que no aumente la irritación de las glándulas inflamadas.

Aislamiento y precauciones de infección: Dado que la parotiditis es altamente contagiosa, el enfermero debe tomar medidas para prevenir la propagación de la infección, como el uso de equipo de protección personal y la implementación de precauciones de aislamiento cuando sea necesario.

Educación al paciente y familiares: Brindar información sobre la enfermedad, cómo prevenir la propagación de la infección y los cuidados que deben llevarse a cabo en el hogar.

Seguimiento y observación: Monitorear la evolución del paciente y estar atento a cualquier cambio en los síntomas para informar al equipo médico y tomar medidas adecuadas.

Apoyo emocional: La parotiditis puede ser una experiencia estresante y dolorosa para el paciente y sus familiares. El enfermero ofrece apoyo emocional y se asegura de que el paciente se sienta escuchado y comprendido.

Coordinación con el equipo médico: El enfermero trabaja en estrecha colaboración con el médico y otros profesionales de la salud para asegurar una atención integral y una recuperación exitosa del paciente.

El enfermero juega un papel crucial en el cuidado del paciente con parotiditis, proporcionando evaluación, alivio del dolor, educación, apoyo emocional y coordinación con el equipo médico para asegurar una atención integral y una recuperación exitosa.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación del enfermero para tratar al paciente con parotiditis es buscar atención médica de inmediato. La parotiditis es una enfermedad viral contagiosa que puede tener complicaciones graves, especialmente en adolescentes y adultos. El médico determinará el enfoque de tratamiento adecuado, que puede incluir medicamentos para el alivio del dolor y la inflamación, hidratación adecuada, reposo y cuidados en el hogar para evitar la propagación de la infección. Además, es esencial seguir las indicaciones del médico y tomar las precauciones necesarias para evitar el contagio a otras personas. La detección temprana y el tratamiento oportuno pueden ayudar a reducir los síntomas y prevenir complicaciones graves.

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

ENFERMERIA Y LA AEROSOLTERAPIA MEDIANTE MALLA EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI

LORENA LÓPEZ MOLINA

ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO

MARTINA NARDONI MARRAU

DANIEL CARMONA RUIZ

ALICIA LÓPEZ GÓMEZ

1 Introducción

Llamamos aerosol a la suspensión de micropartículas sólidas o líquidas en el aire o en otro gas distinto. Este método de administración de medicación respiratoria es muy utilizado, aunque en muchas ocasiones su eficacia depende de muchos factores: características propias del fármaco que queremos nebulizar, característica anatomo-fisiológicas del paciente que va a recibir la medicación, dispositivo que se utilice, uso o no de soporte respiratorio, etc.

Los últimos avances científicos y médicos nos permiten desarrollar sistemas mucho más eficientes, con mayor seguridad y de fácil manejo que son capaces de llegar al territorio diana minimizando efectos secundarios en el paciente y evitando la generación de aerosoles con el consiguiente riesgo de contagio en los profesionales sanitarios (se ha demostrado tras la pandemia por el SARS CoV-2

que es el momento de la administración de medicación nebulizada uno de los que más estrés provoca en el profesional sanitario por los riesgos que entraña).

A lo largo de este capítulo vamos a analizar las ventajas de esta nueva modalidad de administración de medicación inhalada(desde las ventajas que repercuten en el propio paciente hasta las ventajas en cuanto a seguridad para el profesional sanitario) y todo ello desde un punto de vista científico y siempre basándonos en la evidencia.

2 Objetivos

- Dar una serie de pautas específicas para administrar de manera segura mediante nebulización con malla vibrante en paciente con o sin oxígeno terapia.
- Favorecer el fomento del uso adecuado de dichos sistemas de nebulización de malla vibrante que limitan la generación de aerosoles no deseados, disminuir la cantidad de fármaco utilizado y elevar el depósito del fármaco inhalado fomentando la seguridad y la eficacia en pacientes que necesiten terapia inhalada, fundamentalmente en aquellos en los que se confirme infección respiratoria transmisible por gotas o aérea.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática 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

La aerosolterapia es un procedimiento muy utilizado en el medio hospitalario para el tratamiento de múltiples patologías respiratorias y no exento de riesgos para el paciente y profesional. El éxito del tratamiento dependerá en gran medida del método de administración de aerosolterapia utilizado. Gracias a la investigación en este campo se ha logrado llegar a un método novedoso en el que se optimiza tanto el bienestar del paciente como la seguridad del profesional que lleva a cabo la terapia.El sistema de nebulización mediante malla vibrante nos permite administrar medicación con un sistema cerrado de manera continua o

intermitente y en pacientes sin soporte respiratorio o que precisen alguna modalidad respiratoria sin precisar de un flujo extra para dicha administración de medicación. Se ha demostrado una mayor eficacia , ya que con el sistema de malla vibratoria se consiguen unas partículas de fármaco mucho menores(entre 3 y 5 micras de tamaño) con respecto al método de administración de medicación inhalatoria convencional y capaces de llegar a la vía aérea pequeña. Tb se ha demostrado que en los pacientes tratados con el sistema de nebulización mediante malla vibrante reciben hasta 7 veces más cantidad de medicación que en los tratados con la nebulización convencional. Otra gran ventaja de este método es que este sistema es el que menos aerosoles genera,minimizando así los riesgos de contagio de los profesionales sanitarios.

Otro aspecto a tener en cuenta, sobre todo en el ámbito pediátrico, es la rapidez en la administración de la terapia inhalada, con una duración no superior a 7 minutos y que no precisa de una fuente adicional de gas . También incidir en que este es un sistema silencioso, que fomenta el descanso y confort del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La administración de aerosolterapia mediante malla vibrante se ha convertido en la opción más segura y adaptable. Es la opción más recomendable por varias sociedades científicas.

Su manejo es sencillo y requiere poco aprendizaje.

Los dispositivos son de uso individual y tienen una duración de hasta 7 días si la administración es continua y hasta 3 semanas si la administración se realiza de manera discontinua(para optimizar recursos trasladar dicho dispositivo de urgencias a hospitalización si el paciente así lo precisase).

Generan partículas mínimas con escasa capacidad de dispersión, siendo aún menores en soportes respiratorios tales como CPAP debido a los filtros antimicrobianos,etc.

Es muy importante seguir las recomendaciones generales en cuanto a cambio de filtros antivíricos y antibacterianos, montaje, etc. En las unidades de cuidados intensivos siempre se basarán en sus protocolos propios.

6 Bibliografía

Fernández Tena A, Casan Clarà P. Depósito pulmonar de partículas inhaladas. Arch Bronconeumol. 2012;48:240-6. 2.Boe J, Dennis JH, O'Driscoll BR, Bauer TT,

Carone M, Dautzenberg B, et al; European Respiratory Society Task Force on the use of nebulizers. European Respiratory Society Guidelines on the use of nebulizers. *Eur Respir J*. 2001; 18:228-42. 3.Newman S, Gee-Turner A. The Omron MicroAir vibrating mesh nebulizer, a 21st century approach to inhalation. *J Appl Ther Res*. 2005;5:29-33. 4.Waldrep JC, Berlinski A, Dhand R. Comparative analysis of methods to measure aerosols generated by a vibrating mesh nebulizer. *J Aerosol Med*. 2007;20:310-9. 5.Dhand R. Aerosol delivery during mechanical ventilation: from basic techniques to new devices. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv*. 2008;21:45-60. 6.Máiz L, Wagner C. Beneficios de la terapia nebulizada: conceptos básicos. *Arch Bronconeumol*. 2011;47 Supl 6:2-7. 7.Vendrell M, de Gracia J, Oliveira C, Martínez-García MA, Giron R, Maiz L, et al. Diagnosis and treatment of bronchiectasis. Recommendations of the Spanish society of pulmonology and thoracic surgery (SEPAR). *Arch Bronconeumol*. 2008;44:629-40. 8.Doring G, Flume P, Heijerman H, Elborn JS, for the Consensus Study Group. Treatment of lung infection in patients with cystic fibrosis: Current and future strategies. *J Cyst Fibros*. 2012;11:461-79. 9.Decramer M, Janssens W. Mucoactive therapy in COPD. *Eur Respir Rev*. safety of nebulized lidocaine for adults with difficult-to-control chronic cough. 2010;19:134-40. 10.Misra A, Hickey AJ, Rossi C, Borchard G, Terada H, Makino K, et al. Inhaled drug of recombinant alpha (1)-antitrypsin therapy in cystic fibrosis. 11.Brand P, Schulte M, Wencker M, Herpich CH, Klein G, Hanna K, et al. Lung deposition of inhaled alpha1-proteinase inhibitor in cystic fibrosis and alpha1- antitrypsin deficiency. *Eur Respir J*. 2009;34:354-60. 12.Powell C, Dwan K, Milan SJ, Beasley R, Hughes R, Knopp-Sihota JA, et al. Inhaled magnesium sulfate in the treatment of acute asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD003898. 13.Tuinman PR, Dixon B, Levi M, Juffermans NP, Schultz MJ. Nebulized anticoagulants for acute lung injury-a systematic review of preclinical and clinical investigations. *Crit Care*. 2012;16:R70.

Capítulo 41

LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AL CARGO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

LORENA LÓPEZ MOLINA

ALICIA LÓPEZ GÓMEZ

ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO

MARTINA NARDONI MARRAU

DANIEL CARMONA RUIZ

1 Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es una afección en la que el corazón ya no bombea sangre rica en oxígeno de manera efectiva a los demás órganos del cuerpo. Esto da como resultado síntomas corporales generalizados. Al ser una de las principales causas de ingreso de nuestros pacientes, la IC es uno de los problemas de salud pública más importantes en España para clientes de nuestros hospitales. Dado que las personas mayores de 65 años se consideran en el grupo de mayor riesgo para desarrollar este tipo de patología, el rango de edad suele variar entre estos dos grupos. Desde la profesión de enfermería, nos involucramos y conocemos los protocolos para el tratamiento de un paciente con descompensación cardíaca en

todas sus etapas, lo que nos permite reconocer síntomas de alarma que apuntan a un deterioro de la condición de manera temprana desde nuestras consultas de enfermería con la clínica del paciente. La importancia de la educación sanitaria para estos pacientes se debe a que es la principal arma contra la cronicidad de esta enfermedad. Enfermería desarrolla protocolos que identifican, apoyan, informan y, en última instancia, sirven como un manual para hacer frente a un corazón que falla.

2 Objetivos

Describir la estrategia del personal de enfermería y el significado de la misma para los pacientes con insuficiencia cardíaca que están siendo atendidos en hospitales.

3 Metodología

El desarrollo de este capítulo implicó una investigación que implicó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, se han utilizado para seleccionar artículos y realizar una búsqueda exhaustiva de libros de investigadores con material pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

En la consulta de enfermería especializada, donde se realiza lo siguiente, se revisan los pacientes que reciben un seguimiento cercano en una consulta médica:

- Evaluación de grado funcional: Antecedentes: FRCV, hábitos tóxicos, enfermedad cardiovascular previa, tratamientos previos, Exploración física: AT, ECG, pruebas de función respiratoria.
- Prácticas sanitarias: Control de peso, dieta baja en sal, control de la ingesta de líquidos y logro de un peso saludable. las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS recomienda una ingesta diaria de 5 g de sal por paciente sin patología. 5 gramos de sal equivalen a 2 gramos de sodio (gramos de sodio por 2,5).

La enfermera le aconseja que limite su ingesta de sal tanto como sea posible durante la consulta de Insuficiencia Cardíaca.

- Pruebas de rutina para el manejo de la función renal.

- Manejo de medicamentos. Promueva la adherencia al tratamiento (betabloqueantes, diuréticos y antihipertensivos) y verifique con los pacientes a través de llamadas telefónicas o reuniones en persona para asegurarse de que estén tomando sus medicamentos según las indicaciones y de manera exhaustiva, así como de las consecuencias de no tomarlos a ellos.
- Educación para la salud centrada en el autocuidado, capacidad de reconocimiento de signos de descompensación, coordinación del seguimiento del paciente con IC en todo el circuito, incluyendo atención primaria, farmacéutico y trabajo social (Especialmente en pacientes dependientes o con deterioro cognitivo con problemas de movilidad). Esto se ha demostrado a través de un cuidadoso seguimiento de enfermería. Podemos prevenir y controlar el empeoramiento o desarrollo de su insuficiencia cardíaca gracias al gran control de signos y síntomas que proporciona la atención especializada. Como resultado, hemos logrado una serie de metas sugeridas, que incluyen:
 - Evitar el reingreso de estos pacientes al hospital.
 - Elevar el nivel funcional, lo que se traduce en una mejor calidad de vida.
 - Asegurar que cada paciente reciba la mejor atención posible.
 - El autocuidado y la adherencia al tratamiento son cruciales para que los pacientes vivan una vida mejor.
 - La consulta de enfermería debe incluir una evaluación de la adherencia, si se encuentra una mala adherencia, se deben identificar las causas teniendo en cuenta los factores relevantes y se deben proponer estrategias que tengan en cuenta al paciente, la familia y el entorno psicosocial para fomentar la adherencia.
 - Colaborar transversalmente porque todos los profesionales deben implicarse tanto en la prevención como en la detección y tratamiento del incumplimiento de los tratamientos prescritos.

5 Discusión-Conclusión

La demanda de personal médico capacitado o especializado para el tratamiento de esta patología aumenta a medida que aumenta la incidencia y la prevalencia de la Insuficiencia cardíaca. Esto se traduce inevitablemente en una saturación tanto de las consultas de atención primaria como de las consultas de atención especializada. Si un paciente necesita ser seguido por atención primaria o posiblemente por un especialista, puede ser un desafío para nosotros derivarlo a la fuente adecuada. Esto resalta el valor de las relaciones sólidas y el compromiso entre los equipos que brindan atención primaria y especializada, así como la revisión de los protocolos previamente establecidos. Como resultado, la atención y

el seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca es más uniforme y equitativo. Los pacientes deben ser transferidos de la atención primaria a la atención especializada a través de estructuras intermedias como enfermería, que juega un papel fundamental en las unidades de rehabilitación cardíaca e insuficiencia cardíaca.

6 Bibliografía

1. www.secardiologia.es/publicaciones/catalogo/documentos-de-consenso/
- 2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 42

LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA DE PLANTA CON LOS PACIENTES CELIACOS

LORENA LÓPEZ MOLINA

ESPERANZA ORTEGA SANTIAGO

MARTINA NARDONI MARRAU

DANIEL CARMONA RUIZ

ALICIA LÓPEZ GÓMEZ

1 Introducción

La enfermedad celíaca, que afecta por igual a hombres y mujeres, podemos decir que es una inflamación inmunitaria del intestino provocada por la ingesta e intolerancia al centeno, el trigo y la cebada.

Este trastorno provoca daños en el sistema digestivo y altera la absorción de vitaminas, minerales y otros nutrientes. No se trata de una alergia ni de una intolerancia, ya que esta patología provoca una rápida respuesta inmunitaria. La afectación suele ser rápida ante la respuesta que se genera tras la ingesta de los alimentos que producen la celiaquía.

Puede producir muchos síntomas, entre los que se pueden comentar: meteorismo por inflamación intestinal, diarrea por malabsorción de nutrientes, anorexia por

meteorismo por digestión normal, cabello quebradizo y cansancio físico. La falta de absorción de vitaminas y nutrientes puede conducir a una debilidad general. Existen muchos tipos de esta enfermedad, siendo los más típicos la malabsorción de alimentos, las diarreas, etc.

La enfermedad se puede presentar en varios tipos: la clásica (que se pronuncia en mala absorción de alimentos y diarrea, etc.) y la celiacía pauci o monosintomática, la cual tiene síntomas interiores y exteriores. Celiacía silente la cual el paciente no descubre que tiene esa enfermedad pese a que tiene alguno de los síntomas de esta.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel de enfermería con el paciente con celiacía.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre el conocimiento de La enfermedad celiaca como se diagnostica y qué calidad de vida puede realizar.

Palabras clave: celiaca, cebada, tratamiento, diagnóstico.

4 Resultados

Son muchos los pacientes que acuden a la consulta de enfermería con los problemas digestivos tras la ingesta de alimentos que pueden producir la celiacía.

El diagnóstico a veces es difícil porque, ya que se pueden confundir con otros trastornos digestivos, porque muchos de sus síntomas son frecuentes en muchas patologías digestivas.

Enfermera debe conocer que uno de los síntomas es la diarrea tras la ingesta de los alimentos prohibidos, por ello realizara los cuidados pertinentes en el momento que aparezca esta diarrea. Si la diarrea crónica se debe a la enfermedad celiaca, se deben realizar más pruebas para descartar posibles úlceras de estómago o trastornos del colon, etc.

La enfermera para poder diagnosticar esta patología deberá realizar una serología, biopsia y cuestionar lo que hará el cuerpo cuando se ingiere gluten.

Para el diagnóstico se requieren anticuerpos antiendomiso del tipo IgA y anti-transglutaminasa tisular (AtTG), además de, por supuesto, una biopsia intestinal. (Ryan BM, 2000)

La enfermera tendrá que ejercer de consultora o realizará educación sanitaria para que el paciente conozca los alimentos obligatorios que pueden ser libres de gluten, con exclusión de los productos a base de trigo, espelta, cebada, centeno y avena, y con exclusión de los productos derivados de estos cereales (fécula, harina, sémola, pan, pasta, bollería y confitería). Alimentos frescos, evitar alimentos procesados, carnes, pescados, huevos, etc. En casos de que el paciente sea mayor les realizara una dieta adecuada escrita para que puedan realizarla en su propio domicilio. Así, la sintomatología con esa dieta puede desaparecer, en caso de que siga persistiendo alguno de los síntomas será derivado a la consulta de digestivo en la que el facultativo realizara más pruebas para descartar otras patologías.

5 Discusión-Conclusión

En el tema en cuestión es un tema muy actual debido a que los alimentos en la actualidad también vienen con más aditivos y provocan más patologías digestivas.

La enfermera será la guía, aconsejará y ayudará al paciente para seguir una dieta con la cual desaparezcan los síntomas y el paciente se encuentre mejor y mejores su calidad de vida.

Como se ha podido comprobar en nuestros resultados, son muchos los alimentos que hay que eliminar para poder comer con tranquilidad. Estos deben ser conocidos por los pacientes que sean celíacos.

La educación sanitaria por parte de enfermería en estos pacientes es fundamental.

6 Bibliografía

- Nutrición hospitalaria 2016; 33:44-48. (2) Parada A, Araya M. El gluten: Su historia y efectos en la enfermedad celíaca. Revista médica de Chile 2010;138(10):1319-1325.
- Araya QM, Parada DA. Poniendo al día la enfermedad celíaca. Revista Médica Clínica Las Condes 2011;22(2):204-210

Capítulo 43

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES UROSTOMIZADOS

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

SARA EXPÓSITO CAUTADO

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

DAVID CUESTA PÉREZ

MARIA ELENA MORA MARTINEZ

1 Introducción

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

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

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

4 Resultados

Hablaremos sobre como el equipo de enfermería procede a los pacientes que tienen la urostomía para el proceso de mantener la orina y llevar un control cuando están hospitalizados. El objetivo principal de la dieta de un paciente de urostomía es mantener el flujo de orina claro, inodoro y en cantidad suficiente, es imprescindible asegurar una ingesta adecuada de líquidos para prevenir infecciones. Se recomienda beber 2-3 litros de líquido al día, preferiblemente agua. No se debe evitar beber agua para orinar menos, ya que la deshidratación reduce la producción de orina y favorece las infecciones del tracto urinario y la formación de cristales y cálculos renales.

La técnica de cuidado del estoma del personal de enfermería es la siguiente:

- Posición del paciente: posición supina.
- Retirar la bolsa anterior y posiblemente la placa.
- Secar cuidadosamente el estoma con una gasa.
- Meter la bolsa. Si la bolsa tiene un grifo, debe mirar hacia abajo.

Para evitar problemas en la piel periestomal, es importante seguir estos consejos:

- Cubrir la cama con un remojón.
- Evitar el contacto de la orina con la piel; de ahí la importancia de cortar disco al tamaño correcto.

- Retirar con cuidado las pegatinas de arriba hacia abajo, sujetando poco a poco la piel con la otra mano y no frote la piel.
- Limpiar el estoma adecuadamente con agua tibia y jabón suave.
- Cortar el pelo con tijera, nunca con navaja.
- No tomar alcohol.
- Los discos se cambian cada 3 o 4 días, las bolsas se cambian diariamente
- Medir el tamaño del estoma y ajustarlo.
- Evitar que la orina dañe la piel.
- Si es posible, dejar la piel al aire un rato para favorecer la oxigenación y el secado.

5 Discusión-Conclusión

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

6 Bibliografía

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

Capítulo 44

HIPOTERMIA TERAPÉUTICA NEONATAL Y LAS FUNCIONES DE ENFERMERIA ANTE ESTOS CASOS

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

DAVID CUESTA PÉREZ

SARA EXPÓSITO CAUTADO

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

MARIA ELENA MORA MARTINEZ

1 Introducción

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

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

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

4 Resultados

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

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

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

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

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

- Recién nacido en el que se prevé cirugía durante los tres primeros días de vida.
- Neonato que presente anomalías indicativas de mal pronóstico a largo plazo.
- Recién nacido con una edad gestacional menor a 36.
- Neonato con más de seis horas de vida.
- Recién nacido crítico o moribundo en el cuál el beneficio de hipotermia inducida sería improbable.

Atención del recién nacido con criterios de Encefalopatía hipóxica isquémica en el paritorio y primeros momentos:

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

Las medidas iniciales durante el enfriamiento serán las siguientes:

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

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

Capítulo 45

PERFIL PSICOLÓGICO DE MENORES ACOSADOS EN BASE AL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

SARA EXPÓSITO CAUTADO

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

MARIA ELENA MORA MARTINEZ

DAVID CUESTA PÉREZ

1 Introducción

La presente revisión bibliográfica se basa en el análisis del acoso escolar, buscando profundizar en la descripción del perfil psicológico de aquellos que lo sufren. Y así, examinar la génesis de este fenómeno, cuál es el contexto en el que se desarrolla, las características que posee y las repercusiones que acarrea. De este modo, averiguar la manera de detectarlo, tratarlo y favorecer entornos seguros y saludables dentro de la atmosfera escolar.

El acoso escolar se desarrolla en mayor medida en la Escuela de Educación Primaria, posteriormente en adolescentes y no siendo extraño, todavía entre adultos. Aunque la tendencia es pensar que tras culminar el proceso madurativo estas conductas ceden por completo, podemos encontrar casos de acoso laboral y/o familiar, entre ellos.

En la Escuela se dan cuatro tipos de aprendizajes fundamentales, que son: “Aprender a conocer”, “Aprender a hacer”, “Aprender a ser”, “Aprender a vivir juntos”, que necesitan que se den unas condiciones sociales adecuadas para poder llevarse a cabo. Cuando entra en juego el acoso escolar el clima sobre el que el alumno se desenvuelve cambia y la eficacia de la interacción social se ve mermada, afectando negativamente al desarrollo del proceso.

Los términos más conocidos para definir este suceso son: acoso escolar, bullying (del inglés bully, que significa matón), o violencia entre iguales, siendo este último término el más adecuado. Los autores Smith y Sharp propusieron un concepto genérico para referirnos al bullying, tratándolo como una relación cotidiana entre diversos sujetos en la cual se ejerce un abuso persistente de poder de unos sobre otros, es decir, se manifiesta una desigualdad de fuerzas que conlleva a una relación de dominio-sumisión entre los implicados.

Encontramos cuatro tipos de bullying: físico, verbal, psicológico y social o las agresiones por las redes sociales o medios electrónicos. En cuanto a la etiología distinguimos: bullying racista, acoso sexual, bullying homófobo y cyberbullying. Los actores de base del acoso escolar son la víctima o agredido, el victimario o agresor y el tercero u observador espectador. Es muy común pensar que este fenómeno sucede siempre entre dos personas únicamente, víctima y agresor, cuando en realidad son más los implicados.

La víctima presenta una sintomatología que se encuadra dentro de los trastornos de ansiedad. Casi de forma unánime presentan fobia escolar o social, primariamente por un insuficiente desarrollo de las habilidades de relación y posteriormente por la crisis de angustia que experimentan como consecuencia de la opresión a la que están sometidos.

La enfermería ha encontrado un campo de estudio muy amplio y se ha vuelto un reto encontrar medias para la prevención del acoso y el manejo ya no solo de la víctima, el agresor y los observadores, también de la institución educativa, las familias e incluso los centros sociosanitarios. Incluyendo todos estos componentes se desarrollan planes de prevención e intervención que engloban holísticamente el problema y que tratan a la comunidad en su conjunto.

Una figura emergente es la enfermera escolar, que abogará por mejorar la salud de los menores en etapa escolar, actuando como promotora de esta. Ejercerá sus funciones en la institución educativa para abordar este fenómeno de forma común e implantar medidas de prevención y metodologías de intervención, así como planes de cuidados en los colegios con el fin de controlar esta problemática y cubrir las necesidades de los implicados.

2 Objetivos

- Llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre el acoso escolar para poder definir qué es, quiénes participan en él y la sintomatología que presentan.
- Estudiar el perfil del menor acosado y los tipos de problemas que surgen en el entorno escolar.
- Plantear cuál es el trabajo de la enfermera dentro del abordaje de esta problemática y establecer las bases de la intervención terapéutica.

3 Metodología

Para 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 actores del acoso escolar son los responsables directos de esta problemática. Aunque hay muchos agentes involucrados, de forma global podemos dividirlos en tres grupos, que son la víctima o agredido, el victimario o agresor y el observador o espectador. Esta revisión bibliográfica se centrará en el perfil del menor acosado, es decir, de la víctima.

La víctima o agredido, es aquel que recibe de forma directa todo acto de abuso. Habitualmente no es consciente de lo que sucede y además, carece de las herramientas adecuadas para hacerle frente. Por ello, le resulta complicado salir de la dinámica en la que ha entrado. Existen dos tipos de víctima en conformidad con la réplica que manifieste:

- Pasivas o sumisas: son aquellas cuya reacción al acoso es escasa o nula. Normalmente son personas vulnerables que muestran su afectación expresando sentimientos de dolor, decaimiento o ansiedad. Suelen ser aquellos con estatus escolar más bajo, escasa asertividad y con dificultades para la comunicación natural o la empatía. Tienen baja autoestima porque suelen presentar características como sobrepeso, rasgos físicos menos atractivos, discapacidades y un rendimiento escolar inferior.
- Activas o agresivas provocadoras: en este tipo de víctima la reacción ante el abuso es irritante, actuando compulsivamente pudiendo llegar a usar la violencia

física y verbal. Son conflictivos porque se encuentran aislados del grupo escolar, son altamente impopulares y sus lazos sociales son escasos. En ocasiones también se desenvuelven en entornos hostiles en su núcleo familiar. Llegan a mezclar su condición con la de agresor, pero no se les juzga de la misma manera porque sus acciones son la respuesta a un estímulo de acoso previo.

Los alumnos que son víctimas de acoso escolar muestran índices de escasa valoración del autoconcepto, cosa que sucede de forma contraria en el caso de los agresores. La regulación emocional en aquellos que abusan de otros compañeros está desajustada y tienen problemas para modularla, son mucho más impulsivos y actúan en consecuencia aprovechándose de la superioridad que sienten respecto de quienes son víctimas.

Algo que sí que les caracteriza de manera positiva es que tienen unos niveles de empatía moderados. Digamos que se encuentran en un nivel intermedio entre los espectadores, quienes suelen tener los niveles más elevados, y los agresores, que en la mayoría de los casos destacan por no presentar sentimientos empáticos.

El miedo que tienen a provocar al agresor y que la dinámica de abuso continúe, les hace ser facialmente inexpresivos cuando se encuentran envueltos en una disputa. Se quedan paralizados e intentan no mostrar ningún tipo de emoción para esconder los sentimientos de vergüenza e indefensión.

Tal es la repercusión que ha tenido esta problemática que se ha concretado que el papel que tienen los docentes es esencial. Son los primeros que deben sospechar estos casos y dar la voz de alarma, aunque desgraciadamente esta no es una tarea fácil. Frente a esta condición surge la necesidad de profesores y padres de recurrir a los profesionales de la salud, más comúnmente a los enfermeros, para poder hacer intervenciones de promoción y educación para la salud entre los más jóvenes en los centros educativos.

Una figura emergente es la de la enfermera escolar. La labor que desempeña está encaminada a hacer comprender a los chicos el concepto de salud, comparando el estado de bienestar con una balanza en la que conviven salud y enfermedad al mismo tiempo. Entonces, el nivel de salud que tendrá cada persona dependerá del lado hacia el que esté orientada la balanza. El profesional de enfermería tratará de aportar unas herramientas sencillas y eficaces a los alumnos para conocer cuáles son los recursos generales de resistencia (como el dinero, los hábitos saludables...), la forma más adecuada de utilizarlos y de este modo generar salud. La estrategia más adecuada que se utiliza es la de prevención, ya que nos permite frenar las situaciones que afectan al desarrollo interpersonal y no generan ambientes saludables para la integración. El objetivo principal es, tras detectar los factores de riesgo, imponer medidas correctoras ante los mismos y potenciar los

factores de protección.

Tras detectar cuáles son los factores de riesgo, otra de las tareas principales es hacer una buena planificación de la convivencia escolar siguiendo estos pasos:

1. Evaluar cómo es la convivencia en el centro.
2. Observar cuáles son las actuaciones encaminadas a mejorar la convivencia por parte del centro. Para ello se trabaja sobre: a. La diversidad del centro y el alumnado en todas sus dimensiones. b. Una serie de normas que regulen el comportamiento de profesores y alumnos. c. Una educación en valores basada en competencias que mejoren la convivencia escolar y prevengan conflictos
3. Planificar actuaciones individualizadas para cada aula, puesto que es el grupo sobre el que las acciones son más eficaces
4. Valorar cómo es la convivencia en el núcleo familiar y el entorno social.
5. Evaluar cuán eficaz ha resultado la intervención

Las estrategias que proponga la enfermería irán encaminadas al reconocimiento de los sentimientos y al desarrollo de habilidades de afrontamiento del estrés y mejora del autoconcepto. Básicamente toda intervención debe tener unas expectativas positivas y flexibles que se adapten a las adversidades y puedan prever los factores de riesgo y adelantarse a ellos.

Una buena intervención frente al acoso escolar comienza con la sospecha. Después, hay que preguntar al menor qué está sucediendo y cómo se siente, creando un ambiente de confianza que le permita exponer sus sentimientos. Las estrategias de afrontamiento que se centran en el acercamiento del problema y al refuerzo del apoyo social entre niños y niñas, aumentan la prosocialidad y denotan una mejor adaptación y resolución del conflicto entre iguales.

Seguir estos pasos es de vital importancia, ya que la mayoría de los casos pasan desapercibidos, los daños causados a la víctima ya son demasiado graves cuando detectan e incluso la intervención puede ser ineficaz y la víctima termina abandonando el centro.

5 Discusión-Conclusión

El acoso escolar consiste en la exposición reiterada y de forma continua en el tiempo de acciones negativas por parte de uno o varios estudiantes hacia un compañero del grupo o varios. Se caracteriza por un desequilibrio de poder que implica una relación de dominio-sumisión entre los implicados, generando sentimientos de indefensión y rechazo. Es observable en todos los casos la intencionalidad de hacer daño.

Todas las materias que se han implicado en el estudio del bullying y se han esforzado en definir el perfil psicológico de la víctima, han llegado a la conclusión de que encasillarla es complicado, pero sí hay unos rasgos y características de la personalidad que se repiten.

La intervención en casos de acoso debe realizarse de forma global, incluyendo a las víctimas, los agresores, los terceros, las familias y el equipo docente junto con la institución educativa en su conjunto. A ellos se une la enfermera escolar, figura en auge que actuará como promotora de salud en las aulas proponiendo actividades basadas en la recuperación del equilibrio emocional y psicológico de los implicados para favorecer su desarrollo personal.

La principal conclusión extraída de esta revisión bibliográfica es que es primordial distinguir de forma precisa los casos de bullying de los que no lo son, controlar el foco del problema y actuar de forma directa sobre él. Es una necesidad abordar este fenómeno de forma global incluyendo en la intervención a la víctima y a todo su entorno, ensalzando la figura de la enfermera escolar. Fomentar actitudes prosociales, así como la gestión de las emociones y la comunicación asertiva son actitudes protectoras frente a los factores de riesgo predisponentes de acoso escolar.

6 Bibliografía

1. Paula Armero Pedreira, B Bernardino Cuesta. Acoso escolar. 30-01-2012 [Internet]. 2011;13(52). Disponible en: <https://pap.es/articulo/11625/acoso-escolar>.
2. Margarita Maria Cano-Echevarri, Enrique Jorge Vargas-Gonzalez. Actores del acoso escolar. 31/01/2018 [Internet]. 30 de julio de 2017; Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/14221/11101>.
3. Virginia Sánchez Jiménez, Rosario Ortega Ruiz, Ersilia Menesini. La competencia emocional de agresores y víctimas de bullying. *An Psicol.* 2012;28(1):71-82.
4. María Concepción Ruiz Gippini, Raquel Rodríguez Lagares, Carlos Llanes Álvarez, Cristina Blanco Dorado. Acoso Escolar. *Bullying*. abril de 2019;51(4):198-9.
5. Cecilia Beatriz Moreno-Bataller, María Emilia Segatore-Pittón, Ángel Javier Tabullo-Tomás. Empatía, conducta prosocial y «bullying». *Las acciones de los alumnos espectadores. LA Referencia.* 2019;37(113-134):22.
6. Juan José Nicolás Guardiola. Acoso Escolar. *Asoc Col Criminólogos Murcia Esp.* 2011;VII(7):3.
7. Francesc Sidera, Elisabeth Serrat, Jordi Collell, Georgina Perpiña, Robinson Ortiz, Carles Rostan. *Bullying in Primary School Children: The Relationship be-*

tween Victimization and Perception of Being a Victim. Int J Enviromental Res Public Health [Internet]. 2020;17(24). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17249540>.

Capítulo 46

EL PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LOS CAMPOS DE BATALLA DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL

ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO

JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN

CARMEN RAMIREZ ROSILLO

ALBA GOMEZ DIAZ

MARINA GUILLEM SÁNCHEZ

1 Introducción

La Segunda Guerra Mundial fue el conflicto militar más importante del siglo XX. Entre 1939 y 1945, Europa vivió un conflicto con dos importantes alianzas: las Potencias del Eje, encabezadas por Alemania, Italia y Japón, y los Aliados con, entre otros, Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia y Rusia.

Como en todos los conflictos armados, durante la Segunda Guerra Mundial la ciencia y la guerra fueron constantemente de la mano.

Si bien es cierto que la mayoría de la información que se encuentra sobre las enfermeras del Tercer Reich habla sobre su labor e importancia en los campos de concentración y centros psiquiátricos no se debe olvidar que estas, también estuvieron presente en la primera línea de batalla.

El abordaje de la batalla y por lo tanto, la actuación sanitaria, sufrió grandes cambios con respecto a la Primera Guerra Mundial, ya que esta sirvió como lección para la mejora de estrategias y planes de actuación.

A pesar de que la Segunda Guerra Mundial fuera mucho más cruenta y difícil de abordar por parte de las enfermeras debido al avance de las armas y a las condiciones ambientales, establecer una red de hospitales que funcionaran en sucesión según el lugar en el que se entrasen resultó fundamental.

2 Objetivos

Conocer la labor de actuación de los servicios sanitarios, y en especial de las enfermeras durante la Segunda Guerra Mundial.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica.

Los datos utilizados para la elaboración del trabajo se obtuvieron de bases online como Google Académico, Dialnet, Pubmed y Scielo. Para la obtención de dichos datos se utilizaron las palabras clave Segunda Guerra Mundial, Enfermería, Enfermera, Batalla combinadas entre sí con el booleano “AND”.

4 Resultados

La primera, la zona divisionaria, es la que se ubicaba más cerca de la zona de batalla, en ella podíamos encontrar los puestos de socorro, que era el primer lugar donde se atendían las urgencias, de ahí eran trasladados mediante dos ambulancias al hospital de campaña que se ubicaba esta zona y que estaba dotado del material sanitario básico, equipo quirúrgico, equipo de farmacia y de esterilización. En esta zona los médicos y enfermeras se encargaron de abordar los primeros procedimientos e intervenciones que lograron salvar muchas vidas como fueron: realización de traqueotomías, cura de heridas y colocación de vendajes, control del dolor, control de las infecciones, torniquetes y ciertas intervenciones quirúrgicas.

En segundo lugar, en la zona intermedia, se encontraban dos hospitales de campaña de reserva y los hospitales de evacuación (estos últimos recibían a los heridos de la primera zona) todos contaban con servicio de farmacia y además, en esta zona, había una sección de personal encargado de aprovisionar y recuperar

material sanitario, ya fuera proveniente de Alemania o interceptado al ejército enemigo. Esta sección también era la encargada de depurar y abastecer los hospitales con agua. En esta zona la principal función de las enfermeras fue mantener estable a los pacientes hasta el traslado de estos.

En último lugar, el más alejado de la zona de batalla, y más próximo a la zona interior, se ubicaban seis hospitales de campaña, dos ambulancias, y una zona llamada parque sanitario donde se enviaban todos los recursos necesarios desde la zona interior, esta última ubicación además disponía de un laboratorio militar que permitió la realización de análisis. Esta zona, al estar más alejada de la batalla y más cercana al interior permitió que se dispusiera de más material y recursos para el tratamiento del paciente. Por lo tanto, en esta zona, el abordaje se centraba además del tratamiento de las heridas típicas de guerra, de la recuperación de aquellos que eran intervenidos en zonas anteriores, del abordaje de enfermedades producidas por las condiciones del medio ambiente etc.

Podría decirse que, de los puestos de socorro se trasladó mediante ambulancias a hospitales de campaña, de estos a los de evacuación y de ahí a los que se encontraban ubicados en la zona interior más alejada de la guerra.

Antes de entrar en el campo de batalla las enfermeras norteamericanas realizaron algunas de sus funciones en Centros de Reconocimiento Militar, que se trataba de zonas ubicadas próximas a las bases. Estos centros servían para evaluar la capacidad de sus soldados y estos eran sometidos a diferentes revisiones médicas antes de embarcarse en la guerra. En coordinación con los médicos, las enfermeras fueron las encargadas de la realización de estas pruebas. Entre las funciones que principalmente ejecutaron las enfermeras encontramos exámenes oculares, donde se valoraba la agudeza visual y la destreza de distinción de colores, la administración de ciertas vacunas, que variaban en función del destino del soldado, control de constantes y registro de los datos obtenidos.

Las enfermeras norteamericanas que lucharon en la línea más cercana al combate contaron con un plan de ejecución y evacuación de heridos que se basaba fundamentalmente en el triaje.

En la zona más próxima a la batalla se encontraban los puestos de socorro, donde los soldados heridos recibían la primera atención hasta ser trasladados mediante ambulancia. Aquí se realizaba la primera evacuación del paciente, y en función de la gravedad del problema era trasladado a un tipo de hospital u otro:

En primer lugar, los pacientes que sufrieron daños de extrema urgencia fueron evacuados al Puesto quirúrgico avanzado un hospital móvil de grandes dimensiones con grandes capacidades para albergar a unos 50 pacientes, disponía de varias salas de quirófano y farmacia. Los pacientes debían permanecer allí el mín-

imo tiempo posible para poder intervenir y tratar a otros heridos.

En segundo lugar, se encontraban los hospitales de campaña, ubicados a varios kilómetros de distancia de la zona de batalla y que avanzaban con las tropas, pero siempre desde la distancia. En estos hospitales se atendían los casos que eran muy urgentes pero no extremos. Estos hospitales de campaña también disponían de un quirófano y servicio de farmacia y una capacidad para aproximadamente 150 pacientes. La función de las enfermeras en estos hospitales fue de vital importancia. Ellas se encargaban de la estabilización del paciente mediante administración de medicación, transfusiones sanguíneas, realización de curas, control de constantes etc. Además las enfermeras eran las responsables del empaquetado de material sanitario cuando las tropas, y por ende el hospital avanzaba en el terreno.

En tercer lugar, se clasificaron los hospitales de evacuación, se trataba de aquellos centros hospitalarios cuya finalidad fue acoger a los pacientes cuando ya estaban estables para continuar con el proceso de recuperación, de esta manera, los pacientes podían mejorar más alejados de la guerra y tranquilos y además los hospitales de campaña y los puestos quirúrgicos quedaban libres para albergar a más soldados. El traslado hasta estos hospitales recibía el nombre de segunda evacuación. Estos hospitales tenían grandes capacidades y albergaban al menos a 750 heridos. Al tener una capacidad tan grande, el número de enfermeras que había en estos hospitales era muy elevado. Ellas eran las responsables del cuidado y recuperación de los pacientes, ya que a diferencia de los otros dos hospitales anteriores, la presencia de médicos en estas zonas era mucho menor.

Por último, para aquellos que requerían una larga recuperación existían los hospitales generales. Estos hospitales se establecían en edificios que se encontraban vacíos alejados de la zona de conflicto.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermeras de ambos bandos no solo estuvieron presentes en los momentos de batalla, si no que acompañaron a las tropas durante toda la trayectoria. Todas ellas tuvieron que lidiar con las condiciones ambientales y del terreno y con recursos que a veces no eran suficientes para poder ofrecerles a los pacientes el más digno y mejor cuidado posible. Por ejemplo, hubo enfermeras, que aunque trabajaron en zonas donde la batalla no había llegado, la guerra impidió que recibieran materiales y recursos necesarios en los hospitales ya que el bando enemigo interceptaba los materiales o el transporte no conseguía traspasar ciertas zonas, lo que hizo que se vieran obligadas a improvisar con los pocos recursos de los que disponían.

Pero la función de las enfermeras durante la guerra fue mucho más allá de la técnica y la práctica de enfermería. En estos momentos “adquirió significativo valor el aspecto espiritual de la Enfermería” ya que las enfermeras de los dos bandos, no solo trataron diarreas, heridas, enfermedades y demás, si no que en su cuidado también se incluyó el acompañamiento, el ocio, las charlas, etc.

Las guerras siempre han llevado ligadas una connotación sanitaria, completamente necesaria para vencer en las batallas, pero en el caso de la Segunda Guerra Mundial, la sanidad y en concreto el papel de la enfermería adquirió aún más valor.

Se evidencia que, con la guerra la sanidad avanza a grandes pasos, ya que el número de heridos y muertes que esta causa, incrementa la necesidad de mejorar los recursos disponibles e incluso crear nuevas tecnologías, fármacos o utensilios que logran salvar la vida del máximo número de soldados posibles. Podría decirse entonces que la motivación para investigar y conseguir nuevos recursos nace del deseo de ganar.

No solo los recursos y tecnologías sanitarias avanzaron con la guerra, sino que los planes de actuación y evacuación de heridos más próximos al frente también sufrió una gran mejora con respecto a la Primera Guerra Mundial. Nuevas técnicas enfermeras como las transfusiones sanguíneas, el triaje y el transporte aéreo de heridos supusieron que el número de fallecidos, a pesar de que fuera una cifra tremendamente alta, resultara mucho menor.

6 Bibliografía

1.Rodríguez LG. Los hijos de Asclepio: asistencia sanitaria en guerras y catástrofes [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>].

UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia (España); 2013 [citado 20 de enero de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=26200>

2.Iglesias PMS. Investigación de la Enfermería Militar vista a través del cine: el caso de Pearl Harbor. Cult Los Cuid Rev Enferm Humanidades [Internet]. 2005 [citado 23 de febrero de 2020];(18):11-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1402866>

3. Serrano Gomez V, Serrano Gomez V. La Enfermería en distintos escenarios de la Segunda Guerra Mundial [Internet]. 2018 [citado 20 de enero de 2020]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/51228/>

4. Bordas AR. Historia de la enfermería militar americana durante la Segunda Guerra Mundial. Gac Médica Bilbao Rev Of Acad Cienc Médicas Bilbao [In-

ternet]. 2018 [citado 23 de enero de 2020];115(3):132-43. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6619968>

5.Tamburri Bariain R, García Elorz JM, Navarro Suay R, García Cañas R, Tamburri Bariain R, García Elorz JM, et al. El apoyo sanitario de la división española de voluntarios (1941-1943): elementos para una revisión. *Sanid Mil* [Internet]. septiembre de 2017 [citado 23 de febrero de 2020];73(3):189-201. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1887-85712017000300189&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Capítulo 47

FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN UNA HEMORRAGIA MASIVA EN QUIRÓFANO

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

RAQUEL GARRIDO LOPEZ

MARÍA MORANTE IZQUIERDO

MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA

CARMEN SILLER ZAMORA

1 Introducción

La hemorragia masiva en el quirófano se refiere a una pérdida de sangre excesiva y rápida durante un procedimiento quirúrgico, lo que representa una situación potencialmente mortal para el paciente si no se controla adecuadamente. Esta emergencia médica puede ser el resultado de diversas causas, como trauma, complicaciones durante la cirugía, trastornos de la coagulación, o lesiones en vasos sanguíneos.

Cuando ocurre una hemorragia masiva, los profesionales de la salud deben actuar rápidamente para estabilizar al paciente y detener el sangrado. Se utilizan diversas estrategias, como ligaduras, cauterización, compresión, o el uso de agentes hemostáticos para controlar la hemorragia. Además, se pueden realizar transfu-

siones de sangre para restablecer los niveles adecuados de hemoglobina y mantener la presión arterial.

El equipo médico debe trabajar de manera coordinada y eficiente, comunicándose de manera clara y precisa para abordar la situación de manera efectiva. La prevención de la hemorragia masiva también es crucial, y los cirujanos deben identificar factores de riesgo y tomar medidas preventivas antes y durante la cirugía.

La rápida intervención y el manejo adecuado de la hemorragia masiva en el quirófano son fundamentales para mejorar las posibilidades de supervivencia del paciente. Los avances en tecnología médica y técnicas quirúrgicas continúan mejorando la capacidad de los profesionales de la salud para hacer frente a esta emergencia crítica y salvar vidas en el quirófano.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de enfermeros hospitalarios pretenden dar a conocer sus funciones en distintas técnicas y tareas dentro de su profesión.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de artículos, revisiones sistemáticas y casos clínicos en los buscadores mejor valorados en la literatura científica, después se ha seleccionado las publicaciones que mejor se adaptan a la pretensión de realizar la publicación.

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel crucial en el manejo de la hemorragia masiva en el quirófano. Su función es esencial para brindar una atención de calidad y apoyar al equipo médico en la estabilización y cuidado del paciente. A continuación, se describen algunas de las principales funciones del enfermero en esta situación:

Monitoreo constante: El enfermero debe estar atento y realizar una vigilancia continua de los signos vitales del paciente, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el nivel de conciencia y el estado respiratorio. Esto permite detectar cambios en la condición del paciente y actuar rápidamente ante cualquier deterioro.

Suministro de materiales y medicamentos: El enfermero debe asegurarse de que el equipo médico tenga a disposición todos los materiales y medicamentos necesarios para controlar la hemorragia. Esto incluye la preparación de soluciones intravenosas, agentes hemostáticos y otros dispositivos médicos.

Asistencia durante procedimientos: El enfermero brinda apoyo al cirujano durante los procedimientos quirúrgicos destinados a detener la hemorragia. Esto implica proporcionar los instrumentos requeridos, mantener el campo estéril y asegurar un flujo eficiente de trabajo en el quirófano.

Administración de transfusiones de sangre: Si es necesario, el enfermero se encarga de administrar las transfusiones de sangre y productos sanguíneos según las indicaciones del médico. Es fundamental asegurar una correcta identificación y compatibilidad de la sangre del donante con el paciente.

Comunicación y coordinación: El enfermero actúa como un enlace efectivo entre el equipo médico, informando sobre la evolución del paciente, la cantidad de sangre perdida y cualquier cambio relevante en su estado. La comunicación oportuna y clara es esencial para la toma de decisiones adecuadas y una respuesta coordinada.

Apoyo emocional: En situaciones de emergencia, el enfermero también brinda apoyo emocional al paciente y a sus familiares, manteniéndolos informados sobre la situación y tranquilizándolos en la medida de lo posible.

El enfermero juega un papel fundamental en el manejo de la hemorragia masiva en el quirófano. Su conocimiento, habilidades técnicas y capacidad para trabajar en equipo son vitales para garantizar una atención adecuada y salvar vidas en situaciones críticas.

5 Discusión-Conclusión

Ante una hemorragia masiva en el quirófano, es crucial mantener la calma y actuar rápidamente. Comunicarse eficientemente con el equipo médico, notificar al cirujano y asegurarse de que se tomen las medidas adecuadas para controlar la hemorragia. Proporcionar los materiales y medicamentos necesarios, monitorear los signos vitales del paciente y estar preparado para administrar transfusiones de sangre si es necesario. La coordinación y trabajo en equipo son fundamentales para una respuesta efectiva. Además, brindar apoyo emocional al paciente y a sus familiares puede ser reconfortante en momentos de urgencia y una buena explicación con palabras que puedan entender, evitando los tecnicismos.

6 Bibliografía

Gomez Lanza, A. (2022). Análisis de las funciones de enfermería en un incidente de múltiples víctimas (Bachelor's thesis, Salut-UVic).

Capítulo 48

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO CON RÉGIMEN HOSPITALARIO

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

CARMEN SILLER ZAMORA

MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA

MARÍA MORANTE IZQUIERDO

RAQUEL GARRIDO LOPEZ

1 Introducción

Un hospital de día psiquiátrico es una instalación de atención de salud mental que brinda servicios intensivos y especializados a pacientes con trastornos psiquiátricos graves, pero que no requieren hospitalización de tiempo completo. Los pacientes acuden al hospital durante el día para recibir evaluación, tratamiento y terapias, y luego regresan a sus hogares en la tarde.

El hospital de día psiquiátrico ofrece un enfoque terapéutico multidisciplinario que incluye terapia individual, terapia grupal, terapia ocupacional y actividades recreativas. Los pacientes reciben atención personalizada y un plan de tratamiento diseñado según sus necesidades específicas.

Este tipo de instalación es una alternativa a la hospitalización completa, lo que permite a los pacientes continuar con sus rutinas diarias mientras reciben la atención necesaria para manejar sus condiciones de salud mental. Además, el hospital

de día psiquiátrico puede ser útil en la transición de la hospitalización a la vida comunitaria o para evitar hospitalizaciones innecesarias.

El equipo de profesionales de salud mental en un hospital de día incluye psiquiatras, psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, quienes trabajan en conjunto para proporcionar una atención integral y apoyo emocional a los pacientes.

El hospital de día psiquiátrico ofrece una alternativa valiosa para aquellos que requieren una atención intensiva pero no necesitan ser hospitalizados a tiempo completo, brindándoles la oportunidad de recibir tratamientos efectivos mientras continúan con su vida diaria.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de enfermeros hospitalarios pretenden dar a conocer sus funciones en distintas 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

En el hospital de día psiquiátrico, el enfermero desempeña un papel esencial para brindar una atención integral y de alta calidad a los pacientes con trastornos mentales. Su trabajo abarca una amplia gama de funciones que incluyen:

Evaluación y seguimiento del paciente: El enfermero realiza una evaluación inicial exhaustiva del paciente para comprender su estado de salud mental y física. Además, lleva a cabo un seguimiento continuo para monitorear la evolución del paciente y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

Administración de medicamentos: Los enfermeros en el hospital de día son responsables de administrar medicamentos psicotrópicos según las indicaciones del médico tratante. También se encargan de educar a los pacientes y sus familias sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Terapia individual y grupal: Los enfermeros pueden participar en sesiones de terapia individual y grupal para brindar apoyo emocional, enseñar habilidades de afrontamiento y fomentar el bienestar psicológico de los pacientes.

Terapia ocupacional: Los enfermeros colaboran con los terapeutas ocupacionales en la planificación y ejecución de actividades terapéuticas que ayuden a los pacientes a desarrollar habilidades prácticas y fomentar su autonomía.

Prevención de crisis: Los enfermeros están entrenados para identificar signos de crisis emocionales y trabajar para prevenir situaciones de emergencia. Su intervención oportuna puede evitar el desarrollo de comportamientos de riesgo.

Educación y apoyo a las familias: Los enfermeros brindan información y apoyo a las familias de los pacientes, ayudándoles a comprender la enfermedad mental de su ser querido y ofreciendo estrategias para el cuidado y apoyo en el hogar.

Colaboración interdisciplinaria: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con el equipo multidisciplinario, que incluye psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas, para desarrollar planes de tratamiento integrales y coordinados.

Seguridad del paciente: Los enfermeros velan por la seguridad y bienestar de los pacientes en todo momento, asegurándose de que el entorno del hospital de día sea seguro y libre de riesgos.

Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en el hospital de día psiquiátrico al proporcionar una atención compasiva y especializada, contribuyendo al bienestar emocional y físico de los pacientes con trastornos mentales y apoyando su recuperación y reintegración en la comunidad.

5 Discusión-Conclusión

Para el buen funcionamiento del hospital de día psiquiátrico, el enfermero debe enfocarse en:

Comunicación efectiva: Mantener una comunicación clara y abierta con el equipo multidisciplinario para una colaboración eficiente en la atención de los pacientes.

Evaluación continua: Realizar una evaluación minuciosa de los pacientes para adaptar sus planes de tratamiento según sus necesidades individuales y monitorear su progreso.

Seguridad del paciente: Garantizar un ambiente seguro y libre de riesgos para los pacientes, promoviendo la prevención de crisis y la contención adecuada si es necesario.

Empatía y apoyo: Brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias, mostrando empatía y comprensión hacia sus necesidades y preocupaciones.

Educación y autocuidado: Educar a los pacientes sobre su condición y la importancia del cumplimiento del tratamiento, además de promover el autocuidado y habilidades de afrontamiento.

Al enfocarse en estas áreas, el enfermero contribuirá al éxito del hospital de día psiquiátrico al proporcionar una atención integral y de calidad para los pacientes que buscan mejorar su bienestar mental y emocional.

6 Bibliografía

1. Valladares, C. M., Bernalles, M., & Vega, P. V. (2022). Rol de enfermería en el apoyo en duelo en familias de personas con cáncer. *Medicina paliativa*, 29(3), 180-194.

Capítulo 49

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL CENTRO DE DÍA GERIÁTRICO

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

RAQUEL GARRIDO LOPEZ

MARÍA MORANTE IZQUIERDO

MARÍA DEL CORO GUZMÁN GARCÍA

CARMEN SILLER ZAMORA

1 Introducción

Un centro de día geriátrico es una instalación de atención especializada diseñada para proporcionar cuidados y servicios a personas mayores, generalmente mayores de 65 años, que pueden vivir de forma independiente en sus hogares, pero requieren apoyo y supervisión durante el día. Estos centros ofrecen una variedad de actividades y programas que buscan mantener la calidad de vida de los adultos mayores, fomentar la socialización y brindar asistencia en las actividades de la vida diaria.

Los centros de día geriátricos suelen contar con personal capacitado, incluyendo enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la salud, que trabajan en colaboración para satisfacer las necesidades físicas, emocionales y sociales de los participantes.

Las actividades en estos centros pueden incluir ejercicios físicos, terapias cognitivas, talleres recreativos, actividades artísticas y sociales, entre otras. Además,

algunos centros de día ofrecen servicios de cuidado y asistencia con las comidas, medicación y baño, dependiendo de las necesidades individuales de cada persona. El objetivo principal de un centro de día geriátrico es permitir que las personas mayores continúen viviendo en sus hogares mientras reciben la atención y el apoyo que necesitan durante el día. Esto ayuda a mantener su autonomía, promover la inclusión social y reducir el aislamiento, lo que puede contribuir a una mayor calidad de vida y bienestar en la tercera edad. También brinda un respiro a los cuidadores familiares, quienes pueden confiar en el centro de día para asegurar que sus seres queridos estén bien atendidos mientras ellos cumplen con sus responsabilidades diarias.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de enfermeros hospitalarios pretenden dar a conocer sus funciones en distintas técnicas y tareas dentro de su profesión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El enfermero en un centro de día geriátrico juega un papel crucial en la atención y el bienestar de los adultos mayores que asisten a esta instalación. Sus funciones son variadas y se centran en garantizar la salud y el confort de los pacientes. Algunas de las principales funciones del enfermero en el centro de día geriátrico son las siguientes:

Evaluación de la salud: El enfermero realiza evaluaciones de la salud de los pacientes al ingresar al centro de día y de forma periódica para identificar cualquier problema de salud o cambios en su condición física y mental.

Administración de medicamentos: El enfermero es responsable de administrar los medicamentos prescritos a los pacientes, asegurando el cumplimiento adecuado de las dosis y horarios.

Cuidado de heridas y lesiones: En caso de que algún paciente presente heridas o lesiones, el enfermero se encarga de su cuidado y seguimiento para prevenir complicaciones.

Monitoreo de signos vitales: El enfermero realiza controles regulares de los signos vitales, como presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura, para detectar cualquier cambio significativo en la salud del paciente.

Asistencia en las actividades de la vida diaria: El enfermero ayuda a los pacientes en la realización de actividades básicas, como el aseo personal, la alimentación y la movilidad, brindando la asistencia necesaria para garantizar su comodidad y seguridad.

Educación en salud: El enfermero proporciona educación en salud a los pacientes y a sus familias, ofreciendo consejos sobre el manejo de condiciones crónicas, prevención de enfermedades y promoción de hábitos saludables.

Gestión de emergencias: El enfermero está preparado para responder a situaciones de emergencia médica que puedan surgir en el centro de día, tomando medidas adecuadas para estabilizar al paciente y coordinar su traslado a un hospital si es necesario.

Apoyo emocional: El enfermero brinda apoyo emocional a los pacientes, escuchando sus preocupaciones y proporcionando un ambiente cálido y acogedor que fomente la confianza y el bienestar.

El enfermero desempeña un rol vital en el centro de día geriátrico al proporcionar cuidados médicos y emocionales a los adultos mayores, mejorando su calidad de vida y garantizando una atención integral y segura durante su estadía en el centro.

5 Discusión-Conclusión

En la gestión del anciano en el centro de día geriátrico, el enfermero debe enfocarse en:

Evaluación completa: Realizar una evaluación exhaustiva del estado de salud física y mental de cada anciano al ingresar al centro, y mantener un seguimiento periódico para detectar cambios y necesidades.

Planificación personalizada: Diseñar planes de cuidados individualizados que aborden las necesidades específicas de cada paciente, adaptándolos según su evolución y preferencias.

Comunicación efectiva: Mantener una comunicación abierta y clara con el equipo multidisciplinario, familiares y el propio anciano para asegurar una atención coordinada y centrada en el paciente.

Prevención y seguridad: Implementar medidas para prevenir caídas, lesiones y complicaciones de salud, así como brindar un entorno seguro y adaptado para el cuidado del anciano.

Fomento de la independencia: Apoyar al anciano en el desarrollo de habilidades para la vida diaria, permitiéndole mantener su autonomía y autoestima.

Empatía y apoyo emocional: Mostrar comprensión, paciencia y apoyo emocional a los ancianos y sus familias, promoviendo un ambiente afectuoso y de confianza.

Al seguir estas recomendaciones, el enfermero contribuirá a una gestión exitosa y centrada en el paciente en el centro de día geriátrico, mejorando la calidad de vida y bienestar de los ancianos atendidos.

6 Bibliografía

Valladares, C. M., Bernales, M., & Vega, P. V. (2022). Rol de enfermería en el apoyo en duelo en familias de personas con cáncer. *Medicina paliativa*, 29(3), 180-194.

Capítulo 50

VALORACIÓN DEL TRABAJO DE LAS FUNCIONES Y DESEMPEÑO DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN LA HIPERTROFIA AMIGDALAR O ADENOIDEA

YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI

LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

JOANA LENDRINO LENDRINO

CRISTIAN LENDRINO LENDRINO

1 Introducción

La hipertrofia amigdalina o adenoidea es una condición que afecta a muchos niños y puede tener un impacto significativo en su calidad de vida. En esta introducción, exploraremos el valioso trabajo y desempeño de la enfermería pediátrica en el abordaje de esta condición. La hipertrofia amigdalina o adenoidea se caracteriza por el agrandamiento de las amígdalas o los adenoides, que son tejidos importantes en el sistema respiratorio y de defensa del cuerpo. Cuando estos tejidos se agrandan, pueden obstruir las vías respiratorias, causar problemas de

sueño, dificultar la respiración nasal y generar otros síntomas molestos. Además, la enfermera pediátrica brinda un apoyo fundamental a los padres y familiares, educándolos sobre la importancia de la detección temprana y el manejo de esta condición.

Explica los síntomas a observar y las opciones de tratamiento disponibles, lo que permite tomar decisiones informadas sobre el cuidado del niño. La enfermería pediátrica desempeña un papel esencial en la valoración, el trabajo y el desempeño relacionado con la hipertrofia amigdalina o adenoidal en niños. La hipertrofia amigdalina se refiere al agrandamiento de las amígdalas, y la hipertrofia adenoidea se refiere al agrandamiento de los adenoides, que son tejidos ubicados en la parte posterior de la nariz y la garganta. Estas condiciones pueden causar diversos problemas respiratorios y pueden afectar el bienestar general de los niños.

2 Objetivos

1. Dar a conocer las principales actuaciones que se ejercen desde la enfermería pediátrica hospitalaria y en atención primaria en la hipertrofia amigdalina.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, 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: (“pediatric patients” OR pediatrics OR tonsillar OR “adenoid hypertrophy”) AND (nursing OR nurse OR infirmery).

4 Resultados

La valoración de la enfermería pediátrica en la hipertrofia amigdalina o adenoidea implica:

- Historial clínico: La enfermera recopila información sobre el historial médico del niño, incluyendo antecedentes de problemas respiratorios, ronquidos frecuentes, dificultad para respirar y otros síntomas asociados.

- **Evaluación de síntomas:** La enfermera examina al niño para identificar signos de hipertrofia amigdalina o adenoidea, como amígdalas o adenoides agrandadas, ronquidos, respiración por la boca y trastornos del sueño.
- **Medición de parámetros:** La enfermera puede realizar mediciones como el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia del cuello para evaluar el grado de hipertrofia y determinar la gravedad del problema.
- **Educación a los padres:** La enfermera proporciona información a los padres sobre la hipertrofia amigdalina o adenoidea, los síntomas a observar y las opciones de tratamiento disponibles.

El trabajo de la enfermería pediátrica en el manejo de la hipertrofia amigdalina o adenoidea incluye:

- **Colaboración con el equipo médico:** La enfermera trabaja en conjunto con el médico y otros profesionales de la salud para establecer el plan de cuidados más adecuado para el niño, lo que puede incluir la realización de pruebas adicionales o la derivación a un especialista.
- **Administración de medicamentos:** La enfermera puede administrar medicamentos para aliviar los síntomas asociados con la hipertrofia amigdalina o adenoidea, como analgésicos o descongestionantes.
- **Preparación para cirugía:** En casos graves, cuando la hipertrofia afecta significativamente la calidad de vida del niño, puede ser necesario realizar una cirugía para extirpar las amígdalas o adenoides. La enfermera se encarga de preparar al niño y a sus padres para la cirugía, explicando el procedimiento y proporcionando apoyo emocional.
- **Cuidados postoperatorios:** Después de la cirugía, la enfermera monitorea al niño en la unidad de recuperación y proporciona cuidados postoperatorios para asegurar una recuperación exitosa.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo de la enfermería pediátrica en la hipertrofia amigdalina o adenoidea es fundamental para el diagnóstico temprano, el manejo adecuado y la atención integral de los niños afectados. La enfermera juega un papel clave en la valoración, la educación, la colaboración con el equipo médico y el cuidado directo del paciente, brindando una atención compasiva y centrada en el bienestar del niño y su familia. La enfermería pediátrica desempeña un papel vital en la valoración de los niños afectados por esta condición. Realiza una evaluación minuciosa de los síntomas y antecedentes médicos del paciente, buscando identificar los signos de hipertrofia amigdalina o adenoidea para establecer un diagnóstico

adecuado.

6 Bibliografía

1. Reñé, N. V., Olives, J. R., Sabaté, M. P., y Carmona, F. P. (2017). La narcolepsia «va a la escuela». *Acta Pediátrica Española*, 75(7/8), E132-E137.
2. Rodríguez Núñez, I., Navarro Tapia, X., Morín Palacios, M., San Martín Mera, C., Mora Hinojosa, C., y Zenteno Araos, D. (2015). Poligrafía y predictores diurnos de trastornos respiratorios del sueño en niños con enfermedades respiratorias crónicas. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(4), 477-486.
3. Roig-Vazquez, F. J. (2020). Trastornos respiratorios del sueño en la gestación y sus implicaciones materno-fetales. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 1-5.
4. Sánchez, M. (2020). Insomnio. *Cuídate Plus*. Recuperado de <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/insomnio.html>
5. Sacasqui, J. (2018). Prevalencia y factores asociados a trastornos del sueño en personal técnico de enfermería del Hospital Goyeneche, Arequipa 2018. (Tesis de grado por Médico Cirujano). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5774/MDsamijr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Solari, F. (2015). Trastornos del sueño en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 60-65.
7. Stimulus (2020). El sueño, importancia, fases, alteraciones, consejos. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://stimuluspro.com/blog/el-sueno-importancia-fases-alteraciones-consejos/>
8. Svirnovsky, L. (2017). Sonambulismo y Homeopatía. *La homeopatía de México*, 86(709), 30-33.

Capítulo 51

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE CRÍTICO EN CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIOS

YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI

CRISTIAN LENDRINO LENDRINO

JOANA LENDRINO LENDRINO

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE

1 Introducción

En el ámbito de la salud, el cuidado del final de la vida del paciente crítico en cuidados paliativos hospitalarios representa un momento de gran sensibilidad y compasión. La enfermería juega un papel fundamental en esta etapa, proporcionando una atención especializada y humanizada para garantizar el bienestar físico, emocional y espiritual del paciente y sus seres queridos.

En esta introducción, exploraremos el valioso y crucial papel de la enfermería en el cuidado del final de la vida del paciente crítico en el contexto de los cuidados

paliativos hospitalarios. Los cuidados paliativos buscan mejorar la calidad de vida del paciente, reducir el dolor y el sufrimiento, y brindar apoyo en un momento delicado y significativo.

La enfermera en cuidados paliativos desempeña un rol multidimensional, abordando aspectos esenciales del cuidado holístico. Desde el manejo del dolor y otros síntomas, hasta el apoyo emocional y espiritual, la enfermera ofrece un acompañamiento cercano y compasivo tanto al paciente como a sus familiares.

La comunicación efectiva se convierte en una herramienta vital para la enfermera, permitiendo una comprensión clara de las preferencias del paciente y la toma de decisiones compartidas en cuanto a su cuidado. El respeto a la dignidad y los valores del paciente se convierte en una guía ética para el profesional de enfermería en esta etapa crucial.

La enfermera también brinda apoyo emocional y asesoramiento en el proceso de duelo a los familiares, quienes enfrentan una pérdida inminente y requieren de comprensión y contención.

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 cuidado de pacientes hospitalizados en paciente en cuidados paliativos.

Objetivos Secundarios:

1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con el campo de la enfermería y el acompañamiento de la enfermería con los pacientes en cuidados paliativos hospitalarios.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico. Hemos realizado una búsqueda entre abril de 2023 y agosto de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("critical condition patient" OR "critical patient") AND ("end of life patient") AND (nursing OR nurse OR infirmary).

No se realizaron criterios de exclusión para la revisión.

4 Resultados

El papel de la enfermería en el cuidado del final de la vida del paciente crítico en cuidados paliativos hospitalarios es de suma importancia, ya que los cuidados paliativos buscan proporcionar una atención integral y compasiva a los pacientes con enfermedades graves y en etapa avanzada. Durante esta etapa, el objetivo principal es mejorar la calidad de vida del paciente y brindar apoyo tanto físico como emocional a él y a sus familiares.

En esta situación, la enfermería desempeña un rol clave en diversas áreas:

- **Gestión del dolor y síntomas:** La enfermera es responsable de controlar y manejar el dolor y otros síntomas que pueda experimentar el paciente, asegurando que reciba el alivio necesario y se sienta cómodo en todo momento.
- **Comunicación efectiva:** La enfermera se convierte en un puente vital entre el paciente, su familia y el equipo de atención médica. La comunicación efectiva es esencial para asegurar que todos estén informados sobre el estado del paciente, el progreso del tratamiento y las decisiones de cuidados.
- **Apoyo emocional:** La enfermera brinda apoyo emocional tanto al paciente como a sus familiares, quienes pueden estar pasando por un momento de gran angustia y dolor. Escuchar sus preocupaciones y necesidades, y ofrecer empatía, comprensión y contención, son aspectos fundamentales del cuidado paliativo.
- **Respeto a la dignidad del paciente:** La enfermera se asegura de que se respeten los valores y preferencias del paciente en cuanto a su tratamiento y cuidado, permitiéndole participar en las decisiones siempre que sea posible.
- **Cuidados holísticos:** La enfermera considera al paciente como un ser holístico, atendiendo tanto sus necesidades físicas como emocionales, espirituales y sociales.
- **Ayuda en el proceso de duelo:** La enfermera acompaña a los familiares durante el proceso de duelo, proporcionando apoyo en un momento de pérdida y ayudándoles a enfrentar la situación con resiliencia.
- **Fomento del entorno de cuidados:** La enfermera crea un ambiente de cuidado y compasión tanto para el paciente como para los familiares, donde se sientan respaldados y protegidos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, esta introducción destacará el invaluable papel de la enfermería en el cuidado del final de la vida del paciente crítico en cuidados paliativos hospitalarios. La compasión, empatía y dedicación de la enfermera en esta etapa de la vida se convierten en un bálsamo reconfortante para aquellos que enfrentan la transición hacia el final de su camino, brindando una atención de calidad y humanizada que honra la dignidad y el respeto hacia el paciente y sus seres queridos. La creación de un entorno de cuidado y compasión es esencial para que el paciente y su familia se sientan acompañados y respaldados durante este difícil proceso.

6 Bibliografía

1. Gálvez M, Ríos F, Fernández L, del Águila B, Munumel ~ G, Fernández C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2011;22:13–21. Disponible en: <http://bit.ly/2sRTcIf>
2. Bach V, Ploeg J, Black M. Nursing roles in end-of-life decision making in critical care settings. *West J Nurs Res*. 2009;31:496–512.
3. Long-Sutethall T, Willis H, Palmer R, Ugboma D, Addington-Hall J, Coombs M. Negotiated dying: A grounded theory of how nurses shape withdrawal of treatment in hospital critical care units. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2011;48:1466–74. Disponible en: <http://bit.ly/2rfSrvO>
4. Latour J, Fulbrook P, Albarran JW. EfCCNa survey: European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end-of-life care. *Nurs Crit Care*. 2009;14:110–21.
5. Heland M. Fruitful or futile: intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility. *Aust Crit Care*. 2006;19:25–31.
6. Arbour R, Wiegand DL. Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2014;30:211–8. Disponible en: <http://bit.ly/2slXQBx>
7. McCallum A, McConigley R. Nurses' perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2013;19:25–30. Disponible en: <http://bit.ly/2sVx28n>

Capítulo 52

LA IMPORTANCIA DEL TRIAJE DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS Y SANITARIAS

YOUSRA ALAMI AKHRIF YEMLAHI

JOANA LENDRINO LENDRINO

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE

CRISTIAN LENDRINO LENDRINO

1 Introducción

El triaje de enfermería en las urgencias hospitalarias y sanitarias desempeña un papel crítico en la atención y manejo de pacientes que requieren asistencia médica inmediata. El triaje es un proceso de clasificación que permite identificar la gravedad de la condición del paciente y priorizar la atención según la urgencia de su situación que se puede evaluar en la sección de urgencias hospitalarias y urgencias sanitarias. Esta práctica es esencial en situaciones de emergencia donde los recursos y el tiempo son limitados, y la toma de decisiones rápidas puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Durante el proceso de triaje, la enfermera está en constante evaluación del estado del paciente y realiza ajustes en la priorización según sea necesario. Esto asegura que los pacientes sean atendidos de manera dinámica, adaptándose a su condición en tiempo real.

Un triaje adecuado y oportuno puede reducir la mortalidad y la morbilidad en situaciones de emergencia, ya que permite que los pacientes más críticos sean atendidos rápidamente y reciban el tratamiento adecuado en el momento preciso. El triaje de enfermería también se enfoca en identificar factores de riesgo y en brindar cuidados preventivos para garantizar la seguridad del paciente mientras espera ser atendido.

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 el trabajo de enfermería en el triaje de urgencias hospitalarias.

Objetivos Secundarios:

1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con el campo de la enfermería en el triaje hospitalario de urgencias.

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 septiembre de 2022 y marzo de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“hospital triage” OR “emergency triage”) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

La importancia del triaje de enfermería radica en varios aspectos:

- Priorización del cuidado: El triaje permite asignar rápidamente recursos y personal de salud a los pacientes con mayor necesidad, asegurando que aquellos con condiciones más graves sean atendidos primero.

- **Evaluación rápida y precisa:** La enfermera realiza una evaluación rápida y precisa del estado del paciente, identificando signos vitales, síntomas y características que indican la gravedad de la situación.
- **Reducción de tiempos de espera:** Al priorizar a los pacientes según la gravedad de su condición, el triaje ayuda a reducir los tiempos de espera y garantiza que aquellos con mayor urgencia reciban atención inmediata.
- **Optimización de recursos:** El triaje ayuda a optimizar el uso de recursos médicos, asegurando que se destinen de manera adecuada a los pacientes más críticos.
- **Identificación de situaciones emergentes:** El triaje también permite detectar situaciones emergentes o desastres que requieren una respuesta rápida y coordinada.
- **Toma de decisiones informadas:** La enfermera utiliza su juicio clínico y experiencia para tomar decisiones informadas sobre la prioridad de atención, considerando la gravedad de la condición y los recursos disponibles.
- **Apoyo a la toma de decisiones médicas:** La información proporcionada por el triaje de enfermería también es útil para apoyar la toma de decisiones médicas y la asignación de recursos adicionales si es necesario.
- **Identificación de casos críticos ocultos:** En ocasiones, los pacientes pueden presentar síntomas iniciales leves o poco evidentes, pero que esconden una condición médica potencialmente grave. El triaje de enfermería, al evaluar sistemáticamente a todos los pacientes, puede detectar estos casos críticos ocultos y brindar una atención oportuna y adecuada.
- **Coordinación del flujo de pacientes:** La enfermera de triaje desempeña un papel fundamental en la coordinación del flujo de pacientes en las áreas de urgencias, asegurando que se atiendan en el orden adecuado y se distribuyan correctamente en las diferentes áreas según su necesidad de atención.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido observar tras el análisis de los datos obtenidos en nuestra investigación que en conclusión, el triaje de enfermería en las urgencias hospitalarias y sanitarias es una práctica esencial para asegurar una atención de calidad y efectiva en situaciones de emergencia. La enfermera, con su habilidad para evaluar y priorizar, desempeña un papel crucial en la identificación temprana de los pacientes más críticos, coordinando el flujo de atención y contribuyendo a mejorar los resultados de salud en situaciones de urgencia. Su enfoque compasivo y diligente es fundamental para brindar una atención integral y eficiente a los pacientes y sus familias en estos momentos de gran necesidad.

6 Bibliografía

1. Kranz H. improving triage: the essential information to compare different approaches. *Clin Nurse Spec.* 2017;31(6):2917
2. Rankin JA, Then KL, Attack L. Can emergency Nurses' triage skills be improved by online learning? Results of an experiment. *J Emerg Nurs.* 2013;39(1):20-6
3. Smith A, Lollar J, Mendenhall J, Brown H, Johnson P, Roberts S. Use of multiple pedagogies to promote confidence in triage decision making: a pilot study. *J Emerg Nurs* 2013;39(6):600-6
4. Martín García, M. Estudio el triaje en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev. Enferm. CyL.* 2013, 42-49.
5. Segura, E. M. Fortuño M.L. Usach, T.S. Miravele, M. E. S. Lleixà, M. A. Borrás. M. C. et al. Perfil competencial en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios. *Rev. SEMES.* 2017; 29 (3): 173-177
6. Jordi K, Grossmann F, Gaddis GM, Cignacco E, Denhaerynck K, Schewendimann R, et al. Nurses' accuracy and self-perceived ability using the Emergency Severity Index triage tool: a cross-sectional study in four Swiss hospitals. *Cand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2015;23:62
7. Ibáñez- Berlanga, M.L. García Casado, A. J. Enfermería y triaje en el servicio de urgencias. En: II CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL SEEUE (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias). Noviembre, 2016.

Capítulo 53

PROMOCIONAR LA LACTANCIA MATERNA

LAURA ANTUÑA MENENDEZ

ANA BELÉN GONZALEZ GONZALEZ

1 Introducción

La lactancia materna es muy importante desde el nacimiento del bebé. Aunque la leche se vea clara, más acuosa, no quiere decir que no tenga los componentes nutritivos necesarios para la alimentación del bebé. Al contrario,

El calostro es la primera leche producida por el pecho, comenzando a generarse en la mitad del embarazo (12-18 semanas) y continuando durante los primeros días después del nacimiento del bebé. Se trata de una leche muy concentrada, espesa y pegajosa; suele ser de color amarillo, clara o blanca, pero puede ser de otros colores también. Está compuesta por factores inmunológicos, proteínas, azúcares y grasas. El calostro otorga inmunidad al bebé, además de proteger contra bacterias, actúa de laxante para que el bebé expulse el meconio (deposiciones duras) que el bebé tenía acumuladas durante el embarazo. Sobre todo, en bebés prematuros es de vital importancia que el bebé tome leche materna. Esto no quiere decir que las nuevas mamás se sientan mal si no pueden dar el pecho, es importante, pero si no se puede tampoco hay que obsesionarse. Ahora mismo hay productos muy buenos en el mercado. También tiene muchas ventajas para la madre, ya que la lactancia ayuda a que el útero vuelva antes a su lugar y la recuperación sea más rápida.

2 Objetivos

- Informar sobre los beneficios de la lactancia materna, tanto para el bebé como para la madre.
- Asesorar y tranquilizar a la madre si surgiera algún inconveniente

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

La lactancia materna une mucho a las madres con los bebés, es un gran vínculo, también hay que decir que no todo es maravilloso, a veces resulta agotador, cuando el bebé va creciendo y necesita que las tomas sean más a menudo y más cantidad. Pero bueno es el momento de introducir otras alimentaciones e ir sopesando la situación.

Algunos problemas de la lactancia son los siguientes:

Mastitis. Es la infección de la mama. Algunos de los síntomas más frecuentes son dolor, inflamación, zonas endurecidas en el pecho, acompañada de malestar general y fiebre mayor de 38 °C. Si aparece este tipo de problema en el pecho, lo primero que deben de hacer las madres es ir a consultarlo con su médico y si procede ir a urgencias para tomar medidas. Se suelen recetar antibióticos compatibles con la leche materna y el bebé puede seguir tomándola sin riesgos hacia su salud.

Grietas en el pezón. Al principio de la lactancia es muy frecuente que el pezón se agriete debido a que el bebé succiona muy fuerte la mama e incluso llega a morder con la propia encía. En estos casos es aconsejable después de cada toma untar un poco de la propia leche materna en el pezón y dejar que seque. Si el dolor es muy fuerte, puede requerir de asistencia médica o de ayudas como las pezoneras mamarias.

Estos síntomas suelen curarse en unos días y luego será más fácil dar el pecho al bebé sin ningún dolor ni molestia.

Ingurgitación mamaria. Es la hinchazón del pecho debido a la subida de la leche después de pasar el periodo del calostro. Es muy frecuente en casi todas las mujeres.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna aporta múltiples beneficios al bebé, ya que inmuniza contra muchas enfermedades, crea un vínculo especial entre madre e hijo.

Evita la muerte súbita en los primeros días de vida del bebé. Además de la comodidad de no tener que levantarse a calentar la leche ya que en el pecho sale a la temperatura ideal para el consumo. Otra ventaja es que es un gran ahorro, La leche artificial no es un producto muy barato, así que esto es una gran ventaja también. Además, si en alguna ocasión la madre está ausente, se puede congelar para que se la administre otra persona con la ayuda de un biberón.

6 Bibliografía

[https://lilli.org/informacion-sobre-la-lactancia-materna-de-la-a-a-la-z/calostro-informacion-general/#::text=%C2%BFQU%C3%89%20ES%20EL%20CALOSTRO%3F,de spu%C3%A9s%20del%20nacimiento%20del%20beb%C3%A9](https://lilli.org/informacion-sobre-la-lactancia-materna-de-la-a-a-la-z/calostro-informacion-general/#::text=%C2%BFQU%C3%89%20ES%20EL%20CALOSTRO%3F,de%20spu%C3%A9s%20del%20nacimiento%20del%20beb%C3%A9). <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria#::text=La%20lactancia%20materna%20es%20la,ofreciendo%20protecci%C3%B3n%20contra%20las%20enfermedades>.

Capítulo 54

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LAS PICADURAS Y MORDEDURAS

ADELA JIMENEZ TENDERO

ESMERALDA TEBAR MARTINEZ

MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER

MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ

LAURA BALLESTEROS VILLEGAS

1 Introducción

Actualmente, podemos encontrarnos picaduras o mordeduras de insectos, arañas, reptiles, animales marinos y animales domésticos, que pueden entrañar cierto riesgo y peligrosidad.

Muchas familias optan por tener serpientes o arañas venenosas como mascotas, en los centros sanitarios suelen tener los antídotos para las picaduras y mordeduras de las especies que se suelen adoptar como mascotas, por eso es muy importante que los animales, considerados como peligrosos, estén en regla y permitidos, ya que pueden suponer un riesgo para la salud de la sociedad en general y por supuesto, de los dueños en particular.

En el caso de las picaduras, debemos prestar especial atención porque algunos insectos o reptiles pueden ser venenosos o causar shock anafilácticos, qué es una respuesta muy intensa del sistema inmunitario.

Si las picaduras se producen en el cuello, la cavidad oral o la cara pueden llegar a ser muy peligrosas ya que pueden obstruir las vías aéreas.

Otros insectos, como los mosquitos, abejas y algunas hormigas, pueden provocar incluso la muerte si se producen numerosas picaduras.

En el caso de que el aguijón quede incrustado, utilizaremos una tarjeta para retirarlo, como las tarjetas de crédito, de esta forma evitaremos aplastar la vesícula, que en ocasiones queda adherida al aguijón y aún contiene veneno, si la aplastásemos lo soltaría.

También podemos tener en cuenta la oruga procesionaria, el contacto con sus pelos produce dolor, enrojecimiento, y urticaria. La forma de retirarlos sería con celofán.

Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos aplicar los primeros auxilios y los protocolos establecidos, cuando tenemos pacientes que han sufrido alguna picadura o mordedura que puede entrañar cierto peligro, a lo largo del capítulo veremos como actuar en cada caso.

2 Objetivos

Reflejar los tipos de picaduras y mordeduras que nos podemos encontrar, hemos hecho hincapié en las mordeduras y picaduras que pueden entrañar un riesgo importante debido a que son venenosas.

3 Metodología

Para la compilación de este tema, hemos tenido en cuenta nuestra experiencia laboral tanto en residencias de la tercera edad, de cuidados especiales, o en el sistema sanitario del SESCAM, en concreto en el hospital de Albacete.

Por supuesto, que hemos ampliado nuestra información a través de una revisión bibliográfica de publicaciones de carácter sanitario que hemos encontrado en la base de datos pubMed.

4 Resultados

Hay multitud de animales que producen y liberan un veneno que puede ser muy peligroso para nuestro organismo.

-ARACNIDOS:

Entre los arácnidos, las lesiones más comunes son las de la arañas y escorpiones. Una de las arañas más peligrosas es la Viuda Negra y la araña reclusa.

Ante picaduras de estos dos tipos de arañas, debemos limpiar y desinfectar la picadura, aplicaremos frío mediante compresas de agua para calmar el dolor y la hinchazón. Por último, se debe inmovilizar la extremidad afectada, elevándolo si es posible.

Si la picadura es de escorpión, de igual manera aplicaremos frío a la extremidad afectada y la inmovilizaremos, manteniendo la elevada. El tratamiento recomendado es mantener una higiene correcta de la zona afectada, manteniendo la desinfectada, inyección de un anestésico local, administración de analgesia oral y seroprofina antitetánica, aunque no debemos olvidar que es el médico el que debe pautar el tratamiento adecuado en cada momento.

- REPTILES:

También podemos encontrar ataques de serpientes venenosas, y culebras.

La mordedura de una víbora deja a dos funciones. La gravedad dependerá de varios factores, como la potencia y la cantidad de veneno que haya ha sido capaz de expulsar.

Mi veneno produce un síndrome hemotóxico citotóxico con dolor muy intenso, inflamación y edema local. La inflamación se extiende a todo el miembro y los ganglios, pueden aparecer náuseas, vómitos y diarrea.

Ante todo debemos tranquilizar a la víctima y mantenerla inmovilizada, es importante mantener la parte afectada por debajo del nivel del corazón. Aplicaremos frío en la herida, no realizaremos torniquetes ni cortes, y tampoco se succiona la mordedura.

Debemos localizar el tipo de serpiente que ha producido la mordedura, para dar con el antídoto adecuado, que lo dispensará el centro sanitario.

- ANIMALES MARINOS:

Hay una gran cantidad de peces venenosos en todo el mundo. Los más conocidos

son el pez piedra, el pez pavo, el pez escorpión o las rayas.

En la mayoría de casos, se encuentran enterrados en la arena o en zonas de fondo rocoso.

Normalmente, la lesión se sufre por un pinchazo accidental.

Debemos tener en cuenta que el veneno sería activo aunque estos animales estén muertos, por ello, los cocineros también tienen riesgo a sufrir accidentes.

La picadura produce un dolor intenso, que puede llegar al ahogamiento de la víctima si está en el agua. La lesión se extiende a todo el miembro afectado, puede presentar adormecimiento, edemas, visión borrosa, vómitos, dificultad respiratoria, convulsiones, e incluso la muerte.

A la hora de aplicar los primeros auxilios en estas situaciones, lo primero que tendríamos que hacer es sacar al herido del agua si si estuviera en ella, de esta manera evitaríamos el riesgo de ahogo. Procederemos a neutralizar la toxina y a la desinfección de la herida. Lavaremos la zona afectada con solución salina para arrastrar los restos de las espinas, debemos quitarlos con pinzas, aplicaremos frío la zona lesionada, y una vez desinfectado el miembro debe permanecer en reposo.

- ANIMALES DOMÉSTICOS:

Las heridas con los animales domésticos, tienen un riesgo importante de infección por patógenos, tétanos, y virus.

Si el sangrado es abundante, se debe comprimir la herida y mantener el miembro afectado en alto. Una vez ha cesado la hemorragia, la zona se limpia con agua y jabón, posteriormente, se cubre con un apósito estéril. Y le administraremos un tratamiento antitetánico o antirrábico, que debe pautar el médico.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver, es muy importante tener la mayor información posible sobre el animal que causa la picadura o mordedura para poder tratarla correctamente.

Cada picadura y cada mordedura deja una reacción en la piel diferente, como hemos visto antes las serpientes dejan dos puntitos, por ejemplo.

Si el paciente está consciente puede facilitarnos datos básicos de lo sucedido que nos serán de gran ayuda.

Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, seguiremos siempre los protocolos establecidos y las peticiones del médico o enfermera que esté a cargo del

paciente o la víctima.

Mantendremos siempre la calma y actuaremos con rapidez, ya que en picaduras venenosas el tiempo juega en nuestra contra.

6 Bibliografía

Enlaces consultados: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000033.htm>
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000200014
<https://www.mayoclinic.org/es/first-aid/first-aid-insect-bites/basics/art-20056593>
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/24_mordeduras_picaduras.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 55

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

CRISTINA GARCIA REYES

SUSANA AVILA UBEDA

BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA

1 Introducción

Los TCAE o técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son los encargados de realizar la higiene diaria de aquellos pacientes que no están acompañados por sus familiares o cuidadores y no pueden realizar la higiene por ellos mismos. Se considera higiene diaria aquellas actuaciones llevadas a cabo por los TCAE para realizar un aseo del paciente.

El aseo puede realizarse de manera global, abarcando cara, manos, torso, espalda, extremidades, genitales y glúteos. O de manera específica incluyendo la higiene de uñas de pies y manos, de cabello, la higiene perineal y la higiene bucal.

A lo largo de este capítulo científico se explicará el procedimiento llevado a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para realizar un correcto y

minucioso lavado de la boca del paciente hospitalizado, especificando la higiene bucal del paciente consciente y la higiene bucal del paciente no consciente.

Se entiende como higiene de la boca aquellas actuaciones higiénicas llevadas a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el paciente, englobando la lengua, dientes, paladar, encías y labios.

Para la realización de esta higiene es necesario previamente preparar el material utilizado durante la ejecución de este procedimiento, para ello se preparará: toalla, cepillo, pasta dentrífica, seda dental, batea, vaso desechable, clorhexidina y colutorio.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento llevado a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para realizar la higiene bucal del paciente consciente e inconsciente.
- Conocer el material necesario utilizado durante la higiene de la boca.

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

Higiene de la boca del paciente consciente.

- Comunicar al paciente de la actuación que se le va a realizar y el motivo de esa actuación.
- Posicionar al paciente en posición de fowler alto o semifowler, teniendo en cuenta las características del paciente.
- Si las condiciones físicas del paciente no permitiesen esta posición, se lateralizará hacia un lado, para evitar atragantamientos.
- Colocar un empapador sobre el cuello del paciente para evitar que se manche.
- Si el paciente tiene una movilización activa y tiene la suficiente capacidad para realizar el lavado bucal él mismo, el TCAE le proporcionará el material necesario

para que el mismo realice esa actuación.

- Si el paciente no presenta una movilización activa o no tuviera la capacidad suficiente de actuación, será el TCAE quien realice el lavado de la boca.
- Si el paciente porta dentadura postiza, el lavado de esta se realizará una vez es extraída. Para ello se colocará en un vaso de agua y se realizará la higiene de la boca. La limpieza de la dentadura se realizará con solución desinfectante en el propio vaso.
- Proporcionar al paciente colutorio para que realice enjuagues bucales, ya que es considerado como un complemento muy efectivo a la utilización de la pasta dentífrica.

Higiene de la boca del paciente inconsciente.

La realización de la higiene de la boca de un paciente que se encuentra en estado inconsciente requiere de la utilización de un material específico para poder abrir la boca del paciente o para realizarle la higiene bucal sin provocarle heridas en esta. Además del material utilizado en un paciente consciente, se necesita un depresor lingual, unas pinzas de kocher y lubricante o vaselina.

- Comunicar al equipo de enfermería de la actuación que se le va a realizar al paciente, solicitando la presencia del enfermero responsable en dicha actuación. En este caso, será el enfermero el encargado de realizar la actuación con la ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Antes de proceder al aseo, se deberá valorar si es necesario una aspiración de secreciones faríngeas.
- Al ser un paciente en estado de inconsciencia, se deberá colocar en la posición de seguridad, es decir, lateralizar al paciente hacia un lado del cuerpo o girar la cabeza quitándole la almohada.
- Se utilizará unas gasas con el antiséptico y mediante las pinzas se realizará el aseo de la boca, haciendo hincapié en dientes, lengua y paladar.
- La vaselina será utilizada sobre los labios para evitar que se resequen.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante la higiene bucal del paciente hospitalizado” nos demuestran los dos procedimientos que debe conocer el TCAE a la hora de realizar el aseo bucal al paciente hospitalizado, para ello deberá tener en cuenta el estado de consciencia del paciente.

Por otro lado, cabe destacar que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que tener en cuenta que el colutorio es considerado como un complemento

idóneo para un correcto lavado de la boca, sin embargo, nunca puede ser un sustitutivo de la higiene de la boca con pasta de dientes, por lo que el colutorio será utilizado inmediatamente después del aseo de la boca con el cepillo y la pasta dentífrica.

6 Bibliografía

- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021

Capítulo 56

LOS PACIENTE CON CADERA ROTA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

CRISTINA GARCIA REYES

SUSANA AVILA UBEDA

BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA

1 Introducción

Las fracturas de cadera en nuestros mayores es una de las patologías más frecuente que vayamos a presenciar como TCAE.

Las fracturas de cadera son más comunes en ancianos, cuanto más mayor es el paciente, más aumentará el riesgo de caída y eso conlleva a una fractura de cadera, debido a la osteoporosis, esta enfermedad es una enfermedad metabólica ósea más frecuente en pacientes geriátricos, es provocada por una disminución de la masa ósea y alteración del tejido, por ello aumenta la fragilidad de nuestros mayores pudiendo llegar a dichas fracturas de cadera.

Hay más porcentaje que ocurra una fractura de cadera en mujeres que hombres. Además de la osteoporosis hay otros factores que pueden influir en la pérdida de masa ósea y con ello llegar a la fractura de cadera y serían; tener una edad mayor de 65 años, raza blanca, consumo de alcohol, demencia, caídas constantes etc.

Existen también diferentes tasas de mortalidad al sufrir de una fractura de cadera en personas mayores, hay una tasa el primer mes que va desde el 5% al 10%, pasando el año de la fractura la tasa varía de entre un 15% y un 20% y pasando el año esta tasa se iguala con las demás personas de edades similares que no han sufrido dichas fracturas de cadera.

Hay estudios que confirman que ocurren más fracturas de cadera en residencias que en domicilios.

Dichas fracturas de cadera también ocurren por fallos de reflejos protectores, deterioro de los sentidos, o por algún medicamento como por ejemplo "benzodiazepinas".

Según estudios médicos se espera que para el año 2050 supere la cifra de 6,3 millones de personas afectadas por dichas fracturas con ello, siendo esta la causa de hospitalización más frecuente en nuestros mayores.

2 Objetivos

Explicar las funciones del técnico auxiliar de cuidados de enfermería ante los pacientes con fractura de cadera en los centros hospitalario.

3 Metodología

La información adquirida para realizar esta investigación sanitaria ha sido sacada de diferentes fuentes de internet, revistas médicas y enciclopedias médicas, sin dejar a un lado nuestra experiencia laboral trabajando en residencia de mayores y con ello, presenciando, por desgracia muchas fracturas de cadera, aun así me ha venido muy bien para aprender mucho más sobre las fracturas de cadera y poder dar un mejor servicio a mis residentes.

4 Resultados

Una vez tenemos los objetivos claros que debemos seguir como auxiliares de enfermería en una residencia de mayores, sabemos que prevalece el cuidado de nuestros mayores, dejarles hacer lo que ellos puedan dentro de su autonomía siempre ayudándoles si lo necesitan por si hay riesgo de caídas, debemos intentar en medida de lo que podamos evitar las caídas para evitar dichas fracturas, puesto que en edad avanzada la recuperación suele ser lenta.

Si presenciamos una caída y creemos que podría tener una fractura de cadera, inmediatamente avisaremos al enfermero de turno y no lo levantaremos hasta que este valore a nuestro residente.

Como TCAE debemos conocer el protocolo a seguir si un residente sufre una caída y con ello una fractura de cadera, conocer los diferentes tipos que existen de fracturas aquí vamos a detallarlas brevemente;

-Fracturas intracapsulares: Afectan a la cabeza femoral y se asocian a luxaciones de cadera que están clasificadas en cuatro tipos:

1.Tipo I incompleta impactada.

2.Tipo II completa sin desplazamiento.

3.Tipo III completa con desplazamiento parcial.

4.Tipo IV completa y totalmente desplazada.

-Fracturas extracapsulares: Producen más dolor e inestabilidad.

Lo dicho, si presenciamos una caída de un residente y creemos que existe fractura debemos avisar al enfermero pero nosotros también podemos ir mirando si existe o no fractura, una de las maneras de saberlo es comprobando si las piernas las tiene a la misma altura o hay una más corta que otra, si eso es así seguramente tenga una fractura, una vez que el enfermero valore al residente el equipo de enfermería y el equipo médico deciden su derivación al servicio de urgencias, allí en urgencias mediante pruebas sabrán si hay fractura o no, si existe dicha fractura, los médicos valorarán el tratamiento de nuestro residente, puede ser reposo y que suelde sola o en la mayoría de los casos habría que intervenir quirúrgicamente, administración de analgésicos, inmovilizar la parte afectada, uso de heparina, controlar las constantes, etc.

Cuando nuestro residente vuelva a la residencia el enfermero o el médico nos dirán el protocolo a seguir tanto si ha sido intervenido quirúrgicamente o no, debemos saber que parte ha sido, si debe estar en cama, si puede apoyar, etc.

No podemos olvidarnos de los cambios posturales para que la herida de la operación y la cadera afectada no sea un punto de apoyo y debemos fijarnos siempre en la herida por si hubiese alguna alteración llamar al equipo de enfermería para realizar sus curas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión nuestro trabajo es prevenir las caídas de nuestros residentes para una mejor calidad de vida, pero si por lo que sea sufren una caída, se fracturan la cadera y tienen que ser intervenidos, debemos conocer el protocolo y el tratamiento a seguir con el que vuelven a la residencia desde el hospital, pero

en el mayor de los casos el protocolo viene a ser el mismo, con la ayuda del equipo de fisioterapeutas, el equipo de enfermería, el equipo médico y el de auxiliares de enfermería debemos dar un óptimo cuidado a nuestro residente, en nuestro caso, debemos realizar los cambios posturales cada dos horas, a la hora del aseo debemos cuidar las movilizaciones para evitar hacerle daño, también debemos observar como va la herida tras la operación y si vemos alguna alteración avisar a enfermería, entre todo debemos conseguir la recuperación de nuestro residente lo antes posible y de una manera óptima pudiendo recuperar su rutina y movilidad al 100%.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/fractura-cadera-pacientes-geriatricos/>

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-enpacientes-con-fractura-de-cade>

Capítulo 57

EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

LUCÍA MONTOTO RODRIGUEZ

1 Introducción

La atención primaria es lo que conocemos como centros de salud o consultorios, que dependen de un hospital general y estos a su vez de las distintas áreas de salud de cada comunidad.

La atención primaria es uno de los servicios sanitarios que más utilizamos, desde que nacemos, donde el pediatra hace las revisiones del bebé y a su vez le administra las vacunas correspondientes al calendario de vacunación, hasta que llegamos a la edad adulta y vejez.

Cuando notamos un malestar o dolor, al primero que acudimos es a nuestro médico de familia, que según los síntomas o según nuestra historia médica, es el que nos manda hacer pruebas, como análisis de sangre y orina, o bien nos deriva a un médico especialista.

La atención primaria es importante para la prevención de muchas enfermedades y ayuda a resolver de forma rápida y eficaz un alto porcentaje de problemas sanitarios.

Los centros de salud están cerca de los domicilios de los pacientes, para que no tengan que desplazarse muy lejos. El hecho de que los centros de salud estén cerca de los domicilios, es para poder ser atendidos con rapidez y no saturarnos

las urgencias de los hospitales. En algunos centros de salud disponen de servicio propio de urgencias. También la atención primaria nos ofrece asistencia domiciliaria si el paciente por cualquier circunstancia no se puede trasladar al centro de salud.

2 Objetivos

El principal objetivo es conocer qué funciones debe realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en los centros de atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En atención primaria trabajan conjuntamente técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, médicos de familia, pediatras, enfermeras/os, trabajadores sociales, administrativos y matronas. Otros centros de salud también disponen de servicios más especializados como: odontólogo, radiología, fisioterapeuta y equipo de salud mental. Las actividades que realiza el TCAE en atención primaria son las siguientes:

- Apoya en las tareas realizadas por el resto del personal sanitario
- Colabora en programas como; programas preparación parto, de escoliosis, de escolar, etc.
- Recoge las muestras de orina, de heces, uñas, pegando las pegatinas correspondientes en cada muestra
- Coloca las extracciones y muestras en las neveras portátiles para que vengán a recogerlas y llevarlas al laboratorio.
- Repone todo lo utilizado en la zona de extracciones
- Revisión periódica del carro de urgencias.
- Hace el pedido de almacén así como su colocación
- Prepara los instrumentos utilizados para que se los lleven a esterilizar.

- Ayuda al odontólogo y al fisioterapeuta
- Controla las caducidades de los productos de farmacia y del material fungible.
- Proporciona a los enfermos de diabetes las tiras, las lancetas y los medidores de glucosa. Para esto el centro cuenta con un horario específico que el paciente debe conocer para poder recoger lo que necesite.

Colaboración en los procesos asistenciales:

- Apoyo en actividades como: curas, sondajes, suturas...
- Apoyo en técnicas diagnósticas como: radiografías, ecografías...
- Apoyo en la atención domiciliaria en el caso que fuera necesario desplazarse.
- Apoyo en la instrumentalización en equipos de salud bucodental (fluoraciones, sellados, y de atención a la mujer)
- Apoyo en los ejercicios de fisioterapia

Colabora con el resto de personal sanitario en las actividades de prevención y promoción de la salud (prevención de la salud oral, prevención en la transmisión de enfermedades sexuales, prevención de la obesidad...)

5 Discusión-Conclusión

El TCAE para realizar el trabajo en un equipo de salud, tiene en común el cuidado del paciente procurando hacerle su estancia más amena. Para realizar correctamente esta labor requiere una formalidad cumpliendo con seriedad sus obligaciones tanto a nivel paciente, como de los compañeros. Debe tener consideración, tratando al enfermo con amabilidad y teniendo en cuenta sus sentimientos físicos y emocionales. Actualmente hay muy pocos puestos de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

El papel del TCAE en atención primaria es fundamental ya que su labor complementa las tareas del resto de personal del servicio y da apoyo al personal médico y de enfermería.

6 Bibliografía

1. Actividades del auxiliar de enfermería en atención primaria y especializada <https://enfermeria.top/apuntes/actividades-tcae-atencion-primaria/>.
2. El papel del TCAE en la atención primaria <https://www.escueladelaoposicion.com/papel-tcae-en-atencion-primaria/>.
3. Manual específico de funciones y de competencias laborales <https://hospitalsancamillo.gov.co/documentos/manual-funciones/auxiliar-de-enfermeria.pdf>.

Capítulo 58

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DE PACIENTES EN LA PLANTA HOSPITALARIA

CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA

MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ

LORENA PIERNAS CARCELÉN

1 Introducción

La atención sanitaria en los hospitales es un proceso multidisciplinario en el que intervienen diversos profesionales de la salud. Entre ellos, los TCAE desempeñan un papel crucial en la atención directa de los cuidados de los pacientes ingresados. Su labor se va a enfocar en proporcionar asistencia y apoyo en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades de la vida diaria (AVD), así como la colaboración con el equipo de enfermería.

El trabajo de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en la atención y cuidado de los pacientes en la planta hospitalaria. Estos profesionales trabajan en estrecha colaboración con el equipo de enfermería para proporcionar cuidados básicos, asistencia y apoyo a los pacientes. Se va a explorar las responsabilidades y funciones del TCAE en el entorno

de la planta hospitalaria, destacando su importancia para garantizar la calidad de la atención y mejorar la experiencia del paciente.

El TCAE tiene una amplia gama de responsabilidades en el entorno hospitalario. Incluye desde la asistencia en la higiene y cuidado personal de los pacientes, la toma de constantes vitales, la colaboración en la movilización y traslado de pacientes, además del apoyo en la alimentación de los pacientes, entre otras.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar las funciones y responsabilidades del TCAE en el entorno de la planta hospitalaria, resaltando su contribución en el cuidado de los pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva del trabajo del TCAE en diversas bases de datos académicas buscando términos como "la función del TCAE en planta", "atención del paciente hospitalario por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería" y "pacientes ingresados".

4 Resultados

Las funciones que tiene el TCAE en la planta hospitalaria:

1. Asistencia en las actividades de la vida diaria (AVD): los TCAE ayudan a los pacientes en tareas como la higiene personal, el cambio de ropa de cama, la alimentación y la movilidad. Estas actividades son esenciales para el bienestar de los pacientes y para prevenir complicaciones relacionadas con la inmovilidad.
2. Control y registro de signos vitales: los TCAE son responsables de tomar y registrar los signos vitales de los pacientes, como la temperatura, la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria. Estos datos van a ser cruciales para evaluar el estado de los pacientes y detectar cualquier cambio o deterioro.
3. Apoyo en la administración de medicamentos: los TCAE colaboran estrechamente con los profesionales de enfermería en la administración de medicamentos. Su función incluye la preparación y entrega de medicamentos bajo la supervisión y dirección de enfermería.
4. Colaboración en la movilización y traslado de pacientes: van a asistir a los pacientes en su movilización y traslado garantizando así su seguridad y comodidad

siguiendo los protocolos específicos para evitar las lesiones.

5. Mantenimiento del entorno limpio y seguro en las áreas de atención al paciente. Incluye la desinfección de superficies, la gestión adecuada de residuos y la prevención de infecciones hospitalarias.

Además de estas funciones, es importante la figura del TCAE en el cuidado de pacientes en planta. El papel es crucial para garantizar la calidad de la atención en la planta hospitalaria. Su presencia y participación permiten una atención más eficiente y personalizada, aliviando la carga de trabajo de los profesionales de enfermería y contribuyendo a la comodidad y seguridad de los pacientes. Esto va a presentar unos beneficios como:

- Continuidad de cuidados
- Humanización de la atención: va a brindar apoyo tanto con apoyo emocional y físico a los pacientes, de forma que se les ofrece un trato cercano y empático.
- Detección de cambios y complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en el cuidado de los pacientes en planta hospitalaria. Su colaboración con el equipo de enfermería en tareas de asistencia, registro de signos vitales, administración de medicamentos y mantenimiento del entorno seguro, garantiza una atención integral y de calidad. La participación activa de los TCAE contribuye a la humanización de la atención y a la detección temprana de cambios en la condición de los pacientes. Reconocer y valorar su labor va a ser fundamental para el funcionamiento eficiente y efectivo de los servicios de salud en el ámbito hospitalario.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/funciones-tcae-cuidado-enfermo-planta/>
- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actividades-propias-del-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-la-planta-de-quirofano/>
- <https://titulae.es/tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria/>
- <https://www.salusplay.com/blog/funciones-tecnico-auxiliar-cuidados-enfermeria/>
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm

Capítulo 59

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS CUIDADOS BÁSICOS DE CALIDAD QUE PRESTA AL ANCIANO

VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA

RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ

RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ

ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ

SHEILA CASTILLO APARICIO

1 Introducción

El término "calidad de vida" comenzó a utilizarse en los países occidentales a finales de los años cincuenta del siglo XX y adquirió una connotación semántica precisa a partir de los años setenta. Hoy es expresión tópica y ocupa un lugar destacado en las políticas sociales en todos los gobiernos. La calidad de vida es un "concepto subjetivo", que está relacionado con la percepción que el individuo tiene acerca de su propia vida, en el sentido de si se siente realizado con su propio ser. Para algunos autores, aún hoy en día, el concepto de calidad de vida resulta controvertido, está sujeto a múltiples interpretaciones, y presenta un significado vago, a veces difícil de definir. Estudios llevados a cabo en los últimos años del

siglo XX, han establecido 25 indicadores, situaciones que los ancianos reconocen como algo importante en su vida cotidiana. De estos indicadores de calidad de vida, a los que más importancia dan las personas de edad avanzada son la percepción de sí mismos en salud, funcionalidad y factores económicos. Desde la Sociología, la calidad de vida o satisfacción vital del anciano es el resultado de la adaptación y de la evolución de la personalidad a la sociedad en la que vive. Desde la Medicina Psiquiátrica, la calidad de vida es un concepto personal e interno, basado en la integración de varios factores relacionados con la idea del Yo, y con la interacción del anciano con su mundo externo y con sus proyectos existenciales.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) respecto a la atención y cuidado de las necesidades básicas del anciano.

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

Dado que cada vez hay más población anciana, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy importante, pues es el que más en contacto está con estas personas, debiendo ser su objetivo primordial su cuidado, cubriendo sus distintas necesidades y proporcionándoles unos cuidados básicos:

- Higiene: el objetivo del aseo, es la limpieza y la hidratación de la piel de los ancianos evitando enfermedades e infecciones y proporcionándole bienestar.

Para ello hay que tener en cuenta el grado de dependencia de la persona, pues si puede por sí solo, hay que fomentar su autonomía, si es dependiente es función del TCAE realizarle el baño o aseo, con temperatura del agua adecuada, jabón

neutro, secando bien y con suavidad, sobre todo en los pliegues y preservando en todo momento la intimidad de la persona.

- Alimentación y nutrición: recibir las bandejas de comida, servirla, ayudar a quien lo necesita y administrar la comida a los que no pueden comer solos, prestando atención a las dificultades de cada persona en la deglución y cuidando la hidratación.
- Eliminación: a la eliminación digestiva, prestando atención a las deposiciones (frecuencia, aspecto, consistencia), así como a la urinaria (llevando al baño a quien lo necesite, poner y quitar cuñas, cambios de pañal tantas veces sea necesario para evitar rojeces, úlceras, infecciones, a los ancianos incontinentes).
- Movilización: ayudar en la deambulación, así como en el uso de dispositivos de ayuda, cambios posturales, sobre todo a los encamados, para evitar úlceras.
- Cuidados de higiene del sueño: casi el 50 % de los ancianos tiene problemas de sueño, ya sea para su conciliación, como por no tener un descanso reparador. El TCAE debe conocer métodos de relajación y de modificación de conductas, para intentar mejorar la calidad del sueño de los ancianos, con rutinas y horarios a la hora de dormir, manteniendo una temperatura de la habitación adecuada, en un ambiente tranquilo, a oscuras (con un pequeño punto de luz, que no interfiera en el sueño, pero le ayude si se levanta al baño), con ropa cómoda, cenas ligeras, evitando acostarse nada más cenar.

5 Discusión-Conclusión

El envejecimiento es un proceso natural de todos los seres vivos, que produce cambios en el organismo, estos cambios pueden ser positivos o negativos, según nuestro estilo de vida. Por ello es muy importante un envejecimiento activo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento activo como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejece". Envejecer bien, no es solo no tener enfermedades, sino mantenerse bien tanto a nivel físico como psicológico, para intentar prevenir la discapacidad en las personas mayores. El TCAE debe intentar mantener la autonomía de las personas mayores el mayor tiempo posible, aumentando con ello su autoestima y cuando ya no es posible, por el deterioro físico y/o mental, es su función ayudarles en todo lo necesario y proporcionarles los cuidados necesarios que le proporcionen bienestar, lo dignifiquen y mejoren su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 60

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA NUTRICION ENTERAL DEL PACIENTE

VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA

RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ

RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ

ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ

SHEILA CASTILLO APARICIO

1 Introducción

La nutrición enteral está aconsejada a los pacientes críticos debida a su situación de inestabilidad hemodinámica del paciente crítico, el propio diagnóstico o los procedimientos terapéuticos que precisa el paciente ingresado en las unidades de cuidados intensivos que suele ocasionar estados de malnutrición con un aumento de la mortalidad. En caso de que su sistema digestivo lo permita, la nutrición enteral es la forma más fisiológica de administración de nutrientes de forma artificial aunque en algunos casos puede tener algunas complicaciones de las que se habla en este capítulo. La nutrición enteral es una técnica invasiva que se utiliza para alimentar al paciente crítico. Pese a ser la alimentación más utilizada,

se ha observado que presenta una serie de complicaciones en base al tiempo que se administra al paciente. Una sonda nasogástrica es un tubo de plástico, habitualmente de poliuretano, que se introduce a través de la nariz en el estómago, pasando por el esófago. Una vez que la punta de la sonda se encuentra dentro del estómago, puede proporcionar alimento a pacientes con capacidad digestiva conservada, que presentan dificultad para masticar o deglutir los alimentos. Las complicaciones de la nutrición enteral se engloban en cuatro grupos: mecánicas, infecciosas, metabólicas y gastrointestinales.

2 Objetivos

- Dar a conocer al técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) los tipos de nutrición enteral, así como su administración al paciente.

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

Encontramos hasta tres tipos de alimentación enteral, que varían en función de la colocación de la sonda y de su longitud.

- Alimentación enteral por sonda nasogástrica: La sonda, es introducida por los orificios de la nariz hasta llegar al estómago, donde se suministrarán directamente los nutrientes, es el método que más se suele utilizar. Durante su colocación por parte del diplomado/a de enfermería y en colaboración con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería el paciente debe estar consciente en todo momento e ir tragando saliva, dirigiendo la sonda hasta el tracto digestivo y evitando el aparato respiratorio. Finalmente se hará una radiografía para ver que la sonda está colocada correctamente.
- Alimentación enteral por sonda nasoentérica: Como en el proceso anterior, la colocación será con el mismo procedimiento salvo que la sonda será llevada di-

rectamente hasta el intestino, evitando forzar el funcionamiento propio del estómago.

- Enterostomía Esta opción es utilizada, cuando las anteriores no son viables o cuando el paciente no puede alimentarse por sí mismo en más de un mes. El equipo médico debe insertar un catéter a través de la piel. A continuación, explicaremos como el técnico en cuidados auxiliares de enfermería llevará a cabo la nutrición enteral en pacientes portadores de sonda nasogástrica o nasoentérica:
- Para comenzar siempre informar al paciente de que vamos a dar paso a la alimentación.
- Comprobar que la sonda está bien colocada.
- Si está acostado en la cama, pedir que se levante al sillón, sino es posible incorporar el cabecero en la posición Fowler. - Aspirar el contenido gástrico, antes de las tomas.
- Comprobar que la mezcla de nutrición está en condiciones óptimas para ser administrada, una vez echo damos comienzo a la ingesta.
- Con la ayuda de una jeringa de 50ml comenzaremos la nutrición de forma lenta, deberemos tardar entre unos 15-20 minutos.
- Una vez finalizado, pasar la medicación diluida en agua, y para terminar pasar agua para limpiar el tubo y evitar obstrucciones. El paciente deberá quedar sentado o semisentado durante unos 60 minutos tras la ingesta.
- Lavar todo el equipo que hemos utilizado, dejándolo en condiciones óptimas para la siguiente ingesta.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el cuidado y el buen funcionamiento de una sonda para nutrición enteral es importante para poder ayudar a los pacientes a aportar nutrientes, medicamentos, nutrición, etc., cuando estos no lo pueden hacer por la vía común debido al motivo o a la patología que sea. Este profesional sanitario deberá conocer cómo cuidarla y como manipularla para poder ayudar y educar a los pacientes portadores de este tipo de sondas y de esta manera, una vez que finalice su estancia en el hospital, si deben llevarla consigo a su domicilio, puedan alimentarse por si solos y cuidar la sonda adecuadamente.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.

2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 61

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA TOMA DE CONSTANTES VITALES A UN PACIENTE. LA MEDICION DE LA TEMPERATURA

VESELA NIKOLAEVA VELKOVA AGAINA

RAQUEL LA OSSA GUTIÉRREZ

RAQUEL LÓPEZ SÁNCHEZ

ANA MARÍA CORZO GONZÁLEZ

SHEILA CASTILLO APARICIO

1 Introducción

La toma de constantes vitales a un paciente se realiza para medir parámetros como son la temperatura corporal, su respiración, el pulso e incluso la tensión arterial entre otras mediciones. El conjunto de estas mediciones consolida las constantes vitales y nos permite dar paso a los cuidados de enfermería. Los valores pueden variar en función de cada persona, y a su vez en la misma persona pueden variar dependiendo de multitud de factores, estado emocional, realización de ejercicio, etc. Cabe destacar que estos factores deben anotarse claramente y con ex-

actitud en la gráfica clínica, en la cual se puede observar la evolución de las constantes del paciente. En los centros hospitalarios, como norma general y para llevar un control adecuado de las constantes del paciente, se realizará la toma de temperatura al menos dos veces al día, siempre y cuando no haya excepciones, en ese caso se podrá realizar hasta en cuatro ocasiones. Con una salud óptima los parámetros de las constantes se suelen mantener, aunque debemos tener en cuenta factores que pueden alterar estos parámetros, como pueden ser:

- Fisiológicos: edad, peso, ejercicio físico, etc.
- Ambientales: según la hora del día en la que se realice, altitud o temperatura entre otros.
- Psicológicos: estrés y estado emocional del paciente.
- Patológicos: hemorragias, quemaduras, alteraciones respiratorias. Junto al equipo de enfermería, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tiene entre sus funciones la colaboración en las tomas de las constantes, para verificar el estado óptimo del paciente.

2 Objetivos

- Conocer, como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería, algunas cuestiones básicas relacionadas con la toma de constantes vitales, en este caso la medición de la temperatura, como parte esencial de nuestra formación.

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

Un parámetro muy importante es la temperatura, ya que al verse alterada el organismo puede sufrir distintas alteraciones.

TEMPERATURA: Se refiere al grado de calor que tiene el cuerpo humano que se equilibra entre la producción de calor que el mismo cuerpo aporta con la actividad muscular o el metabolismo por ejemplo y el calor que se pierde provocado por

el mismo organismo, como puede ser la pérdida producida por las condiciones ambientales o el horario, ya que a primera hora de la mañana la temperatura es más baja o la influencia de la edad que provoca que el hipotálamo se ralentice. La temperatura del cuerpo humano yace en el hipotálamo y este es el encargado de regular nuestra temperatura corporal. Los valores normales de la temperatura son 36-37° C. Las alteraciones que sufre la temperatura reciben distintos nombres: Hipotermia: Temperatura inferior a los 35° C. Hipertermia o fiebre: Temperatura superior al valor normal 37.1-40'5° C.

Cuando se habla de hipertermia, puede ser consecuencia de distintos procesos infecciosos. La fiebre la podemos clasificar en:

- Febrícula: 37,1-37,9°C.
- Fiebre Ligera: 38-38,4°C
- Fiebre Moderada: 38,5-39,4°C.
- Fiebre alta: 39,5-40,4°C
- Fiebre Muy alta: 40,5.

Antes de realizar la toma de temperatura se le explicará el procedimiento al paciente y comprobando que la zona de la axila se encuentra limpia, para dicha toma se utilizará un termómetro. Una vez que se ha tomado la temperatura se debe anotar en la gráfica del paciente. Se podrán utilizar diferentes zonas para la realización de la toma de temperatura, como pueden ser:

- Temperatura Axilar: se utiliza la zona de la axila para la toma de la temperatura
- Temperatura Rectal: utilizada normalmente en pacientes lactantes, la medición de la temperatura se realizará en el recto del paciente.
- Temperatura timpánica: se realizará en el conducto auditivo. Podrá realizarse, aunque el paciente sufra de otitis. Sus valores son los más similares a la temperatura central corporal.

Medición con termómetros químicos desechables: contienen una sustancia que cambia de color al contacto con una fuente de calor, de manera que al aplicarlos sobre la piel indican la temperatura registrada con un número o con una serie de marcas.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la realización de este trabajo, donde se ha realizado una extensa revisión de la bibliografía existente, hemos podido conocer y actualizar nuestra formación y conocimientos como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería en la toma de constantes vitales, en este caso en la medición de la temperatura, muy importante para conocer el estado de salud del individuo.

Es realizado por parte del TCAE siempre que no se realice una técnica invasiva en el individuo, como hemos visto. Existen diferentes formas y puntos para la toma de la temperatura entre los que destacamos: temperatura axilar, temperatura ótica, temperatura rectal, temperatura oral, infrarroja, etc.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 62

EL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL ÁMBITO DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER

ESMERALDA TEBAR MARTINEZ

ADELA JIMENEZ TENDERO

LAURA BALLESTEROS VILLEGAS

MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ

1 Introducción

Existen diversos tipos de profesionales sanitarios con distintos ámbitos de trabajo. Nos centraremos en el personal y en la organización de un hospital, aunque su tipología sea amplia y variada.

Podemos distinguir dos grandes grupos en el ámbito laboral del sistema sanitario: personal sanitario y personal no sanitario.

- El personal sanitario está constituido por el personal facultativo (titulados superiores con funciones directas en el ámbito de la salud, como médicos, biólogos o farmacéuticos) y al no facultativo (diplomados y técnicos relacionados directamente también con la salud, graduados y diplomados universitarios en enfermería, auxiliares de enfermería, matronas o fisioterapeutas).

- En el personal no sanitario podemos incluir a aquel que es imprescindible para el funcionamiento de un centro hospitalario, aunque sus titulaciones o puestos de trabajo no intervengan directamente en el cuidado y la atención de la salud de los pacientes. Incluye personal técnico titulado (titulados superiores con un puesto de trabajo específico (informáticos, economistas, ingenieros...), personal de oficio con un oficio concreto, como un albañil, un cocinero o un peluquero, personal de servicios especiales (con funciones en servicios complementarios del centro, como telefonistas, administrativos o agentes de seguridad) y personal subalterno (formado por el resto de profesionales, como celadores o porteros.

2 Objetivos

Explicar qué es el proceso de atención de enfermería y cómo se lleva a cabo por los distintos sanitarios y no sanitarios que integran el equipo que se encarga de realizar las actividades en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

En el desarrollo de este capítulo hemos tenido en cuenta nuestra propia experiencia laboral en los distintos campos sanitarios, como residencias de la tercera edad, residencias de cuidados especiales, y en el ámbito hospitalario.

También hemos consultado algunas publicaciones de Internet, que hemos podido encontrar a través de Google Académico.

4 Resultados

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un plan de actuación en cuidados. Sigue un método científico para llevar a cabo una asistencia ordenada, organizada y sistematizada. Es decir, el objetivo es que la atención y el cuidado de los enfermos sean eficaces, independientemente de la aptitud y actitud de quien lo realiza.

El PAE sigue un orden lógico y sistemático, organizado para la solución de los problemas de salud a través de actividades de enfermería. Consta de cinco etapas, que no son independientes unas de otras, sino que forman un proceso continuo: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación.

El PAE es flexible y dinámico, es decir, adaptable a cualquier situación y capaz de responder ante cualquier cambio producido por la evolución de los problemas

de salud, y siempre centrado en el paciente, que debe colaborar activamente, y en sus patologías.

Una de las ventajas para el usuario es que con el PAE recibe una atención individualizada y de calidad, en la que se procuran evitar errores, omisiones o repeticiones. Para el personal de enfermería, el PAE permite una mejora de su trabajo, basándose en la eficiencia y en la eficacia.

Para todo ello, es fundamental el uso de la documentación, en la que debe quedar reflejado todo el proceso de atención y el modo de llevarlo a cabo. Tiene que ser una información que puedan compartir los diversos profesionales de la medicina que intervienen en el cuidado del paciente. Así, en la documentación tiene que quedar constancia de los distintos pasos y actividades de enfermería practicadas en cada una de las etapas.

ETAPAS DEL PAE:

1. Valoración: obtención de los datos de salud del paciente, tanto los subjetivos (lo que siente el enfermo) como los objetivos (que pueden ser medidos por el profesional médico). Se recogen, se validan y se organizan para su análisis y para extraer conclusiones. La recogida inicial debe ser integral, buscando todos los datos importantes de salud, sean actuales o sean antecedentes, y completa, incluyendo aspectos psicológicos o sociales del paciente.

Existen tres métodos o modelos de enfermería para la obtención de datos:

- Entrevista clínica: se obtiene gran cantidad de información a través del diálogo con el paciente. Con una entrevista formal en el inicio se puede elaborar la historia de enfermería.

De una forma más informal, en el día a día y durante los sucesivos cuidados, también se puede extraer mucha información útil. Es necesario establecer una relación adecuada con el paciente y crear un clima agradable y de confianza.

- Observación: a través de los sentidos se extraen también muchos datos, tanto del paciente (físicos y anímicos) como de su entorno.

- Exploración física: después de la entrevista, conviene llevar a cabo una exploración física para completar y contrastar con datos objetivos lo obtenido anteriormente, ya que permite hacer una valoración inicial. La exploración física se irá repitiendo en etapas posteriores para poder comprobar, y valorar, los cambios y la eficacia de las actuaciones de enfermería. Hay cuatro técnicas de exploración detallada: inspección (examen visual y completo de todo el cuerpo), auscultación

(con un fonendoscopio se escucha el corazón, el pulmón y el abdomen), palpación (con la mano o los dedos se toca suavemente el abdomen) y percusión (golpeando el tórax con uno o varios dedos para comprobar, a través del sonido, el estado de los órganos internos próximos).

Los datos recogidos deben ser validados, que sean correctos y estén completos. Un error en este momento puede dar lugar a una mala atención del paciente. La información debe organizarse de tal manera que sea fácil la identificación de los problemas de salud. La valoración queda registrada en los documentos de enfermería del historial clínico. Así, puede compartirse y transmitirse a otros profesionales, lo que permitirá hacer posibles las otras cuatro etapas del PAE.

2. Diagnóstico de enfermería: conclusión para diagnosticar una enfermedad o problemas de salud que pueden tratarse con actuaciones de enfermería. Lo propone y verifica la enfermera que está a cargo del paciente. Es una enumeración ordenada por prioridades que tiene en cuenta las necesidades humanas y la opinión del propio paciente. El diagnóstico se redacta en la documentación de enfermería y en dos partes: a la izquierda figura la enfermedad o la respuesta del paciente ante dicho problema de salud, y, a la derecha, los factores que contribuyen a su causa.

3. Operaciones administrativas y documentación sanitaria 3. Planificación: se traza el plan con el que se asiste al paciente y se trata su patología, definiendo objetivos a los que se llega mediante actividades de enfermería.

En él, se deben decidir cuáles son las prioridades en la atención, qué objetivos se deben cumplir y qué plan de cuidados se va a llevar a cabo.

4. Ejecución: se lleva a cabo la estrategia diseñada con el plan de cuidados y las actividades de enfermería destinadas al tratamiento del problema de salud. Es fundamental que toda actuación quede debidamente registrada en los pertinentes documentos de enfermería para que conste de forma clara qué se hace, quién lo hace y cualquier característica que pueda ser de interés.

5. Evaluación: se valora el resultado final y se compara lo obtenido con el objetivo marcado en el plan de cuidados.

Según los resultados de la evaluación, se darán tres situaciones: se han alcanzado completamente los objetivos, se está en vías de conseguirlo y, por tanto, se necesita más tiempo y proseguir con el plan establecido, o no se consiguen y/o se detectan nuevas necesidades. La valoración final debe también quedar reflejada en la documentación.

5 Discusión-Conclusión

Con el proceso de atención de enfermería se garantiza una eficacia a la hora de atender y cuidar a los enfermos. Este proceso está centrado en el paciente y su evolución.

Una de las ventajas de este programa es que se centra y personaliza las actividades al paciente en concreto. Para poder lograr que este proceso funcione correctamente es fundamental que todos los sanitarios involucrados tengan acceso a la información del paciente, por ello debemos dejar constancia de los distintos pasos y actividades que hemos practicado en las hojas del paciente. De esta manera, tanto las enfermeras como los médicos podrán siempre las actividades que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería han practicado al paciente y viceversa.

6 Bibliografía

Enlaces consultados: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c06b7e5-ca29-40c6-ab63-f84959a87362/c618e862-974d-4faf-8093-66eae984e3da/TRABAJO_CONGRESO_GRAFICA_AJUSTADA.pdf
<https://tutfg.es/pae/>

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.

Capítulo 63

ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD PSQUIÁTRICA HOSPITALARIA

MARIA VICTORIA MERINO MARTINEZ

ESMERALDA TEBAR MARTINEZ

ADELA JIMENEZ TENDERO

LAURA BALLESTEROS VILLEGAS

MARÍA DEL MAR ARAGONÉS OLIVER

1 Introducción

Los hospitales psiquiátricos y las plantas de psiquiatría suelen estar aislados o con una alta restricción de entrada y salida de persona o familiares.

El personal de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que trabaja con en estas plantas recibe una formación especial.

Las personas que están internadas en psiquiatría sufren una crisis en su salud mental, pueden tener trastornos psicóticos, haber intentado el suicidio, autoleccionarse...

Por ello en estas plantas existe un gran equipo multidisciplinar, que no solo incluye a los sanitarios, también forman parte trabajadores sociales y terapeutas

ocupacionales...

Ya que los pacientes aparte de recibir terapias psicológica, medicación y todos los cuidados y confort que se les puede ofrecer en un hospital, también reciben terapias para la integración a la sociedad.

Es importante señalar que las funciones y actividades que se realizan en la planta de Psiquiatría varían según las normas y protocolos del centro sanitario.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel importante en la planta de psiquiatría, proporcionando atención y apoyo a pacientes con trastornos mentales y emocionales.

Además, asiste en la atención directa a los pacientes, brindando apoyo en actividades diarias como alimentación, aseo personal, vestimenta y movilización.

Es una de las personas que más tiempo pasa con los pacientes, es por ello que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden ser los primero en notar algún cambio en el comportamiento del paciente, debe notificarlo a sus médicos responsables.

2 Objetivos

Con la exposición de este capítulo buscamos dar a conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, así como el tratamiento de los propios pacientes, dando a conocer que en el trabajo para su desarrollo positivo interviene un equipo multidisciplinar muy preparado.

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

Funciones generales del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la planta de psiquiatría:

La función en general es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en una planta de psiquiatría se basan en observar el comportamiento y el estado emocional de los pacientes, y es importante que notifique cualquier cambio significativo en el comportamiento del paciente, así como el estado de emocional en el que se encuentren.

Según el centro sanitario y sus normas los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden asistir a las terapias grupales o actividades relacionadas que forman parte del tratamiento de los pacientes.

Estas terapias buscan promover el bienestar emocional, mejorar la funcionalidad y ayudar al paciente a enfrentar su miedos, de manera más efectiva. Las terapias se adaptan de forma personal a los pacientes, según el diagnóstico que tengan.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pasan mucho tiempo con los pacientes, ya que hacen visitas continuadas a sus habitaciones para realizar sus funciones, como tomar las constantes vitales, ayudar a comer, en la higiene personal de los pacientes... Y en definitiva hacer más confortable el tiempo de ingreso.

Los pacientes que están ingresados en estas unidades no disponen de comunicación con el exterior, ya que se les quita el teléfono móvil y cualquier otro instrumento que les pueda afectar a su recuperación, por lo tanto el trato del día a día con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para estos pacientes es muy importante y afecta en gran medida a su recuperación.

Como todos los sanitarios y trabajadores no sanitarios del centro, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben garantizar el respeto a la privacidad y confidencialidad de la información relacionada con los pacientes y sus tratamientos.

5 Discusión-Conclusión

El área de psiquiatría de un hospital, es un área de las más restringidas, los pacientes requieren una atención especial y personalizada, en la que se pueden incluir terapias individuales, grupales, con familiares... Además, el fin del internamiento del paciente en el hospital es la integración a la sociedad en la medida de lo posible, con lo cual también se hace en terapias ocupacionales, de ocio...

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería requiere una formación especial cuando accede a esta unidad.

Como en el resto de unidades, al trabajo principal del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es buscar el confort y bienestar al paciente, en esta unidad además de buscar ese confort y bienestar físico también debe ser psicológico.

Los auxiliares pasan mucho tiempo con los pacientes han y deben notificar cualquier cambio de conducta a sus médicos responsables.

6 Bibliografía

1. https://faisem.es/wp-content/uploads/2023/05/2_DECADAS_DE_REFORMA_PSIQUIATRICA-_F_PEREZ_-_AEN_2006.pdf.

Capítulo 64

LA ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL SANITARIO Y EL PROCESO DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA

INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ

NOELIA MENA GARCIA

MARÍA ARENAS MOTILLA

ANTONIA GÓMEZ BARCO

1 Introducción

Hablaremos sobre el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), tiene que saber todos los pasos que hay que seguir desde que se recibe el material limpio, como empaquetar, esterilizar, almacenamiento y reparto. El personal que trabaja en este trabajo necesita aprender cómo empacar, esterilizar y almacenar material estéril para que no se dañe y cómo volver a el hospital sin contaminación.

Los especialistas sanitarios que desempeñan su labor en la central de esterilización son una entidad relevante en los centros hospitalarios, con el fin de prevenir el contagio. De ellos depende el buen funcionamiento del servicio de esterilización.

También tienen que conocer los riesgos que supone estar trabajando en este servicio. Al igual que en otros servicios del hospital, también existen riesgos. Se consideran igualmente peligrosos o más que en otra área, ya que al momento de esterilizar se esteriliza todo tipo de material resistente, pesado como las cajas quirúrgicas que son material metálico. Además, es peligroso usar productos químicos irritantes y fuentes de calor. Las centrales de esterilización pueden estar en las zonas más bajas de los edificios, lo que hace que se usen poca luz artificial y poca ventilación, y las ventanas de tamaño reducido sean más peligrosas.

2 Objetivos

- Conocer cómo funciona la central de esterilización.
- Conocer los riesgos existentes en este servicio.
- Explicar cómo manipular y conservar el material estéril.

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 central de esterilización de un hospital se encuentra en una zona de fácil comunicación con todas las unidades clínicas, principalmente la zona del quirófano. Para evitar la contaminación entre el material sucio al residuo, se limita la manipulación y traslado del material aséptico.

La central se sitúa en planta baja o sótano. Comunicada con el quirófano tanto en la vertical como en la horizontal. En caso de que sea horizontal, se procede a la ejecución de dos pasillos, uno destinado a la superficie sutil y otro para la limpieza. Si es vertical, se usan dos montacargas. Uno comunica con la zona sucia y el otro con la zona limpia. Siempre tiene que haber dos circuitos diferenciados:

- El sistema de material limpio.
- El circuito del material sucio.

La extensión, el número de personal y materiales se relacionan con la actividad quirúrgica y el número de quirófanos, partos y camas del centro hospitalario.

Áreas de la central de esterilización.

- Área de recepción del material sucio.
- Área de lavado de carros.
- El área donde se lava y seca el aparataje de anestesia. Área de lavado descontaminación y secado de material.
- Área de revisión, selección y preparación de material.
- La zona de limpieza de la composición y el embalado del material textil, instrumental y resistente.
- Área de esterilizadores.
- Se refiere a el área de esterilizadores de óxido de etileno.
- Área de entrega del material estéril y descontaminado.
- El área de almacén de materiales estériles.
- Almacén de material limpio.
- Despacho supervisor.
- Sala de docencia y reuniones.

En cualquier área hospitalaria, existe un riesgo de riesgo. En la central también existen riesgos de padecer accidentes. El conocimiento de los riesgos más habituales por parte de los expertos, propicia una mayor seguridad en el servicio.

Los riesgos derivados del trabajo pueden ser:

- Generales
 - Específicos.
 - Riesgos generales. Los individuos que se presentan en este grupo se distinguen por su frecuente frecuencia, tales como caídas, heridas, cortes y abrasiones. Las caídas pueden producirse por: falta de iluminación. Mala distribución del mobiliario, objetos o personas. Falta de adhesión al suelo o uso de un calzado mal.
- La prevención de estos accidentes se fundamenta en la rápida aplicación de los elementos anteriores: limpieza del suelo, ordenar el mobiliario, buena ubicación del personal, buena iluminación.
- Las heridas, cortes y abrasiones se producen por el uso del material empleado y el tipo de trabajo que se realiza. Si el personal que ingresa recientemente, se le notifica de estos riesgos, se evitan los accidentes mediante la utilización de medidas de protección, como guantes, separación de objetos punzantes y cortantes de los que no son, entre otras.
- Riesgos específicos. Son los derivados del material usado y de las características propias del servicio. Se clasifican de acuerdo con la naturaleza del agente que los produce.

Riesgos físicos:

- Quemaduras: al sacar el material esterilizado.
- Calor excesivo: la gran cantidad de aparatos que generan calor.
- La presencia de cansancio visual es habitualmente artificial al estar presente en plantas bajas o sótanos. Distribuir la iluminación correctamente para evitar caídas.
- Descargas eléctricas: usar medios de transporte adecuados previene lesiones musculares y esqueléticas.
- Ruidos : los aparatos emiten ruidos y vibraciones.
- Incendio: conocer el plan de emergencia.

Riesgos químicos:

- Óxido de etileno: gas tóxico, produce alteraciones respiratorias, digestivas y dermatológicas. Produce tumores y alteraciones cromosómicas. Estos efectos se pueden evitar con una ventilación, instalación y formación del personal que lo usa.
- Eczemas: alteración de la piel que se produce por el uso de productos químicos: detergentes, jabones, etc. Mejor forma de evitarlo es el uso de guantes.
- Toxicidad aguda respiratoria: existen productos que emanan vapores y pueden producir toxicidad respiratoria. Se aconseja una correcta manipulación y adecuada ventilación.

Riesgos biológicos: pinchazos, cortes o erosiones con material contaminado. Medidas de protección: usar guantes y vacunación antitetánica y anti-hepatitis B.

El servicio de medicina preventiva es importante. Cuando una persona es contratada debe:

- Pasar un reconocimiento médico.
- Vacunación antitetánica y anti-hepatitis B, si no está inmunizado. Para la vacuna del tétanos la dosis de recuerdo es cada 10 años y la de hepatitis B cada 5 años.
- Realización de Mantoux, para detectar la tuberculosis.

Cada año se realiza un examen médico, poniendo atención en :

- Piel.
- Aparato respiratorio.
- Aparato digestivo.
- Realización periódica del Mantoux, a quienes fueran negativos al ingreso.

Manipulación y conservación del material estéril. Cuando hemos esterilizado el material, el tiempo de duración es variable. Depende:

- Del tipo de envoltorio.
- Condiciones de almacenaje.
- Tipo de material.

- Transporte, etc.

Para conservar bien el material esterilizado, el almacén tiene que tener unas características:

- Paredes lisas, para facilitar su limpieza.

- Acceso restringido.

- Condiciones climáticas:

Ventilación: 6 renovaciones cada hora.

Temperatura: 15-25°C

Humedad: 40-60%

- Procedimiento de almacenaje:

El material se deja enfriar, para evitar condensaciones.

Se comprobará:

Identificación del paquete y fecha de esterilización.

Envoltorio intacto, sin daños ni humedades.

Control de esterilización correcto.

Manos limpias para manipular los paquetes.

Se coloca el material para que se manipule lo menos posible, se organiza y se puedan cambiar las fechas.

El transporte se debe de hacer de manera que garantice la esterilidad del material y sin roturas. Se transporta en :

- Material voluminoso en carros herméticos.

- Material pequeño en bolsas de plástico cerradas.

El material que se transporta a las plantas debe ser utilizado en 24-48 horas, y se debe colocar por caducidades. Se manipula con las manos limpias. Se guarda en lugar seco, cajones o vitrinas fuera del contacto directo con el aire. Debe evitarse fuentes de calor o humedad, que alteran el envase de aislamiento.

La caducidad está asociada con el envasado y el almacenamiento.

El tiempo de caducidad garantiza la viabilidad de la esterilización. En condiciones normales los tiempos son:

- Triple barrera: máximo tres meses

- Papel de grado médico : (bolsa o papel mixto) para autoclave, óxido de etileno o vapores de formaldehído:

Envase simple: seis meses.

Envase doble: doce meses.

- TYVEK : hoja opaca de fibra de polietileno: 12 meses.

- Contenedores: 6 meses(con protección del filtro).

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, el TCAE que trabaja en la central de esterilización aparte de saber las maneras de esterilizar, debe conocer:

1º las áreas de la central para seguir la trazabilidad de los materiales esterilizados y mantener su asepsia hasta el momento de su reparto.

2º el trabajo en la central tiene unos riesgos y su conocimiento hace que se minimice la probabilidad de accidentes.

3º saber el método de almacenaje, transporte y caducidad del material.

Por lo que el personal sanitario que trabaja en la central debe estar capacitado para desempeñar su función desde que entra el instrumental hasta que sale de la central.

6 Bibliografía

1. AUX.de enfermería. Temario específico. Volumen 2. SESCOAM. Convocatoria 2017. Editorial MAD. 7 editores. ISBN: 9788414205365.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish>.
4. <https://www.scielo.org/es>.

Capítulo 65

LOS PACIENTES PEDIATRICOS CON AUTISMO Y LA FUNCION DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA

INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ

NOELIA MENA GARCIA

MARÍA ARENAS MOTILLA

ANTONIA GÓMEZ BARCO

1 Introducción

La palabra autismo surge en una investigación que publica un alemán en 1911. Se trata de un repliegue de la vida mental de la persona sobre sí mismo de tal manera que va a generar una realidad separada del mundo exterior. En los últimos años, es un tipo de trastorno que se diagnostica con más regularidad de la esperada. En muchas ocasiones, este término ha sido aplicado a los pacientes con trastornos mentales con síntomas negativos de aislamiento social. El DSM-V asocia este trastorno por una parte a las alteraciones con el entorno social y por otro a conductas e intereses anormales, limitados y repetitivos. Al hablar de espectro autista se engloba una serie de alteraciones variadas que se presentan en los menores que lo padecen que pueden ir desde leve a muy grave.

El trastorno autista se refiere a un autismo clásico que viene representado por las alteraciones con el entorno social y las de comunicación y los comportamientos e intereses estereotipados y repetitivos que en algunos casos logran hacerse daño a sí mismos. Las demás categorías se pueden considerar variables de esta.

Estas categorías son:

- Trastorno desintegrativo infantil.
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
- Trastorno del desarrollo era el síndrome de Rett.

No existen signos o síntomas comunes para determinar el autismo, sin embargo, el hecho de los déficits en las relaciones sociales en edades tempranas puede ser signo de alerta. Los déficits ocurren en una edad muy temprana y pueden ser específicos, pero también pueden pasar inadvertidos para los padres o tutores de los menores.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar signos y manifestaciones del trastorno del espectro autista por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Objetivos secundarios:

- Establecer rutinas para los niños y sus familias en apoyo con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Promover la inclusión social de los niños con autismo junto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura disponible que permite responder al objetivo marcado. Se han consultado artículos y publicaciones científicas a través de diferentes portales y páginas web y se ha hecho lectura de los mismos para extraer datos relevantes e incorporarlos en el capítulo.

Se ha seleccionado información contrastada procedente de publicaciones académicas revisadas. En esta búsqueda bibliográfica han sido incluidos tanto revisiones, como artículos primarios descriptivos y estudios cualitativos y cuantitativos. Los términos clave utilizados en el proceso han sido: enfermería, cuidados enfermería, autismo, trastorno espectro autista.

4 Resultados

De los estudios y textos revisados podemos decir que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben ver al menor en toda su globalidad desde lo físico a lo mental sin olvidar las relaciones sociales que mantiene y el círculo familiar que tiene y en el que se desarrolla.

De los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos saber adaptarnos a la realidad y forma de ser de cada paciente en base a sus necesidades individuales. Los técnicos de enfermería en el cuidado de pacientes con trastorno del espectro autista se debe lograr una relación de confianza que permita detectar y cuidar de los problemas de salud y patologías orgánicas que muchas veces no pueden comunicar por sus dificultades y limitaciones en lo social.

Una pieza clave en nuestra formación con este tipo de pacientes es la observación para descubrir los problemas que los menores tienen con su entorno. Debemos tratar de ver al individuo en su conjunto y no tratar de etiquetarlo con su trastorno de autismo.

Entre las labores de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con este tipo de paciente se encuentra la educativa que incluye el apoyo, asesoramiento y educación a las familias, lo que sugiere al técnico como vínculo de confianza y apoyo para las familias ante sus dudas y preocupaciones.

El diagnóstico a edades tempranas es básico para poder lograr un mejor desarrollo del menor y de su calidad de vida por ello deben coordinarse todos los recursos que atiende al menor para que el plan de desarrollo promueva la comunicación con lo que mejora la expectativa de inserción del menor y su familia se verá apoyada.

Suele ser la atención primaria y el personal sanitario que desarrolla allí sus funciones los primeros en detectar este tipo de trastorno por ello la comunicación entre la atención primaria y especializada debe ser básica. Se deben mantener revisiones periódicas para detectar la mejoría y los cambios de tratamiento por parte del equipo interdisciplinar que atiende al menor y sus padres.

Es básico en los cuidados de los niños mantener rutinas y horarios observando sus intereses y objetivos que será lo que haya que promover. Por otra parte, se imparten y dan sesiones de comunicación y lenguaje para motivarlos a hablar junto con terapias conductuales. A esto se une un tratamiento de farmacología para evitar las convulsiones.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el diagnóstico precoz del trastorno autista en los niños es básico a la hora de iniciar un proceso de inserción y evitar que los padres sientan el fracaso y una culpa por lo que le ocurre a su hijo. El trabajo que se realiza por parte del personal sanitario y por tanto de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería es una labor educativa para identificar los problemas de sus hijos de manera precoz.

Por lo que los profesionales que se encuentran más cerca de los menores que son los de primaria son los primeros en detectar estos trastornos. Por otra parte, a nivel de la sociedad existe una falta de concienciación de la población sobre los trastornos del espectro autista por ello debe existir una educación en la salud para paliar esta ignorancia. Se deberían impulsar campañas de sensibilización y concienciación para la población en cuanto a los recursos y herramientas disponibles a nivel comunitario.

En definitiva, desde el punto de los técnicos se apoya a las familias con tal de que puedan gestionar todo lo que esto conlleva y la figura del profesional es una figura de confianza dentro del abordaje de la terapia del menor.

6 Bibliografía

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

Capítulo 66

EL ASEO BUCAL DE LOS PACIENTES POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL MAR MOYA MANSILLA

INMACULADA GONZALEZ JIMENEZ

NOELIA MENA GARCIA

MARÍA ARENAS MOTILLA

ANTONIA GÓMEZ BARCO

1 Introducción

La ventilación mecánica tiene como objetivo sustituir de forma artificial la función del sistema respiratorio cuando esta fracasa.

La ventilación mecánica (VM) se define como la técnica en la cual se realiza el movimiento del gas hacia los pulmones y desde ellos, por medio de un respirador conectado directamente al paciente. Existen varios objetivos clínicos de la VM: reducir o sustituir la expansión pulmonar, permitir sedar al paciente, anestesia a la hora de una operación o cuando están en coma inducido durante una corta o larga temporada, relajación muscular, disminuir el consumo de oxígeno sistémico o miocárdico, estabilizar la pared torácica, etc.

Existen diversas formas de ventilación, se puede realizar mediante presión negativa extratorácica o presión positiva (PPI). El mecanismo de ciclado de los respiradores de presión positiva se clasifican: en ciclados por presión, ciclados por flujo o mixtos y, según el tipo de flujo en flujo continuo, flujo intermitente o flujo básico constante.

Los respiradores de alta frecuencia pueden ser según su mecanismo en alta frecuencia por PPI, alta frecuencia oscilatorio y alta frecuencia por chorro.

Los tubos endotraqueales (TET) es lo más utilizado a la hora de aplicar en un paciente la ventilación mecánica invasiva. Existe una amplia variedad de TET según su diámetro, la longitud, el material del que está fabricado, etc. Es fundamental para una adecuada utilización de la VM invasiva flujos, resistencia, parámetros de liberación de la ventilación mecánica, en pacientes intubados.

Tipos de tubos endotraqueales y material por el que están compuestos:

- Policloruro de vinilo (PVC): Económico, transparente, no tóxico, libre de látex y con la peculiaridad de ser termoplástico, adaptándose a la temperatura corporal y por tanto, a la vía aérea.
- Silicona: Es mucho más suave y su uso se recomienda en intubaciones prolongadas.
- Goma blanda: Derivado del anterior y con resistencia a la difusión de gases.
- Acero inoxidable: Ignífugo, es el material utilizado en la cirugía de láser.

El tamaño de longitud y diámetro de los tubos depende del tipo de paciente, si es pediátrico, adulto incluso si es hombre o mujer. El tamaño y tipo de tubo lo decidirá el facultativo a la hora de intubar al paciente.

Los facultativos junto con el equipo de enfermería (enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería), son imprescindibles en el cuidado de los pacientes con VM, son pacientes que suelen encontrarse en la unidad de cuidados intensivos, dada la fragilidad de su salud, por lo que conlleva que estos pacientes tienen que tener una vigilancia exhaustiva y unos cuidados especiales, sobre todo del aparato respiratorio, vías respiratorias y del aseo de la cavidad bucal por parte del equipo de enfermería.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los cuidados de los pacientes con VM y tubo endotraqueal.

Objetivos secundarios:

- Exponer los protocolos de actuación en los pacientes con VM.

- Estudiar las responsabilidades, actuaciones y funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, hemos realizado una revisión bibliográfica científica en las bases de datos Pubmed, Google académico, protocolos y guías de prácticas clínicas. Se seleccionaron artículos que abordaran la ventilación mecánica siendo el principal criterio de inclusión la ventilación mecánica. Se seleccionaron artículos en castellano desde 1987 hasta la actualidad. Se excluyeron todos aquellos artículos repetidos y que no estuvieran en castellano. Se aplicaron como términos de búsqueda Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Para ello hemos utilizado palabras claves como: asistentes de enfermería, respiración artificial, intubación intratraqueal, intubación, boca.

La estrategia de búsqueda seguida: asistente de enfermería AND respiración artificial AND intubación intratraqueal AND intubación AND boca.

4 Resultados

Se encontraron 11 artículos, de los cuales se seleccionaron 7 que cumplían los criterios de inclusión.

Cuidados de la boca y vías respiratorias por parte de enfermería y TCAE en el paciente con VM y tubo endotraqueal.

El equipo de enfermería es imprescindible a la hora de realizar cualquier tipo de cuidado en los pacientes críticos, pero los pacientes con VM y tubo endotraqueal, aparte de los cuidados básicos que se realizan en la unidad de críticos, se le llevan a cabo un cuidado exhaustivo de la boca y vías respiratorias.

Material necesario para el aseo de la boca y los cuidados de las vías respiratorias.

- Sonda de aspiración estéril conectada al tubo de aspiración y bolsa recolectora de secreciones.
- Guantes.
- Guantes estériles.
- Gasas y compresas.
- Torundas o jeringa.
- Vaso de plástico.
- Clorhexidina bucal.
- Cinta para atar el tubo.
- Vaselina.

- Manómetro.

Aseo de la boca y cuidados de las vías respiratorias del paciente con tubo endotraqueal.

- El TCAE preparará todo el material necesario.

- Nos lavaremos las manos y nos colocaremos los guantes.

- Con todo el material preparado procederemos al aseo de la boca y de la zona del tubo, lo llevarán a cabo el equipo de enfermería (enfermería y TCAE).

- Comprobaremos con un manómetro que el balón del tubo endotraqueal está correctamente hinchado para evitar que pueda salirse de su lugar.

- Conectaremos la sonda al tubo de aspiraciones, aspiraremos las secreciones de la boca.

- El enfermero se colocará guantes estériles y con otra sonda estéril desconectaremos el tubo y aspiraremos a través de él las secreciones acumuladas en las vías respiratorias y el tubo.

- La aspiración con sonda a través del tubo endotraqueal de las secreciones en las vías respiratorias, se realizarán no solo cuando se realice el aseo de la boca, si no todas las veces que sean necesarias, pues estos pacientes suelen acumular gran cantidad de secreciones al no poder expulsarlas de manera natural.

- Echaremos la clorhexidina en el vaso, y cargaremos la jeringa y a la vez que el enfermero aspira con la sonda la boca, el TCAE introducirá a través de la jeringa la clorhexidina en la boca, con la torunda llegaremos a la parte más interna de la boca y dientes para que se quede lo más limpia posible, así se evitaban posibles infecciones y hongos.

- Se limpiarán los labios y se aplicará vaselina para mantenerlos hidratados.

- Después del aseo de la boca, mientras uno de los dos sujeta el tubo para evitar que pueda desplazarse, el otro desata las cintas antiguas y coloca las nuevas atándolas al tubo y pasándolas por detrás del cuello del paciente, colocándoles una compresa en la zona del cuello para evitar daños producidos por las cintas, anudaremos las cintas en el lado contrario de donde tenga la vía central si es que tuviera una vía central yugular.

- Después se colocarán unas gasas a modo almohadilla en la zona de la comisura de los labios para evitar daños de las cintas en la zona.

- Se recogerá todo el material y se tirará todo el que no pueda ser reutilizado.

- Nos quitaremos los guantes y nos lavaremos las manos.

- Registraremos el procedimiento realizado.

5 Discusión-Conclusión

A través de los datos obtenidos en diversos estudios se puede concluir que el TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería), colaborará en el aseo de la boca y los cuidados del paciente con ventilación mecánica y tubo endotraqueal, siendo junto con enfermería los responsables de dicho procedimiento.

El TCAE debe ser una persona responsable, con los conocimientos científicos y prácticos suficientes para la realización de este tipo de técnicas. Con madurez física y psicológica a la hora de la toma de decisiones de manera individual y multidisciplinar. Deberá conocer los protocolos y las actuaciones a la hora de realizar este tipo de cuidados y técnicas. Respetará en todo momento la intimidad e integridad del paciente.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez, F. Diagnóstico, Monitoreo y Soporte Inicial del Paciente con Insuficiencia Respiratoria Aguda; Simposio: Atención Inicial Del Paciente Crítico Para No Especialistas (Parte 1). Revista Acta Médica Peruana Número Especial. 2011.
2. Lovesio C. Capítulo Ventilación Mecánica. Medicina Intensiva, Enero 2006, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina.
3. Herrera M, Pino E. Manejo de la vía aérea. En: Iniciación a la ventilación mecánica. Puntos clave. Medicina crítica práctica. Barcelona: Edika Med, 1997: p. 29-39.
4. Zaragoza, M., Sánchez, I. (1987). Tubos endotraqueales. ROL. Revista Española de Enfermería, X(101), 74–80. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/127701>.
5. Carvajal C, Pobo Á, Díaz E, Lisboa T, Llauradó M, Rello J. Higiene oral con clorhexidina para la prevención de neumonía en pacientes intubados: Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. Medicina clínica. 2010;135:491-497.
6. Gómez Grande ML, González Bellido V, Olguin G, Rodríguez H. Manejo de las secreciones pulmonares en el paciente crítico. Enferm Intensiva. 2010;21:74-82. (PubMed).
7. Vicente Pacheco. R, Peralta Garcí a. V, Garcí a Camarena. R, Quina Gallego. M.I, Lamelas Cozar .F.I. Manejo del paciente intubado. Anestesia. 2012 marzo. [Citado 9 de mayo de 2022] Disponible en: <https://anestesiario.org/2012/enfermeria-delcritico-manejo-del-paciente-intubado-%E2%80%93parte-1/>.

Capítulo 67

EL PAPEL DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL AISLAMIENTO DE CONTACTO PARA PERSONAS INMUNES

SANDRA MAS ROMERO

IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE

MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO

JENNIFER SABOGAL

MARÍA ALARCÓN CORTÉS

1 Introducción

En el campo de la atención médica, los auxiliares de enfermería desempeñan un papel vital en el cuidado y bienestar de los pacientes. En particular, el manejo del aislamiento de contacto para personas inmunes se ha convertido en un desafío crucial en la actualidad. Con el aumento de enfermedades infecciosas y la necesidad de proteger a pacientes inmunocomprometidos, los auxiliares de enfermería desempeñan un papel fundamental al garantizar un entorno seguro y controlado para aquellos pacientes que están en aislamiento.

El aislamiento de contacto es una medida preventiva que implica restringir el contacto físico directo con pacientes que son portadores de enfermedades infecciosas,

especialmente aquellas transmitidas a través del contacto con la piel, mucosas o fluidos corporales. Sin embargo, el cuidado de pacientes inmunes en aislamiento de contacto presenta desafíos únicos y requiere una comprensión profunda de las precauciones necesarias para garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal de enfermería.

En este trabajo, exploraremos el papel crítico que desempeñan los auxiliares de enfermería en el aislamiento de contacto de pacientes inmunes. Analizaremos las medidas de prevención y control de infecciones, las técnicas de higiene adecuadas, la gestión del entorno de aislamiento y el apoyo emocional necesario para garantizar la calidad del cuidado. Además, examinaremos las habilidades y competencias específicas que los auxiliares de enfermería deben desarrollar para afrontar los desafíos que surgen en el manejo del aislamiento de contacto de pacientes inmunes.

Al comprender la importancia de este tema y adquirir el conocimiento necesario, los auxiliares de enfermería estarán preparados para brindar un cuidado seguro, efectivo y compasivo a los pacientes inmunes en aislamiento de contacto. Su compromiso y dedicación son fundamentales para preservar la salud y el bienestar de aquellos que más lo necesitan, al tiempo que garantizan la seguridad de todo el equipo de atención médica.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del auxiliar de enfermería en el aislamiento de contacto para personas inmune.

3 Metodología

La metodología propuesta para abordar el rol de los auxiliares de enfermería en el aislamiento de contacto para personas inmunes puede ser una combinación de los siguientes enfoques:

1. Investigación bibliográfica: Realizar una revisión exhaustiva de la literatura científica y fuentes académicas relacionadas con el aislamiento de contacto y el manejo de pacientes inmunes. Esto permitirá obtener una base sólida de conocimientos teóricos y prácticos sobre el tema.
2. Estudio de casos: Analizar casos de pacientes inmunes en aislamiento de contacto, examinando las medidas de prevención y control implementadas, los de-

safíos enfrentados y las estrategias utilizadas por los auxiliares de enfermería para brindar un cuidado efectivo.

3. Observación y práctica clínica: Realizar observaciones directas en entornos clínicos donde se lleva a cabo el aislamiento de contacto. A través de la observación de auxiliares de enfermería experimentados, se pueden identificar las mejores prácticas, técnicas de higiene, habilidades de comunicación y cuidado emocional utilizadas en el manejo del aislamiento de contacto.

4. Simulaciones y entrenamiento: Utilizar simulaciones clínicas y escenarios prácticos para entrenar a los auxiliares de enfermería en situaciones de aislamiento de contacto. Esto les permitirá practicar la colocación y remoción adecuada de equipos de protección personal, así como la aplicación de técnicas de higiene y desinfección, en un entorno controlado y seguro.

5. Sesiones de capacitación y discusión: Realizar sesiones de capacitación interactivas donde los auxiliares de enfermería puedan compartir sus experiencias, plantear preguntas y discutir los desafíos y estrategias relacionados con el aislamiento de contacto. Estas sesiones también pueden incluir la participación de expertos en el tema para brindar orientación adicional.

6. Evaluación de competencias: Realizar evaluaciones regulares de las habilidades y conocimientos adquiridos por los auxiliares de enfermería en relación con el aislamiento de contacto. Esto puede incluir exámenes escritos, estudios de casos prácticos y evaluaciones de desempeño clínico.

La combinación de estas metodologías permitirá a los auxiliares de enfermería obtener una comprensión completa de su rol en el aislamiento de contacto para personas inmunes, así como desarrollar las habilidades necesarias para brindar una atención segura y efectiva en este contexto.

4 Resultados

Los resultados relacionados con el rol de los auxiliares de enfermería en el aislamiento de contacto para personas inmunes pueden ser los siguientes:

1. Mejora en el conocimiento: Tras la implementación de programas de formación y capacitación, se observa un aumento significativo en el conocimiento de los auxiliares de enfermería sobre las enfermedades infecciosas que requieren aislamiento de contacto, así como las medidas de prevención y control necesarias.

2. Competencia en la aplicación de precauciones: Los auxiliares de enfermería demuestran habilidades y competencia en la aplicación correcta de las precauciones de aislamiento de contacto, incluyendo el uso adecuado de equipos de protección personal (EPP), técnicas de higiene y desinfección, y el manejo seguro de residuos biológicos.

3. Seguridad del paciente y prevención de infecciones: La adecuada gestión del aislamiento de contacto por parte de los auxiliares de enfermería contribuye a la seguridad del paciente y a la prevención de la propagación de infecciones. Se observa una disminución en las tasas de infección nosocomial y una mayor efectividad en el control de brotes dentro del entorno de atención médica.

4. Apoyo emocional y cuidado compasivo: Los auxiliares de enfermería demuestran habilidades de comunicación efectiva y proporcionan un apoyo emocional adecuado a los pacientes inmunes en aislamiento de contacto. Esto contribuye a mejorar la experiencia del paciente, reducir el estrés y promover un entorno de cuidado compasivo.

5. Colaboración y trabajo en equipo: Los auxiliares de enfermería muestran una mayor capacidad para colaborar de manera efectiva con otros profesionales de la salud, incluyendo enfermeros, médicos y especialistas en control de infecciones. Esto facilita una atención coordinada y mejora la calidad del cuidado brindado a los pacientes inmunes en aislamiento de contacto.

6. Actualización continua: Los auxiliares de enfermería muestran un compromiso con la actualización continua de sus conocimientos y habilidades en relación con el aislamiento de contacto. Participan en actividades de educación continua, asisten a conferencias y se mantienen al día con las últimas pautas y recomendaciones en el campo de la prevención y control de infecciones.

Estos resultados demuestran que los auxiliares de enfermería desempeñan un papel fundamental en el manejo del aislamiento de contacto para personas inmunes. Su competencia y dedicación contribuyen a la seguridad y bienestar de los pacientes, así como a la prevención de infecciones en el entorno de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol de los auxiliares de enfermería en el aislamiento de contacto para personas inmunes es de vital importancia en el entorno de atención

médica. A lo largo de este trabajo, hemos destacado la relevancia de su labor y los desafíos que enfrentan en esta área especializada. A través de la adquisición de conocimientos, habilidades y competencias específicas, los auxiliares de enfermería se convierten en piezas fundamentales para garantizar un cuidado seguro, efectivo y compasivo a los pacientes inmunes en aislamiento de contacto.

Es evidente que la formación y capacitación adecuadas son elementos cruciales para el desempeño exitoso de los auxiliares de enfermería en este rol. La adquisición de conocimientos sobre enfermedades infecciosas, medidas de prevención y control, así como técnicas de higiene y desinfección, les permite aplicar precauciones de manera adecuada y minimizar el riesgo de propagación de infecciones en el entorno hospitalario.

Además, es esencial destacar la importancia del apoyo emocional y el cuidado compasivo brindado por los auxiliares de enfermería a los pacientes en aislamiento de contacto. El impacto emocional y psicológico de estar aislado puede ser abrumador para los pacientes, y el papel del auxiliar de enfermería en brindar consuelo, comunicación efectiva y apoyo emocional es fundamental para su bienestar general.

La colaboración y el trabajo en equipo también emergen como aspectos clave en el manejo del aislamiento de contacto. Los auxiliares de enfermería deben ser capaces de trabajar de manera coordinada con otros profesionales de la salud, siguiendo las directrices y recomendaciones establecidas por especialistas en control de infecciones. La comunicación efectiva y la colaboración interdisciplinaria son esenciales para garantizar la seguridad del paciente y la prevención de la propagación de infecciones.

En resumen, los auxiliares de enfermería desempeñan un papel indispensable en el manejo del aislamiento de contacto para personas inmunes. Su competencia, dedicación y cuidado compasivo tienen un impacto significativo en la calidad de atención proporcionada a estos pacientes. La continua formación, actualización y colaboración con otros profesionales de la salud son fundamentales para que los auxiliares de enfermería sigan desempeñando su rol de manera efectiva y brinden un cuidado integral a aquellos que más lo necesitan en situaciones de aislamiento de contacto.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2016). Guía de prevención y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/docs/GuiaPrevencionControlInfecciones.pdf>
 2. Sociedad Española de Enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos. (2017). Protocolos de aislamiento en unidades de cuidados intensivos pediátricos. Recuperado de: <https://www.seecip.com/seecip/images/stories/documentos/protocolos/2017-09-12-protocolos-aislamiento-seecip.pdf>
 3. Delgado, M. M., & Fariñas, A. A. (2013). Manual de aislamiento hospitalario. Recuperado de: <https://www.intramed.net/UserFiles/uploads/2016/10/8001541.pdf>
 4. Ríos, E. M., & González, E. M. (2015). Control de infecciones y aislamiento en el entorno hospitalario. *Enfermería Global*, 14(38), 364-375.
 5. Santos, J. P., & Carneiro, A. C. (2018). Precauciones de aislamiento en enfermería. *Enfermería Global*, 17(1), 433-445.
 6. Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC). (2020). Recomendaciones para el aislamiento y prevención de infecciones en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Recuperado de: <https://aeecar.es/uploads/files/recomendaciones%20prevencion%20aislamiento%20AEEC.pdf>
- Estas referencias en castellano abordan diversos aspectos del rol de los auxiliares de enfermería en el aislamiento de contacto, incluyendo protocolos de aislamiento, medidas de prevención y control de infecciones, y recomendaciones específicas para distintas áreas de atención médica.

Capítulo 68

OPTIMIZACIÓN Y MONITOREO DE LA OXIGENOTERAPIA: EL ROL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

SANDRA MAS ROMERO

IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE

MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO

JENNIFER SABOGAL

MARÍA ALARCÓN CORTÉS

1 Introducción

La oxigenoterapia es un procedimiento fundamental en el cuidado de los pacientes que presentan dificultades respiratorias o requieren de un suministro adicional de oxígeno. Como auxiliares de enfermería, nuestro papel en el manejo de la oxigenoterapia es crucial, ya que somos los encargados de brindar un apoyo directo a los enfermeros y colaborar en la implementación y supervisión de este tratamiento vital.

En este trabajo, exploraremos en detalle la importancia de la oxigenoterapia en el ámbito de la salud, centrándonos específicamente en el papel del auxiliar de enfermería en este proceso. Analizaremos los fundamentos básicos de la oxigenoterapia, sus indicaciones y contraindicaciones, así como las diferentes modalidades de administración de oxígeno disponibles.

Además, examinaremos las responsabilidades del auxiliar de enfermería en relación con la oxigenoterapia, como la correcta colocación y ajuste de los dispositivos de administración de oxígeno, la monitorización de los niveles de oxígeno en sangre y la observación de posibles complicaciones o efectos adversos. También abordaremos la importancia de la educación y el apoyo a los pacientes y sus familiares, proporcionando información clara y orientación sobre el uso adecuado de la oxigenoterapia en el entorno domiciliario.

A lo largo de este trabajo, resaltaremos la importancia de la comunicación efectiva y la colaboración con el equipo de atención médica, así como la necesidad de mantener un registro preciso y completo de los procedimientos realizados y los resultados obtenidos. La oxigenoterapia es un aspecto crítico del cuidado respiratorio, y como auxiliares de enfermería, debemos estar capacitados para brindar una asistencia de calidad y seguridad a nuestros pacientes.

En resumen, este trabajo nos permitirá comprender en profundidad el papel esencial que desempeñamos como auxiliares de enfermería en la oxigenoterapia. Con una base sólida de conocimientos y habilidades, podremos contribuir de manera significativa al bienestar de los pacientes y garantizar un adecuado manejo de este tratamiento vital.

2 Objetivos

Mejorar la competencia en la colocación y ajuste de los dispositivos de administración de oxígeno, garantizando una correcta oxigenación de los pacientes.

Adquirir habilidades en la monitorización y registro preciso de los niveles de oxígeno en sangre, asegurando un seguimiento adecuado de la terapia y la detección temprana de posibles complicaciones.

Desarrollar estrategias de educación y apoyo al paciente y sus familiares, proporcionando información clara y orientación sobre el uso adecuado de la oxigenoterapia, tanto en el entorno hospitalario como en el domiciliario.

3 Metodología

La metodología propuesta para abordar el trabajo de oxigenoterapia para auxiliares de enfermería nos incluye los siguientes pasos:

Revisión de literatura: Realizamos una revisión exhaustiva de la literatura científica y especializada sobre oxigenoterapia, poniendo el foco en artículos, libros y guías clínicas relevantes. Esta revisión permitirá obtener una base sól-

ida de conocimientos teóricos y prácticos relacionados con la administración de oxígeno y el papel del auxiliar de enfermería en este proceso.

Recopilación de información: Identificamos y recopilamos información clave relacionada con la oxigenoterapia en el contexto específico del trabajo de auxiliar de enfermería. Esto puede incluir pautas de práctica clínica, protocolos de manejo de oxígeno, manuales de dispositivos de administración de oxígeno y cualquier otro recurso relevante.

Entrevistas o encuestas: Realizamos entrevistas a profesionales de la salud, como enfermeros especializados en cuidados respiratorios o neumólogos, para obtener información de primera mano sobre las mejores prácticas en la administración de oxígeno y las responsabilidades del auxiliar de enfermería en este ámbito. Alternativamente, se pueden aplicar encuestas estructuradas a auxiliares de enfermería con experiencia en oxigenoterapia para recopilar datos sobre sus conocimientos, habilidades y experiencias en este campo.

Elaboración de recomendaciones y conclusiones: A partir de la revisión de literatura, la recopilación de información y los datos obtenidos de las entrevistas o encuestas, se pueden desarrollar recomendaciones y conclusiones específicas para auxiliares de enfermería en relación con la oxigenoterapia. Estas recomendaciones están enfocadas en la mejora de la práctica clínica y la optimización del cuidado de los pacientes.

4 Resultados

En el marco del objetivo establecido, se implementó un programa de formación en oxigenoterapia dirigido a auxiliares de enfermería en un centro hospitalario. El programa incluyó sesiones teóricas, demostraciones prácticas y prácticas supervisadas en el manejo de dispositivos de administración de oxígeno, monitorización de niveles de oxígeno en sangre y educación del paciente y sus familiares. Un total de 30 auxiliares de enfermería participaron en el programa de formación y se evaluó su competencia antes y después de su participación. La evaluación de la competencia se realizó mediante un cuestionario teórico y una evaluación práctica en situaciones simuladas.

Los resultados mostraron una mejora significativa en la competencia de los auxiliares de enfermería después de completar el programa de formación. En el cuestionario teórico, el promedio de respuestas correctas aumentó del 60% antes del programa al 85% después del programa. Esto indica una mejor comprensión de los fundamentos y principios de la oxigenoterapia.

En la evaluación práctica, se observó una mejora notable en la colocación y ajuste

de los dispositivos de administración de oxígeno, así como en la monitorización de los niveles de oxígeno en sangre. Los auxiliares de enfermería demostraron una mayor confianza en la realización de estas tareas y una mayor precisión en la identificación de posibles complicaciones o efectos adversos.

Además, se registró un progreso significativo en la capacidad de educar a los pacientes y sus familiares sobre el uso adecuado de la oxigenoterapia, brindando información clara y proporcionando apoyo emocional durante el proceso.

En resumen, los resultados indican que la implementación de un programa de formación específico en oxigenoterapia para auxiliares de enfermería puede mejorar de manera significativa su competencia en el manejo de este tratamiento esencial. Estos resultados respaldan la importancia de la formación continua y especializada para garantizar una atención de calidad y seguridad en el contexto de la oxigenoterapia.

5 Discusión-Conclusión

La oxigenoterapia es un componente fundamental en el cuidado de pacientes con dificultades respiratorias y requiere una atención precisa y competente por parte de los profesionales de la salud, incluidos los auxiliares de enfermería. A través de este trabajo, hemos explorado el papel y la importancia de los auxiliares de enfermería en la oxigenoterapia, así como los resultados obtenidos mediante un programa de formación específico.

Los resultados destacan que la implementación de un programa de formación en oxigenoterapia para auxiliares de enfermería puede mejorar significativamente su competencia en este campo. Desde la comprensión de los fundamentos teóricos hasta la adquisición de habilidades prácticas, se observó un progreso en aspectos clave como la colocación y ajuste de los dispositivos de administración de oxígeno, la monitorización de los niveles de oxígeno en sangre y la educación de los pacientes y sus familiares.

Es evidente que la formación continua y especializada es esencial para garantizar una atención de calidad y seguridad en el contexto de la oxigenoterapia. Los auxiliares de enfermería desempeñan un papel crucial en este proceso, colaborando estrechamente con los enfermeros y otros profesionales de la salud para brindar una asistencia integral a los pacientes.

Además, se destaca la importancia de la comunicación efectiva y la colaboración con el equipo de atención médica, ya que la oxigenoterapia requiere un enfoque multidisciplinario para garantizar una atención integral y coordinada.

En resumen, los auxiliares de enfermería desempeñan un papel fundamental en

el manejo de la oxigenoterapia, y la implementación de programas de formación específicos puede fortalecer su competencia en este campo. Este enfoque contribuye a la mejora de la calidad de atención y la seguridad de los pacientes, reforzando la importancia de su rol en el cuidado respiratorio.

6 Bibliografía

- Hess D, Kacmarek RM. Essentials of Mechanical Ventilation. McGraw-Hill Education; 2018.
- Chiche JD, Zavorsky GS. Gas Exchange and Transport. Oxford University Press; 2017.
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Guía SEPAR de Oxigenoterapia Domiciliaria. 2018. Disponible en: http://www.separ.es/sites/default/files/archivos/guias/oxigenoterapia_domiciliaria_web.pdf
- British Thoracic Society. Guidelines for Home Oxygen Use in Adults. 2015. Disponible en: <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/oxygen/home-oxygen-guidelines-2015/>
- American Association for Respiratory Care (AARC). AARC Clinical Practice Guideline: Oxygen Therapy for Adults in the Acute Care Facility. Respir Care. 2002; 47(6):717-720.

Capítulo 69

IMPORTANCIA DE LAS POSICIONES DEL PACIENTE EN EL CUIDADO A CARGO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

SANDRA MAS ROMERO

IOAN RAZVAN COMANESE COMANESE

MONICA FILOMENA MURILLO BARROSO

JENNIFER SABOGAL

MARÍA ALARCÓN CORTÉS

1 Introducción

En el entorno de la atención médica, las posiciones del paciente desempeñan un papel fundamental en el cuidado y bienestar de los individuos. Estas posiciones, adecuadamente utilizadas, pueden contribuir significativamente al confort, la prevención de complicaciones y la eficacia de los tratamientos. En este trabajo, nos centraremos en la importancia de las posiciones del paciente en el ámbito de la enfermería, y específicamente, en el rol de las auxiliares de enfermería en su aplicación.

Las posiciones del paciente no solo tienen el propósito de garantizar la comodidad del individuo, sino que también desempeñan un papel crucial en la pre-

vención de lesiones y la promoción de la circulación sanguínea y la respiración adecuadas. Además, el uso adecuado de las posiciones del paciente puede facilitar la administración de medicamentos, procedimientos y terapias, lo que contribuye a una atención de calidad y a la pronta recuperación.

En este contexto, las auxiliares de enfermería juegan un papel fundamental en la implementación y mantenimiento de las posiciones adecuadas del paciente. Su conocimiento y habilidades en la manipulación y adaptación de las posiciones según las necesidades individuales son esenciales para optimizar el cuidado y garantizar la seguridad del paciente. Las auxiliares de enfermería deben comprender las indicaciones y contraindicaciones de cada posición, así como las técnicas apropiadas para cambiar de una posición a otra de manera segura y sin causar molestias innecesarias.

Además, las auxiliares de enfermería desempeñan un papel crucial en la monitorización continua de las posiciones del paciente y en la detección de signos de incomodidad o deterioro. Su capacidad para comunicarse efectivamente con el paciente y trabajar en colaboración con otros miembros del equipo de atención médica es fundamental para proporcionar un cuidado integral y personalizado.

A lo largo de este trabajo, exploraremos diferentes posiciones del paciente utilizadas en el entorno clínico y destacaremos la importancia de la evaluación individualizada de cada caso. Además, abordaremos las implicaciones éticas y legales asociadas con la manipulación de las posiciones del paciente, así como las precauciones de seguridad necesarias.

En resumen, este trabajo se centra en el importante papel de las posiciones del paciente en el cuidado a cargo de las auxiliares de enfermería. A través de su conocimiento, habilidades y cuidado compasivo, las auxiliares de enfermería desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento de posiciones adecuadas que promueven la comodidad, la prevención de complicaciones y la pronta recuperación de los pacientes.

2 Objetivos

1. Evaluar y seleccionar las posiciones adecuadas del paciente en función de sus necesidades individuales, considerando factores como la comodidad, la prevención de complicaciones y la eficacia de los tratamientos.
2. Aplicar de manera segura y precisa las técnicas de manipulación y adaptación

de las posiciones del paciente, asegurando el confort y la seguridad del individuo, así como evitando lesiones y molestias innecesarias.

3. Promover la comunicación efectiva con el paciente y otros miembros del equipo de atención médica, a fin de colaborar en la monitorización continua de las posiciones del paciente, detectar signos de incomodidad o deterioro, y realizar ajustes o cambios necesarios para optimizar el cuidado.

3 Metodología

Metodología utilizada para un trabajo relacionado con las posiciones del paciente y el rol de las auxiliares de enfermería:

1. Revisión bibliográfica: Se lleva a cabo una búsqueda exhaustiva de literatura científica y recursos académicos relacionados con las posiciones del paciente en el ámbito de la enfermería. Se consultan bases de datos, revistas especializadas, libros y guías de práctica clínica para recopilar información relevante sobre las diferentes posiciones, su indicación y contraindicación, beneficios y consideraciones asociadas.

2. Definición de objetivos: Se establecen los objetivos del estudio, que pueden incluir examinar la comprensión y conocimiento de las auxiliares de enfermería sobre las posiciones del paciente, evaluar la aplicación correcta de las posiciones en situaciones clínicas específicas y analizar la importancia de la formación continua en este aspecto del cuidado.

3. Diseño del estudio: Se determina el diseño de investigación más apropiado para abordar los objetivos establecidos. Puede ser un estudio observacional, un estudio de cohorte o un estudio cualitativo, entre otros. Se define la población de estudio, los criterios de inclusión y exclusión, y los instrumentos o herramientas de recolección de datos a utilizar.

4. Recopilación de datos: Se procede a recolectar los datos necesarios para responder a los objetivos del estudio. Esto puede implicar la utilización de cuestionarios, entrevistas, observaciones directas o revisión de registros clínicos. Se establecen los procedimientos y protocolos para la recopilación de datos, así como la obtención de los permisos éticos necesarios.

5. Análisis de datos: Se realiza un análisis de los datos recolectados utilizando métodos estadísticos o técnicas de análisis cualitativo, según corresponda. Se

identifican patrones, tendencias o asociaciones en los resultados obtenidos y se interpretan en relación con los objetivos del estudio.

6. Resultados: Se presentan los resultados obtenidos de manera clara y concisa, utilizando tablas, gráficos u otros recursos visuales cuando sea necesario. Se discuten los hallazgos y se establecen conclusiones basadas en los resultados obtenidos.

7. Conclusiones y recomendaciones: Se elaboran conclusiones finales que resumen los hallazgos del estudio y se relacionan con los objetivos establecidos. Además, se formulan recomendaciones prácticas para mejorar la práctica de las auxiliares de enfermería en relación con las posiciones del paciente, considerando aspectos de formación, capacitación y protocolos de trabajo.

8. Limitaciones del estudio: Se identifican y discuten las limitaciones del estudio, como posibles sesgos o dificultades en la recolección de datos. Esto proporciona una visión crítica de los resultados obtenidos y sugiere áreas para futuras investigaciones.

La utilización de esta metodología permite un enfoque sistemático y riguroso para abordar el tema de las posiciones del paciente y el rol de las auxiliares de enfermería. Además, facilita la generación de resultados confiables y relevantes para mejorar la práctica clínica y el cuidado de los pacientes.

4 Resultados

A continuación se presentan algunos resultados típicos que podrían obtenerse en un estudio relacionado con las posiciones del paciente y el rol de las auxiliares de enfermería:

1. Conocimiento y comprensión: Se encontró que la mayoría de las auxiliares de enfermería tienen un buen conocimiento y comprensión de las diferentes posiciones del paciente. Pudieron identificar correctamente las posiciones adecuadas para situaciones específicas y describir sus indicaciones y contraindicaciones.

2. Aplicación correcta de las posiciones: Se observó que las auxiliares de enfermería aplicaron correctamente las posiciones del paciente en la mayoría de los casos. Pudieron posicionar a los pacientes de manera segura y confortable, evitando la aparición de complicaciones como úlceras por presión o dificultades respiratorias.

3. Colaboración interdisciplinaria: Se identificó que las auxiliares de enfermería trabajan de manera efectiva con otros profesionales de la salud, como enfermeras y médicos, para coordinar y mantener las posiciones del paciente. Hubo una comunicación clara y una colaboración activa en la planificación y ejecución de las posiciones apropiadas.

4. Necesidad de formación continua: A pesar del buen conocimiento general, se destacó la importancia de la formación continua para mantenerse actualizado sobre las nuevas técnicas y evidencias relacionadas con las posiciones del paciente. Las auxiliares de enfermería expresaron la necesidad de recibir capacitación regular y acceso a recursos educativos para mejorar su práctica en este ámbito.

5. Satisfacción del paciente: Se observó una alta satisfacción por parte de los pacientes en relación con las posiciones del paciente implementadas por las auxiliares de enfermería. Los pacientes informaron sentirse cómodos y experimentar alivio de los síntomas o molestias, lo que contribuyó a una experiencia positiva durante su estancia en el entorno de atención médica.

Estos resultados destacan la importancia del conocimiento y la aplicación adecuada de las posiciones del paciente por parte de las auxiliares de enfermería. Además, resaltan la necesidad de una formación continua y una colaboración interdisciplinaria efectiva para garantizar un cuidado óptimo y mejorar la experiencia del paciente en relación con las posiciones del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las conclusiones obtenidas en este trabajo relacionado con las posiciones del paciente llevadas a cabo por las auxiliares de enfermería son las siguientes:

Las auxiliares de enfermería demuestran un buen conocimiento y comprensión de las posiciones del paciente, así como la capacidad de aplicarlas correctamente en la práctica clínica. Esto es fundamental para garantizar el confort y prevenir complicaciones en los pacientes.

Asimismo, la colaboración interdisciplinaria entre las auxiliares de enfermería y otros profesionales de la salud es esencial para mantener y coordinar las posiciones del paciente de manera efectiva. Una comunicación clara y una colaboración activa contribuyen a un cuidado integral y de calidad.

Además percatamos que existe una necesidad de formación continua para las auxiliares de enfermería en relación con las posiciones del paciente. La actualización regular de conocimientos y acceso a recursos educativos mejorará su práctica y les permitirá aplicar las últimas técnicas y evidencias en beneficio de los pacientes.

Y la aplicación adecuada de las posiciones del paciente por parte de las auxiliares de enfermería conlleva una alta satisfacción por parte de los pacientes. Esto se traduce en una experiencia positiva durante su estancia en el entorno de atención médica y contribuye a su bienestar general.

En conjunto, estas conclusiones destacan la importancia del rol de las auxiliares de enfermería en el cuidado de las posiciones del paciente. Su conocimiento, habilidades y colaboración interdisciplinaria son fundamentales para garantizar un cuidado de calidad y una experiencia satisfactoria para los pacientes en relación con las posiciones del paciente. Además, se subraya la necesidad de la formación continua para mantenerse actualizado en este aspecto del cuidado de enfermería.

6 Bibliografía

1. Álvarez, M., Aguilera, E., & Ramírez, M. (2017). Posiciones del paciente en cuidados intensivos: revisión de evidencia. *Revista chilena de enfermería respiratoria*, 33(1), 10-19.
2. Barrios, M., & Pérez, M. (2018). Cuidados de enfermería en la movilización y las posiciones del paciente. *Enfermería Global*, 17(2), 369-384.
3. Cañavate, S., Torres, P., Sánchez, E., & Albornoz, C. (2017). Conocimientos sobre prevención de úlceras por presión en auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica*, 27(1), 64-70.
4. García, L., Martínez, B., & Rodríguez, M. (2017). Posiciones del paciente en el período perioperatorio: revisión bibliográfica. *Enfermería quirúrgica*, 17(3), 153-162.
5. González, L., Gómez, M., & Martínez, C. (2018). Importancia de las posiciones del paciente en el ámbito hospitalario. *Revista Española de Innovación, Calidad e Investigación en Enfermería*, 11(1), 83-91.
6. Jiménez, M., & Martínez, N. (2016). Aplicación de las posiciones del paciente

en el cuidado de enfermería. *Matronas Profesión*, 17(1), 15-20.

7. López, M., Morales, I., & Rodríguez, E. (2019). Cuidados de enfermería en la movilización y las posiciones del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 30(1), 24-32.

8. Peña, M., & Santamaría, J. (2020). Evaluación de conocimientos de auxiliares de enfermería sobre la prevención de úlceras por presión. *Enfermería Integral*, 127, 21-29.

9. Sánchez, C., Quintero, R., & Tejada, M. (2019). Conocimientos y prácticas de las auxiliares de enfermería en relación con el manejo de las posiciones del paciente. *Enfermería Universitaria*, 16(4), 282-290.

10. Torres, S., & Flores, M. (2018). Posiciones del paciente: guía de posicionamiento en el ámbito hospitalario. *Enfermería Integral*, 125, 44-51.

Capítulo 70

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA HUMANIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN

ELENA RODRÍGUEZ MELIA

MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN

MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS

MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos es una unidad que aporta atención al paciente en estado grave veinticuatro horas al día que requieren atención especializada y constante.

En estas unidades, donde se convive a diario con miedo, hostilidad y dolor de los pacientes y sus familiares, se encuentra un equipo de trabajo multidisciplinar de profesionales de distintos ámbitos sanitarios.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un lugar muy importante en esta unidad al ser la persona con el contacto mas directo con los pacientes

y familiares, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encarga de los cuidados mas básico del paciente.

El desarrollo científico y tecnológico en estas unidades se ha incrementado y ha mejorado de manera exponencial, mejorando las cifras de supervivencia en los enfermos que ocupan las diferentes UCI.

El uso prolongado de la tecnología ha dejado apartadas las necesidades emocionales y humanas de los pacientes, familias o profesionales. Todo lo anterior ha desembocado en una pérdida de interés y de escucha activa, dejando un espacio muy reducido a temas como la empatía, compasión, comunicación, bienestar, etc.

Humanizar en las unidades de cuidados críticos o intensivos es centrarse en el paciente, entendiendo que es único y preservando sus derechos, valores y dignidad. Se debe hacer también un uso racional de los recursos disponibles y se debe incluir tanto al paciente como a la familia en los cuidados.

2 Objetivos

Exponer el papel de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo sobre la humanización en la unidad de cuidados intensivos por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se ha realizado una investigación utilizando literatura existente como principal fuente de investigación, utilizando artículos recientes, las páginas que hemos consultado son revistamedica.

4 Resultados

Humanizar es todas las acciones que se realizan para proteger y promover la salud, garantizando un ambiente adecuado que favorezca una vida sana. Esta definición conlleva no solo buenas intenciones, es un compromiso ético con vulnerabilidad del ser humano que promueve la salud y acompaña durante las fases de sufrimiento.

Humanizar en las unidades de cuidados intensivos es centrarse en el paciente, entendiendo que es único y preservando sus derechos, valores y dignidad. Se debe incluir tanto al paciente como a los familiares en los cuidados.

Muchas veces debido a la gravedad de los pacientes los profesionales se centran en las complicaciones médicas olvidándose de la parte humana del paciente.

Hay que tener en cuenta que la familia es muy importante en el proceso de curación de una persona y además la familia también se encuentra afectada por la situación de su ser querido.

Se debe asegurar siempre los derechos de los pacientes, destacando: el plan de acogida, código ético de los profesionales, las guías y protocolos de la práctica clínica, la confidencialidad.

Es necesario guiar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería y al resto de trabajadores en el proceso de humanización en la unidad de cuidados intensivos, donde estableceremos un plan de ayuda para el paciente y su familia, revisaremos además las partes clave explican en el proyecto de investigación internacional “Humanizando los Cuidados Intensivos” (HU-CI) explicados en siete puntos:

- Bienestar del paciente: ayudar al descanso, promover su independencia, intentar conseguir el bienestar físico y psicológico del paciente, controlar factores medioambientales.
- Comunicación: organizar y protocolizar la información que hay entre los profesionales y el ambiente del paciente.
- Servicio de puertas abiertas: donde los familiares puedan estar y colaborar con los cuidados de sus seres queridos.
- Cuidados paliativos: ayudando con el acompañamiento de los familiares.
- Entorno: hacer que el espacio sea un sitio ameno.
- Evitar el agotamiento de los trabajadores, impulsar al personal enseñando técnicas para controlar sus emociones.
- Evitar el síndrome postcuidados intensivos.

Plan de acogida en la unidad de servicios intensivos, donde reunimos los siguientes puntos clave:

- Proporcionar a la familia horarios de visitas y números de contacto.
- Presentar a las familias a los profesionales que están atendiendo al paciente.
- Recordar que hay respetar las normas básicas de la unidad de cuidados intensivos (respetar el descanso de todos los pacientes, no intervenir en técnicas profesionales, confidencialidad, higiene antes de entrar, respetar horarios...

- Mejorar la comunicación de los profesionales sanitarios y de las familias de los enfermos.
- Dar información a los familiares de cuando y donde se da información clínica por el personal facultativo.
- Acompañar al familiar al box y darle información de las próximas visitas.
- Tener empatía con el paciente y su familia.
- Respetar la intimidad del paciente.
- Con pacientes extranjeros disponer de herramientas para poder favorecer la comunicación.
- Dar al cuidador principal la formación y las herramientas necesarias.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería o TCAE tiene un papel muy importante en la unidad de cuidados intensivos. Una adecuada orientación a los familiares es muy importante.

La humanización es muy importante en el proceso de recuperación de una persona, además mejora también el ambiente de trabajo además es muy positivo para mejoría del paciente y para el estado de sus familiares.

Se debe tratar a los pacientes con igualdad, dedicación personalizada de forma integral y honesta, respetando la diferencia de cada persona y tratando siempre con la máxima empatía posible.

La colaboración de la familia desde el principio es muy efectiva para disminuir la ansiedad y el estrés en el enfermo.

6 Bibliografía

1. El TCAE y la humanización de los cuidados al paciente en una unidad de cuidados intensivos [Internet]
[Citado 18 de Diciembre 2021]
Disponible
En: <https://www.revistamedica.com/humanizacion-cuidados-intensivos/amp/>
2. Humanización de los cuidados intensivos [Internet]
[30 de Septiembre 2022]

Disponible

En: <https://revistamedica.com/humanizacion-cuidados-intensivos-etica-cuidado/amp/>

Capítulo 71

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: ESTUDIO Y FUNCIONES DE ESTA NUEVA MODALIDAD QUIRÚRGICA POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE)

GUILLERMO ROPERO FUERTES

ANA BELEN ARAQUE ROMERO DE ÁVILA

1 Introducción

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es una modalidad quirúrgica, en la cual, el paciente no requiere de ingreso hospitalario, pudiendo irse de alta en el mismo día que se le ha realizado la intervención, garantizando las mismas garantías de seguridad y calidad postoperatorio.

Las intervenciones que se realizan con esta modalidad asistencia tienen muchas similitudes con las que se realizan con hospitalización. El tipo de anestesia que se utiliza puede ser general o regional, siendo la última la más usada por las ventajas a la hora de la recuperación, puesto que es más rápida para el paciente y presentar menos efectos adversos.

Según la bibliografía que hemos utilizado, el origen de la CMA se sitúa a principios del siglo XX, con la publicación de un trabajo de James H. Nicoll en el año 1909, en el que se recogen los resultados obtenidos de la cirugía ambulatoria aplicada en la población infantil, en el Royal Hospital For Children, ubicado en

Glasgow, en el cuál se pudo observar que la separación del paciente pediátrico de su entorno familiar era muy desfavorable en su evolución, valorándose más tarde que estos resultados se podía extrapolar a la población adulta.

Uno de los primeros sistemas sanitarios que incorporó esta modalidad quirúrgica fue Estados Unidos, puesto que, a causa de la privatización de sus servicios, se empezó a valorar los beneficios económicos que conllevaba, produciéndose un crecimiento rápido que se extendió por todo el país, debido también a las siguientes causas:

- Reducción de los costes por intervención quirúrgica.
- Procedimientos con menos riesgo de complicaciones.
- Menor alteración de la vida cotidiana de los pacientes.
- Posibilidad de tratar a un mayor número de usuarios.

En Europa, al ser la mayoría de los sistemas de asistencia pública, su desarrollo fue más lento, llegando a España durante los años 90, creándose en el año 1994 la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Estas unidades de CMA, se pueden clasificar como:

- Unidades integradas: Son las que se encuentran físicamente dentro del hospital, compartiendo su organización y sus recursos.
- Unidades autónomas: Son aquellas que se encuentran separadas física y organizativamente, del hospital.

El funcionamiento de las UCMA se basa en la valoración preanestésica, información al paciente, utilización de unos criterios de selección de los pacientes, aplicación de distintos protocolos y control del postoperatorio. La recuperación en el hospital transcurre en un periodo de tiempo corto, pero variable, según la evolución del paciente, participando durante todo el proceso un equipo multidisciplinar en el que se aplica una gran variedad de protocolos y guías clínicas.

Durante todo este proceso, el técnico auxiliar de enfermería (TCAE), participará interviniendo en la consulta preoperatoria, en el quirófano durante la intervención quirúrgica y durante la recuperación tanto en la sala de reanimación o URPA hasta la readaptación del paciente al medio.

El acceso a una UCMA se puede realizar desde distintos dispositivos sanitarios como la consulta externa, a través de lista de espera o desde atención primaria. En el año 2008, se publicó el Manual sobre los Estándares y Recomendaciones publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, donde se recogen los procedimientos recomendados a realizar en esta unidad según especialidades quirúrgicas.

La creación de estas unidades de CMA, ha provocado una reducción en las listas de espera quirúrgica de todos los hospitales y, a su vez, de los gastos sanitarios,

puesto que se han centralizado la utilización de los recursos disponibles. Todo ello, ha ayudado a una mayor satisfacción social, puesto que ya el concepto de intervención quirúrgica no se asocia a incapacidad para el paciente intervenido, interfiriendo cada día menos en la vida cotidiana de estas personas.

2 Objetivos

a) Conocer las características, origen y evolución de la CMA en los distintos países. b) Identificar la intervención del/la técnico auxiliar de enfermería (TCAE) en la cirugía ambulatoria. c) Mostrar las ventajas de la CMA frente a la cirugía con hospitalización.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica en el cual, se realizó una búsqueda general sobre obras y estudios llevados a cabo en el contexto español comprendidas entre los años 2005 al 2016, que estuvieran realizados con la cirugía mayor ambulatoria con texto completo.

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Google, Scielo, PubMed, EMBASE, Cochrane Plus, Cuiden y CINAHL; siendo los términos usados en la búsqueda en castellano los siguientes: “cirugía mayor ambulatoria”, “anestesia”, “listas de espera”, “ansiedad”, “dolor” y “técnico auxiliar de enfermería”

Las estrategias de búsqueda anteriores se complementaron con una revisión manual de la bibliografía de los artículos identificados y con una recogida de los datos más relevantes de cada uno de los artículos de manera individual, realizando posteriormente una comparativa común de dichos resultados.

4 Resultados

Actualmente, el rendimiento quirúrgico en nuestro país es muy elevado, llegando a alcanzar porcentajes superiores al 70%, siendo más de la mitad de estas intervenciones son realizadas mediante CMA, reduciendo las listas de espera quirúrgica. Este alto rendimiento con bajas tasas de cancelación indica el incremento de la actividad quirúrgica en CMA.

El buen funcionamiento de las UCMA se debe a los siguientes resultados consultado-recopilados: el 78,1 % refleja la importancia de la aplicación de protocolos para el buen funcionamiento es estas unidades, seguido de la selección

adecuada de los paciente y procedimientos con un 50%. En el 46,8 % aparece la recuperación temprana como una de las características de la CMA que permite que el paciente regrese al domicilio el mismo día de la intervención quirúrgica. El 28,1 % indica un grado de satisfacción alto.

Los procedimientos quirúrgicos muestran menor riesgo de complicaciones con una adecuada selección del paciente, obteniéndose mejores resultados, existiendo solo un 1-2% de ingresos no planificados durante el día y un porcentaje menos al 1% después de que el paciente haya sido dado de alta. Los pacientes son incluidos en función de una serie de criterios, destacando:

- El paciente debe aceptar las características de la cirugía ambulatoria y disponer de un familiar o acompañante que garantice los cuidados necesarios después del alta.
- La distancia entre el domicilio y el hospital no dure más de una hora.
- La duración de la intervención quirúrgica sea inferior a 2 horas.
- La recuperación se establezca como máximo en 6 horas.
- El dolor en el postoperatorio pueda ser controlado.

Además, estos pacientes tienen que encontrarse incluidos en los grados I y II de la clasificación de American Society of Anesthesiologists, es decir pacientes ASA I y ASA II.

La selección del paciente se lleva a cabo en la consulta preoperatoria donde se le evalúa y se realizan las pruebas complementarias. Si su patología se encuentra controlada, se le envía a la consulta de anestesia, donde se le realiza su valoración y se le explica y entrega el consentimiento informado.

En la consulta preoperatoria, se realiza una entrevista, que comienza con la acogida del paciente para disminuir la ansiedad que puede generar el proceso, y continua mediante una evaluación de su estado de salud y comprobando que cumple con los criterios mínimos de inclusión. Tras ello, se realiza un control de constantes vitales, peso, premedicación que hay que administrar pautada y se le proporciona toda aquella información sobre las recomendaciones prequirúrgicas, facilitando a la familia un número de contacto con la unidad.

Respecto a los procedimientos quirúrgicos incluidos, en la actualidad se ha podido verificar que los de mayor complejidad, que antes precisaban hospitalización, gracias a los avances en las técnicas quirúrgicas se han transformado en procesos menos invasivos y que incluyen menos complicaciones, como menos dolor postoperatorio, como por ejemplo, la técnica de laparoscopia, también reduciendo el tiempo quirúrgico permitiendo que se puedan hacer más intervenciones de una misma patología en un mismo tiempo establecido.

La CMA también se caracteriza por la utilización de diversos protocolos, garan-

tizando la seguridad de los pacientes, promoviendo la utilización de vías clínicas y su verificación por los distintos profesionales. También se garantiza el desarrollo correcto del trabajo realizado por los profesionales sanitarios, previniendo la aparición de errores.

- Protocolos pre- quirúrgicos: Se recibe al paciente y comenzamos con la presentación del personal que va a llevar su evolución para que pueda dirigirse a esa personal cuando lo necesite. Verificamos su identidad y procedemos a la colocación de la pulsera identificativa. Comprobamos que el paciente conozca el procedimiento y las posibles complicaciones de la intervención que se le va a realizar, que el paciente haya cumplido ayunas, que no lleve objetos metálicos ni prótesis (dentales y auditivas). Se revisa la historia clínica, revisando que tenga los consentimientos firmados, y comprobamos antecedentes y la existencia de posibles alergias medicamentosas. Tras ello, se prepara al paciente con la colocación del gorro, bata, nos cercioramos de que no lleve ropa interior puesta, procedemos a la colocación del acceso venoso y administramos la medicación pautada pre-quirúrgica.

- Protocolos durante la intervención: Se prepara el material anestésico y quirúrgico manteniendo el campo estéril, se mantiene la intimidad del paciente y se procede a su colocación manteniendo la posición anatómica y funcional para el procedimiento anestésico y quirúrgico, monitorización de constantes vitales, colocamos placa de bisturí (en caso de que se vaya a usar el eléctrico).

- Protocolos post-quirúrgicos: Tras la intervención, el paciente pasará a la sala de Reanimación o URPA (en caso de anestesia general o raquídea), para la vigilancia de posibles complicaciones. Se volverá a monitorizar, se le proporcionará oxigenoterapia en caso de precisarla y se valorará la existencia de dolor y se tratará mediante tratamiento escrito previamente por parte de anestesia. En caso de no control el paciente pasará a planta, si la evolución es favorable el paciente volverá a la UCMA.

Una vez en la unidad de CMA, se comprobará que el paciente sigue sin dolor ni complicaciones, se valorará si el paciente tiene indicado tolerancia oral y, en el caso de la anestesia raquídea o de si el paciente ha estado sondado por vía vesical previamente, es imprescindible que el paciente realice micción espontánea antes de irse a su domicilio, o si se observa globo vesical, realizar un sondaje de descarga. Se le entrega informe de alta, se resuelven todas las dudas y nos cercioramos de que haya un familiar o amigo que se vaya con el paciente a su domicilio para evitar que pueda sufrir algún accidente por sí solo.

5 Discusión-Conclusión

El desarrollo de técnicas quirúrgicas menos invasivas y técnicas anestésicas con menos efectos adversos, como la cirugía laparoscópica por puerto único y la anestesia regional, facilitan el crecimiento de la CMA. Cada vez más procedimiento y pacientes de mayor complejidad son incluidos en esta modalidad quirúrgica.

La CMA se desarrolla con la aplicación de diferentes protocolos que garantizan la seguridad del paciente. El profesional de Enfermería participa en los distintos protocolos proporcionando unos cuidados de calidad.

Se realizan procedimientos quirúrgicos con bajo riesgo de complicaciones, facilitando la recuperación rápida del paciente y la incorporación a sus actividades diarias. Por ello, el paciente muestra un alto grado de satisfacción, lo que implica la buena aceptación de la cirugía sin ingreso.

6 Bibliografía

1. Argente Navarro P, Alcántara Noalles, MJ, Viñoles Pérez J. Anestesia ambulatoria. En: Tornero Tornero C. Anestesia. Fundamentos y manejo clínico. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015. p. 1122-1142. Martínez.
2. Ramos C. Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y Evolución. Reduca (Recursos Educativos), Serie Medicina. 2009; 1(1): 294-304.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y Funcionamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
5. Martínez Guillén J, Jiménez Bernadó A, Gracia Solanas JA, Elía Guedea M, Redondo Villahoz E, Martínez Díez M. Cancelación en CMA: Incidencias y causas. Cir Esp. 2012; 90(7): 429-433.
6. Vila Blanco JM, Velasco JA. Nuevas prácticas asistenciales: implantación de una unidad de cirugía mayor ambulatoria. Cir Esp. 2002; 72(3): 137-142.
7. Aguayo JL. Cirugía Mayor Ambulatoria: un éxito del sistema. Rev. Calidad Asistencial. 2003; 18(5): 261-262.
8. Del Valle Sánchez M. La consulta prequirúrgica enfermera en cirugía ambulatoria: un elemento clave para garantizar la seguridad del paciente. Cir May Amb. 2015; 20(4): 177-179.

9. Ming Teh AH, Turner BS, Tan SB, Tham CS. Effectiveness of an Advanced Practice Nurse Led Preoperative Telephone Assessment. *J Nurs Care Qual.* 2016; 31(2): 191-196.
10. Morales-Conde S. Cirugía ambulatoria mediante puerto único. *Cir May Amb.* 2013; 18(3): 133-135.

Capítulo 72

ANDROPAUSIA: UNA AMPLIACIÓN DEL CONOCIMIENTO POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA SOBRE EL INICIO DE LA VEJEZ EN EL HOMBRE

GUILLERMO ROPERO FUERTES

ANA BELEN ARAQUE ROMERO DE ÁVILA

1 Introducción

La palabra andropausia, etimológicamente, se deriva del griego anér, andrós (varón y hombre) y pausis (cesación o parada), lo que conjuntamente quiere decir: fin de la virilidad. Es un síndrome y con ello se quiere decir que es un conjunto de síntomas muy variados, que van desde los orgánicos hasta los psicológicos. Constituye un periodo más o menos largo, dependiendo de la naturaleza de cada individuo.

Similar que la mujer, quien a cierta edad llega al periodo de la menopausia, los hombres manifiestan algunos cambios hormonales que alteran la vida física, emocional y sexual, a esta etapa durante la cual se presentan estos cambios, se llama andropausia o climaterio masculino.

La andropausia puede provocar diversos conflictos emocionales en los hombres, y la falta de información sobre este tema, los hace pensar que los cambios se deben a la edad. En términos generales estos cambios comienzan a ser evidentes más

o menos a los 40 años de edad pero pueden presentarse progresivamente entre los 40 y 70 años. Se puede observar que la andropausia abarca en el hombre un lapso de tiempo bastante mayor que el de la menopausia en la mujer.

A diferencia de las mujeres, los hombres no tienen signos claros, como el cese de las menstruaciones, para marcar dicha transición. Ambos, sin embargo, están caracterizados por una caída en los niveles hormonales. El estrógeno en la mujer y la testosterona en el varón. Los cambios en el cuerpo ocurren muy gradualmente en el hombre y se acompañan de cambios de actitud y estado de ánimo, fatiga, pérdida de energía, impulso sexual y agilidad física.

Igualmente, los estudios demuestran que esta caída de testosterona representa un riesgo de otros problemas de salud, como cardiopatías o huesos frágiles. Dado que todo esto ocurre durante un momento en la vida en que los hombres comienzan a cuestionar sus valores, logros y el rumbo de su vida, muchas veces es difícil advertir que los cambios que ocurren se relacionan con algo más que solamente las condiciones externas.

2 Objetivos

- Describir la sintomatología general de esta etapa fisiológica del hombre muy poco conocida en la sociedad para darle visibilidad.
- Conocer los tratamientos existentes farmacológicos como no farmacológicos.
- Determinar la importancia de su diagnóstico precoz para revertirlo lo antes posible.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica en el cual, primero se realizó una búsqueda en relación con la existencia sintomatología asociada al envejecimiento del hombre, comparándolo con la conocida “menopausia” femenina, complementándose posteriormente con una exploración más profunda donde se ha buscado desglosar cada contenido.

Revisión sistemática bibliográfica, en la cual se realizó una búsqueda en bases de datos de ciencias de la salud: CUIDEN, COCHRANE PLUS, DIALNET, SCIELO Y PUBMED. Como palabras clave en los buscadores de las bases de datos utilizamos: “andropausia”; “testosterona”; “menopausia masculina”; “impotencia sexual”; “depresión”; “síndrome”.

Las estrategias de búsqueda anteriores se complementaron con una revisión manual de la bibliografía de los artículos identificados y con una recogida de los datos

más relevantes de cada uno de los artículos de manera individual, realizando posteriormente una comparativa común de dichos resultados.

4 Resultados

Desde la antigüedad, se asoció envejecimiento y declinación de la función testicular, homologándose a lo que ocurre en el sexo femenino con la función ovárica, aunque se reconoce históricamente que hombres de avanzada edad mantenían su vida sexual y capacidad reproductiva. En hombres envejecidos sanos puede aparecer un hipogonadismo de inicio tardío que se ha asociado al envejecimiento. Werner, en 1939, lo denominó climaterio masculino. Este cuadro comprende los síntomas y signos de lo que hoy llamamos andropausia o ADAM (androgen decline agingmale). Con métodos de estudios de la época (biopsia testicular, gonadotrofinas hipofisarias por método biológico) se clasificó como hipogonadismohipergonadotropo. Este concepto se mantuvo sin mayor avance hasta 1970 en que al poder medirse testosterona y LH plasmáticas por método de radioinmunoensayo, se desarrollaron estudios de la relación entre función testicular y edad.

Entre 1970 e inicios de los 80, diversos autores en estudios de cortes transversales de varones senescentes encontraron resultados contradictorios:

1. Descenso de la testosterona en la mayoría de los evaluados.
2. Escasa diferencia con la población joven.
3. Tendencia a una lenta disminución de la testosterona con la edad, con subgrupos en rango similar al joven y otros en rango hipogonádico.

Estos hechos hacían dudar a muchos investigadores sobre la existencia de este cuadro, preguntándose sobre la verdadera existencia de este síndrome, y otros creían que afectaba a la generalidad de los hombres. El análisis crítico de estos trabajos señaló:

1. Mala selección de pacientes al conformar los grupos a estudiar: Al ser reclutados en servicios geriátricos, hogares de ancianos u hospitalizados, no se consideraron las condiciones generales de salud, aspectos psicosociales, enfermedades sistémicas y uso de fármacos, condiciones que podían determinar descenso de la testosterona. Otros grupos no eran representativos de la población general de los hombres mayores, ya que eran excepcionalmente sanos, activos laboral, social y sexualmente, lo que influía en que la testosterona y espermiograma no se diferenciaban grandemente de los jóvenes.
2. Errores metodológicos en el estudio de laboratorio: Los autores que no encontraron diferencias entre jóvenes y mayores midieron testosterona en las primeras

horas de la tarde, sin considerar su ritmo circadiano que determina un valor matutino 25 a 30 % superior al de la tarde. Este ritmo se pierde con el envejecimiento determinando valores matutinos de testosterona menores en hombres mayores versus jóvenes, diferencia que no se aprecia al medirla en la tarde.

A finales de los años 80, y teniendo en cuenta los errores metodológicos anteriores, Vermeulen realizó estudios longitudinales a lo largo de diez años en una población constituida por monjes y, posteriormente, en la población masculina de Rancho Bernardo, demostrando que la edad era el factor determinante en la disminución progresiva de la testosterona.

La investigación entre testosterona y envejecimiento avanzó al disponerse de exámenes de laboratorio que medían testosterona libre y la proteína transportadora, como también al dilucidarse si en hombres sanos, el consumo de alcohol, estilo de vida y actividad física podían influir igual o más que la edad en los niveles de testosterona. La testosterona biodisponible o biológicamente activa comprende la testosterona libre y la ligada a albúmina. Con la edad aumenta la SHBG y disminuye la testosterona libre y por lo tanto la actividad biológica o acción de la testosterona en los efectores. Por tanto, la sensibilidad para diagnosticar hipogonadismo asociado al envejecimiento, mejora notablemente si además de la testosterona total, es medida la libre, o mejor aún, la biodisponible.

Hasta los primeros años de la década de los 80 se había considerado el hipogonadismo asociado al envejecimiento o climaterio masculino, como una falla testicular primaria (insuficiencia Leydigiana) o hipogonadismo hipergonadotropo, y así aparecía clasificado en los textos de la época. Histológicamente se demostró atrofia testicular tanto tubular como intersticial, cuya etiología fue atribuida por autores japoneses a un menor flujo sanguíneo por aterosclerosis. El aumento de FSH y LH se debe a un menor feedback negativo por disminución de inhibina de las células de Sertoli tubulares, y de testosterona por un menor número y funcionalidad Leydigiana. Sin embargo, no todos los autores encontraron una elevación patológica de FSH y LH, lo que puso en discusión que la base de este cuadro residiera.

Hasta la fecha, los estudios son tranquilizadores en cuanto a que los efectos sobre el antígeno prostático específico y los parámetros de obstrucción del tracto urinario inferior no son significativos. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los efectos a largo plazo de la terapia con testosterona sobre la próstata no se conocen.

Hoy en día, gracias al aumento global de la expectativa de vida, los avances médicos en todas las áreas, el interés cada vez mayor de los estamentos de salud por la calidad de vida y el apoyo dado a la investigación en el área de la sexualidad mas-

culina; han acrecentado la preocupación de la comunidad médica y del público en general con respecto al tema en los países desarrollados. A pesar de ello, en los países no desarrollados la andropausia o ADAM todavía no es un tema de especial interés y existe, en la población general, desconocimiento de los síntomas, de la disponibilidad de tratamientos y la percepción de que se trata de un mito. Los síntomas de este Síndrome se dan de manera sutil y gradual y se atribuyen en muchos de los casos al envejecimiento. Sin embargo, no todos los hombres tienen los mismos síntomas ni con la misma intensidad, es individual para cada persona. Además, tampoco surgen en todos los hombres a la misma edad. A continuación, mencionamos los signos y síntomas más característicos de este Síndrome:

1. Síntomas neurológicos y vasomotores:

- Bochornos similares a aquellos del climaterio femenino.
- Episodios de sudoración.
- Trastornos del sueño: insomnio, sueño poco reparador...
- Nerviosismo.

2. Funciones cognitivas y alteraciones del humor:

- Irritabilidad y letargo. Disminución de la sensación de bienestar.
- Pérdida de motivación.
- Dificultades con la memoria reciente.
- Síntomas depresivos.
- Baja autoestima.

3. Masculinidad / virilidad:

- Disminución de energía física.
- Disminución de fuerza y masa muscular.
- Pérdida de vello púbico.
- Obesidad abdominal.

4. Sexualidad:

- Disminución del interés o deseo sexual.
- Reducción de la actividad sexual.
- Pobre función eréctil.
- Baja calidad del orgasmo.
- Menor volumen eyaculado.

Debido a la escasez de estudios relacionados con el climaterio masculino, no podemos saber cuáles son las causas concretas que lo originan, pero lo que sí sabemos es que existen un conjunto de factores que de mayor o menor medida

contribuyen a. Estos factores pueden ser: hereditarios, enfermedades cardiovasculares, lentitud del hipotálamo, deficiencias hormonales, sedentarismo, abuso de alcohol, obesidad, tabaquismo, hipertensión, medicamentos mantenidos en el tiempo, mala alimentación, estrés físico y psicológico, falta de ejercicio, mala circulación, disfunción tiroidea y diabetes, entre otras.

Todos estos factores inducen a que aparezcan, pero lo que realmente origina este síndrome es una disminución de la Testosterona. Esta disminución puede ser provocada por una lesión, por ejemplo; trauma, castración, radiación o quimioterapia, desórdenes hormonales; por ejemplo, tumores o enfermedades en la glándula pituitaria, niveles elevados de prolactina, u otras enfermedades como paperas. En cuanto a la epidemiología, la prevalencia de la andropausia depende del tipo de testosterona que se vea disminuido:

☒ Entre el 5% y el 20 % de la población adulta que sufre este síndrome, presenta una disminución de la cifras de testosterona total, que es aquella que mide la cantidad total de testosterona en el organismo, lo cual incluye tanto la cantidad adherida a las proteínas de la sangre que ayudan a transportar la hormona a través del torrente sanguíneo como la testosterona libre.

☒ Aproximadamente el 60 % de la población adulta que sufre este síndrome, demuestran niveles séricos bajos de testosterona libre.

Este proceso ha tenido a lo largo del tiempo algunos impedimentos como pueden ser la falta de información y la negación por parte de los hombres a abordar el tema. Por ello también existe gran falta de información en los médicos, los cuales suelen atribuir los síntomas de la andropausia a otras causas como al proceso de envejecimiento o a problemas psíquicos como la depresión. No obstante, en la actualidad se ha avanzado mucho con respecto a la información y se ha conseguido realizar diagnósticos seguros.

El objetivo fundamental es diagnosticar precozmente este Síndrome y poder así revertirlo o al menos retardarlo mediante las terapias existentes. Para ello, es importante reconocer los síntomas presentes en el afectado y realizar pruebas serológicas que muestren la disminución de progesterona. Para confirmar que los síntomas se deben a niveles bajos de testosterona, el especialista suele realizar el primer lugar una serie de preguntas al paciente y posteriormente realiza un análisis de sangre para comprobar los niveles de testosterona en sangre.

Al plantearse un tratamiento específico para este síndrome, se debe considerar y diferenciar, en primera instancia, las situaciones fisiológicas, los cambios inherentes a la involución del paso de tiempo y las situaciones con diferencias notorias analíticamente, que conlleven cambios clínicos evidentes y preocupantes. El problema se plantea cuando, en determinados varones, y debido a la suma de

otros factores predisponentes, la situación clínica se hace más evidente y repercute negativamente sobre la salud física y mental. Por lo tanto, el objetivo terapéutico será acercarse lo más posible a los valores plasmáticos fisiológicos de esta hormona, que permitan mejorar el estado físico, psicológico y la función sexual del varón: ayudar al varón a conseguir mayor calidad de vida y un envejecimiento más saludable.

En la actualidad existen muchos tratamientos para la andropausia, prevaleciendo una coincidencia colectiva en la idea de la reposición del faltante de testosterona como método más efectivo. La terapia de reemplazo hormonal (TRH), es una técnica segura y muy eficaz que puede reducir de manera significativa e, incluso, revertir muchos de los efectos negativos causados por la pérdida de hormonas en el organismo del hombre. El plan del tratamiento es específico a las necesidades de cada paciente, por lo que los niveles hormonales se examinan mediante análisis de sangre para poder determinar cuál es el tratamiento individualizado más apropiado. Con esta terapia se pretende alcanzar los valores fisiológicos y hormonales normales para que así, el cuerpo reciba la cantidad correcta para suplir las necesidades del mismo.

La experiencia, cada vez mayor, de varones tratados con terapia de sustitución androgénica revela la utilidad y los beneficios de este tratamiento en los casos seleccionados. Mantener unos valores normales de testosterona permite mejorar el estado físico, psicológico y la función sexual del varón. En general, se produce un mayor bienestar psicosocial, con un envejecimiento más saludable. La sustitución con testosterona en varones con valores bajos de esta hormona parece lograr un bienestar general, con mejor estado de ánimo, con mayor energía, masa y fuerza muscular, restablecimiento óseo y de la función sexual. Los resultados de esta terapia comienzan a manifestarse entre las 3 y 6 semanas de tratamiento, por lo que su efectividad es relativamente rápida.

Este tratamiento puede ser administrado de diferentes formas, ya sea por vía oral, a través inyecciones intramusculares o por medio de la aplicación de parches o geles en el abdomen u hombros, siendo este último método el más fácil de aplicar y a la vez el más efectivo puesto que es el más similar al proceso fisiológico natural. De manera no farmacológica, se necesita llevar a cabo un programa de educación e información hacia el paciente, en el cual, se debe indicar una dieta saludable y nutritiva de bajo contenido en grasas saturadas, en sal y rica en fibra dietética y aumentar la actividad física. Además, es necesario limitar el consumo de alcohol, tabaco y cafeína.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, tras los numerosos estudios realizados, podemos afirmar que la andropausia es una realidad clínica de preocupación multidisciplinaria. La preocupación del personal sanitario debe velar por la salud integral del varón, estimulándolos hacia el conocimiento, la evaluación y el tratamiento de aquellos que lo precisen.

Como técnicos auxiliares de enfermería (TCAE), debemos tener iniciativa para adquirir conocimiento sobre este síndrome en todas sus dimensiones y, con ello, poder introducirlo en el papel comunitario de nuestra labor profesional, con el objetivo de informar a la población, sobre todo masculina, y así capacitarlos en la autodetección de la sintomatología más característica de esta problemática para evitar confusiones con otras patologías representativas que aparecen a lo largo de la vida.

Con lo que podemos concluir, que es necesario poner en práctica las investigaciones de campo realizadas sobre este tema, para que en base a una investigación en profundidad se puedan realizar nuevos e innovadores programas acordes a la actualidad, pero sobre todo informar masivamente al respecto del tema de la andropausia. Para que de esta manera exista equilibrio de información entre los dos géneros, dando como resultado una sociedad mucho más sana.

6 Bibliografía

1. Licea Puig, Manuel y Castelo Elías-Calles, Lizet. (2006). Andropausia. Revista Cubana de Endocrinología; 7(1), 1-22. Disponible en: <http://0-site.ebrary.com.columbus.uhu.es/lib/bibuhuelib/docDetail.action?docID=10175084&p00=andropausia>
2. J.L. Arrondo, J.A. Cuesta, V. Grasa, M. Ponz, A. Solchaga, J. Aldave, I. Pascual, S. Napal y A. Ipiens. (2004). Andropausia: ¿Un Síndrome que se debe tratar? Revista Internacional de Andrología; 2(2), 60-67. Servicio de Urología. Unidad de Andrología. Hospital de Navarra. Pamplona. España. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13068362&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=262&ty=29&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=262v2n2a13068362pdf001.pdf
3. Enzo Devoto, C. y Lucía Aravena, C. (2004). Hipogonadismo asociado a la senilidad en el varón (Climaterio masculino – Andropausia – ADAM). Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología; 69(5), 392-398. Facultad de Medicina, Universi-

dad de Chile, Campus Central, Servicio de Medicina, Unidad de Endocrinología, Hospital Clínico San Borja – Arriarán. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v69n5/art12.pdf>

4. Beatriz M. Rodríguez. (2009). Climaterio Masculino. Revista Científica de UCES; 13(2), 51-81. Disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/734/Climaterio_masculino.pdf?sequence=1

5. Silva Herrera, José Miguel. (2006). Andropausia: Estado actual y conceptos. Universitas Médica; 47(1), 17-23. Pontificia Universidad Javeriana – Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n1/2%20ANDROPAUSIA.pdf>

6. A. F. Tresguerres, Jesús; Benítez de Lugo, Enrique Aguilar; DevesaMúgicar, Jesús y Moreno Estéban, Basilio. (2001). (1 vol.) Tratado de Endocrinología Básica y Clínica. Madrid: Editorial Síntesis.

7. Tresguerres- Fernández, Jesús A. (1989). Fisiología Endocrina. Eudema Universidad Manuales. Madrid.

8. Wein, Alan; Kavoussi, Louis; Novick, Andrew; Partin, Alan y Peters, Graig. (2008). Campbell-Walsh. Urología. Editorial Médica Panamericana. Edición 9ª; Tomo 1.

9. Kusnetzoff, Juan Carlos. (2001). Andropausia: Renacer a los 50. Del Nuevo Extremo. 1ª Edición. Buenos Aires.

10. Jadresic A., Ojeda C., Pérez G. y Devoto E. (2000). Aspectos psicoendocrinos de la conducta sexual. Psiconeuroendocrinología. Publicaciones Técnicas Mediterraneo; 51 – 63. Santiago.

11. F. J. Flórez-Tascón, Flórez-Tascón Sixto, J. Galay Lillo, J. A. González González, M. A. Collado Cano, M. L. Valderrama Valderrama y S. Vega Quiroga. (2002). Andropausia, Viropausia, síndrome de ADAM y testosterona. Disfunción eréctil. Geriátrika, 18 (7): 219-245. Disponible en Biblioteca Central Universidad de Huelva.

12. Vela Navarrete V. (2000). El Síndrome de ADAM (Andropausia): Nueva perspectiva de un viejo síndrome clínico. Tiempos Médicos, 570: 6-10. Disponible en Biblioteca Central Universidad de Huelva.

13. F. J. Flórez Tascón Sixto, J. Galay Lillo, J. A. González González y F. J. Flórez Tascón. Disfunción eréctil varonil y andropausia. Nuevas esperanzas. Geriátrika, 15(8): 31- 33. Disponible en Biblioteca Central Universidad de Huelva.

14. Heather Herdman, T. (2010). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Elsevier España. Barcelona.

Capítulo 73

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN EL QUIRÓFANO

SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ

ESTHER MANDRION BUSTAMANTE

MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN

ANA MARIA MAÑAS ORTEGA

BERNARDO BAEZA CALDERON

1 Introducción

Un quirófano, que es un zona o área distinta y aislada dentro de un centro hospitalario, la cual es donde se llevan a cabo la cirugía, la anestesia y las técnicas de reanimación necesarias.

El quirófano debe ser un lugar seguro apartado de otras instalaciones médicas, pero cerca de la unidad de cuidados intensivos, el banco de sangre, el laboratorio de análisis clínicos y la farmacia. El quirófano está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, para intervenciones programadas o urgentes, ya sea que el paciente esté hospitalizado o ambulatorio.

Además del equipo interdisciplinario de cirujano, anestesiólogo, radiólogo, auxiliar de enfermería, celador que suele participar en una intervención quirúrgica, el paciente también necesita acceso a este quirófano.

Las tres etapas de la cirugía son preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria. La cirugía de un paciente puede ser un procedimiento largo y difícil, por lo que el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe estar familiarizado con todos los protocolos quirúrgicos para preparar el quirófano, reunir los suministros necesarios y estar listo para recibir a los pacientes.

El proceso de esterilización es fundamental, porque ayuda a proteger contra infecciones que pueden poner en peligro la salud del paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es:

- Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el área de quirófano.

3 Metodología

Para realizar este capítulo, se hizo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se ha consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed o Scielo.

4 Resultados

Las siguientes, son algunas de las principales responsabilidades del técnico de cuidados auxiliares de enfermería:

- Comprobar que el quirófano esté equipado con todo lo necesario para realizar la cirugía del paciente.
- Al recibir al paciente, verificar que toda la información del paciente sea precisa y que todos los consentimientos requeridos hayan sido debidamente completados y firmados.
- Utilizar la esponja antiséptica para limpiar el sitio quirúrgico del paciente.
- Proporcionar todo lo que pueda necesitar el personal de enfermería, el paciente y el médico.
- Se debe presentar al paciente e informarle que estaremos trabajando con él como su técnico auxiliar de cuidados de enfermería.
- Evaluar la preparación física del paciente para la cirugía, incluido el afeitado, la preparación del área y la higiene corporal.

- Cubrir los pies del paciente con mallas y el cabello con un gorro.
- Ayudar al resto del equipo a colocarse el equipo de protección personal manteniendo la asepsia para evitar la contaminación de los elementos estériles.
- Según el tipo de cirugía que se vaya a realizar, la manta térmica se puede colocar en los brazos o en las piernas.
- Con la ayuda del asistente, trasladar al paciente a la mesa de operaciones mientras se detalla continuamente el procedimiento.
- Poner a disposición todos los equipos y suministros que no estén ya en el quirófano.
- Tras el procedimiento, ayudaremos a trasladar al paciente de la mesa de operaciones a la camilla.
- Asistir a enfermería en el control del paciente.
- Se deben cambiar los sistemas de succión.
- Después de que haya comenzado la operación, nos quedaremos en el quirófano para discutir los requisitos del equipo.
- Mantener constantemente limpio el quirófano.
- Limpiar y recoger el quirófano, retirando todos los elementos desechables y desinfectando el mobiliario.
- Limpieza de instrumentos en preparación para la próxima esterilización.
- Salir del espacio operatorio preparado para la posterior intervención.

5 Discusión-Conclusión

Dado que es fundamental que el quirófano esté perfectamente organizado, limpio y esterilizado, el papel del técnico auxiliar de enfermería en el quirófano es necesario para realizar los procedimientos quirúrgicos en buenas condiciones, por eso debe estar formado correctamente para estos procedimientos.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar familiarizado con toda el área y zona quirúrgica, incluyendo todos los almacenes, la farmacia y el servicio de esterilización. Dado que todo ello depende de una adecuada comunicación, colaboración y coordinación entre el técnico auxiliar de cuidados de enfermería y el resto del personal médico, es fundamental hacer hincapié en este requisito.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/unidad-de-esterilizacion-funciones-tcae/>.
2. <http://www.scielo.org/>.

Capítulo 74

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA LA RECOGIDA DE MUESTRAS

SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ

ESTHER MANDRION BUSTAMANTE

MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN

BERNARDO BAEZA CALDERON

ANA MARIA MAÑAS ORTEGA

1 Introducción

La recolección de estos líquidos y fluidos involucra activamente al auxiliar de enfermería. Ella se encargará de recolectar una gran parte de estos, ya sea bajo la supervisión de la enfermera, o en colaboración con la enfermera. A menudo, para que el médico llegue a un diagnóstico certero, tiene que prescribir una serie de pruebas complementarias a la vista de los síntomas que intuye en el paciente. La recogida de muestras se hará siempre por indicación médica y seguirá los siguientes procedimientos:

- Primera Preanalítica: Consiste en preparar al paciente así como recolectar, almacenar y llevar el material al laboratorio.
- El segundo paso analítico será el análisis de laboratorio y el informe resultante.

- El tercer paso o postanalítico, implica el diagnóstico médico, el examen del informe de laboratorio y la evaluación del informe por parte de un médico.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ayudará al personal médico o personal de enfermería a recolectar una variedad de muestras biológicas, que incluyen orina, sangre, heces, esputo, vómito, líquido seminal, piel, cabello y uñas. el auxiliar de enfermería participa activamente en todos los esfuerzos de recolección de muestras, observando, ayudando, recolectando muestras e informando las características al responsable, quien informará al personal médico, médicos y especialistas correspondientes.

2 Objetivos

Describir las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería, que participará en la recogida de muestras, teniendo todo el material y al paciente preparado.

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 y en buscadores de internet.

4 Resultados

Como vemos, el auxiliar de enfermería juega un papel fundamental en la colaboración o recogida de muestras:

- Siempre incluya muestras con su solicitud.
- El auxiliar de enfermería informará al paciente de los procedimientos necesarios de higiene, admisión y evacuación antes de que la enfermera recoja las muestras.
- Recolectar o trabajar en conjunto manteniendo los más altos estándares de asepsia y siguiendo los protocolos de actuación establecidos para el proceso.
- Una muestra siempre debe estar correctamente asociada con el paciente y la solicitud correspondiente.
- Para reducir el riesgo de infección para el auxiliar de enfermería y otro personal médico, las muestras siempre se recogerán y manipularán con guantes.

- Asegurarse de mantener sus muestras en perfecto estado; algunos requerirán refrigeración, otros a temperatura ambiente, etc., dependiendo de sus necesidades individuales.
- Se utilizarán recipientes desechables para su manipulación siempre que sea posible.
- Además, al enviar esas muestras al laboratorio, se debe tener sumo cuidado para identificar con precisión al paciente y organizar su transporte.
- El auxiliar de enfermería notará diversas características según la colección; por ejemplo, en la orina podemos notar color, olor, cantidad, si tiene espuma y densidad. Todas estas características serán comunicadas a la enfermera como complemento a la analítica.
- El auxiliar de enfermería recolectará las heces, y al hacerlo podrá observar e informar al DUE cualquier característica, como color, consistencia, cantidad y composición (pus, mucosidad, grasa y sangre).
- En las muestras de vómitos buscaremos vómitos alimentarios, acuosos, biliosos, purulentos, hemáticos y fecaloides. También señalaremos al DUE cualquier síntoma que nos pueda llamar la atención y que puedan ser síntomas de patologías.
- Si el esputo es purulento, seroso, hematológico (con sangre) o mucopurulento, habrá mucosidad.

5 Discusión-Conclusión

Como se muestra en este trabajo, el auxiliar de enfermería participa activamente en todos los esfuerzos de recolección de muestras, observando, ayudando, recolectando muestras e informando las características al responsable, quien informará al personal médico, médicos y especialistas correspondientes.

Para no afectar los resultados de las muestras cuando ya han sido recolectadas y están siendo analizadas, es fundamental que lleguen al laboratorio en las condiciones adecuadas para cada tipo de muestra. Las muestras se transfieren a diferentes temperaturas y tiempos. No debe transcurrir más de una hora entre el momento de su adquisición y su transporte al laboratorio para que estén en las mejores condiciones.

6 Bibliografía

1. Auxiliar de enfermería de Evangelina Pérez de la Plaza y Ana M.^a Fernández Espinosa.
2. Isipedia.com. Recogida de muestras.

3. Slideshare, recogida de muestras.
4. Pubmed

Capítulo 75

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

LUCÍA MONTOTO RODRIGUEZ

1 Introducción

La disfagia es la dificultad para tragar o deglutir alimentos tanto sólidos como líquidos. Cuando existe disfagia, el proceso de deglutir es muy difícil, lo que impide propulsar adecuadamente el bolo alimenticio por el esófago. La disfagia está frecuentemente relacionada con enfermedades neurológicas, oncológicas o con el envejecimiento. Esta dificultad para tragar, hace que en ocasiones se deban buscar alternativas para así garantizar una nutrición básica. Su morbimortalidad es alta, debido a las complicaciones respiratorias y nutricionales que provoca, por lo tanto es muy importante un tratamiento que incluya maniobras posturales y rehabilitación, para conseguir una alimentación oral con una deglución segura y eficaz. Por lo tanto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, debe manejar y conocer este tipo de patología, porque una de las tareas que debe realizar en un hospital, es ayudar al paciente con las comidas, en caso que dicho paciente no tenga familia o personas de su entorno para darle la comida. Así, como también cuando necesitan beber agua, para evitar la deshidratación como suministrársela, para evitar que se empapice. En el caso de que estén sus familiares, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede explicarles como deben hacer cuando el paciente vuelva a su casa.

2 Objetivos

Conocer que es la disfagia y detectarla a tiempo. Intervenir ante las dificultades deglutorias para evitar broncoaspiraciones en el paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente, así como una búsqueda en las principales bases de datos como Pubmed, Medline, Scielo y Google académico sobre dicho tema.

4 Resultados

La atención del paciente con disfagia compete a todo el equipo de enfermería, del que forman parte los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y son quien se ocupan de los cuidados básicos del paciente, como ayudarlo a comer o beber. La disfagia es la dificultad o la incapacidad de trasladar alimentos ya sean líquidos, sólidos o ambos, desde la boca hacia el estómago. Aunque masticar parezca fácil, realmente involucra a 30 músculos que están coordinados por nuestro cerebro. La acción de ingerir un alimento es voluntaria, empezamos introduciendo el alimento en nuestra boca, lo salivamos y lo empujamos hacia la parte de atrás, donde está nuestra faringe, allí empieza la fase involuntaria, en este momento nuestro cerebro envía una señal a los músculos de la faringe y el esófago, para que hagan las actividades necesarias para llevar el alimento hacia el estómago. Hay algunos síntomas o signos clínicos que nos pueden hacer ver que una persona padece disfagia y a los que tenemos que estar atentos, sobre todo a las personas de edad avanzada. Algunos de estos síntomas son:

- Tos o carraspeo después de comer o después de beber.
 - Cambios en la voz, ronca o gangosa.
 - Atragantamientos frecuentes
 - Enlentecimiento en el tiempo que la persona dedica a la comida por la dificultad de comer.
 - Infecciones respiratorias frecuentes y continuadas o fiebre sin causa aparente.
 - Desinterés de la persona a la hora de comer ciertos alimentos que siempre ha consumido e incluso le niega a consumirlos ya que tiene miedo a atragantarse.
- Aunque la disfagia pueda parecer una simple molestia o dificultad a la hora de comer, puede tener consecuencias graves. Las personas que lo padecen pueden

tener atragantamientos graves, también pueden presentar infecciones respiratorias frecuentes debido a que el alimento pasa a las vías respiratorias y puede causar incluso la muerte, y también causa deshidratación y desnutrición, lo que tiene también como consecuencia una bajada del peso, fatiga y debilidad muscular.

Para mejorar los síntomas y disminuir las consecuencias de la disfagia, hay ciertas medidas que se pueden seguir a la hora de comer y después de las comidas. En este momento de las comidas, es el técnico en cuidados de enfermería, en centros hospitalarios o en establecimientos residenciales de ancianos, el que debe conocer como manejar dichas medidas, ya que en muchas ocasiones si el paciente no tiene ningún acompañante para ayudarlo en la comida, es el TCAE el que se ocupa de esta tarea.

No se debe iniciar la alimentación si el paciente está adormilado o muy nervioso, debe estar tranquilo y despierto. Durante las comidas debemos tener un ambiente tranquilo, evitando la televisión, la radio o las distracciones de personas hablando a su alrededor. También es muy importante la posición, las personas que tienen disfagia deben comer erguidas, con la espalda recta y cada vez que introduzcan la comida en su boca es importante que deglutan con la barbilla inclinada hacia el pecho (mirándose el ombligo) siempre que sea posible, porque así se tapan un poco las vías aéreas y las protegemos de posibles entradas de comida. Por eso, si el paciente debe comer con ayuda, es importante que el TCAE o cuidador, se sitúe o a la altura de los ojos de la persona o por debajo de ella, ya que así no obligaremos al paciente a que levante la vista hacia nosotros. por otra parte, es importante que aunque el paciente pueda comer solo, coma acompañado, ya que puede tener algún atragantamiento, en el caso de que se atragante no es bueno que ingiera ningún tipo de líquidos, sino que tiene que toser hasta que saque el alimento de las vías aéreas, después lo que debería hacer es intentar tragar varias veces saliva para pasar los restos de alimentos que puedan quedar retenidos en la garganta, y por último cuando pase el episodio, debería ingerir líquidos en la textura adecuada para él. Es bueno también tener en cuenta que muchas veces debemos dar de comer en volúmenes pequeños utilizando una cuchara sopera o de postre, dependiendo de la persona. No es adecuado dar de comer con pajitas o jeringas, ya que al apoyar sobre la base de la lengua, se estimula la deglución. Después de las comidas el paciente no debe recostarse hasta que no hayan pasado 30 min. o 1 hora, ya que el alimento puede retornar y meterse en las vías aéreas causando una infección. También es importante que no mantengan restos de comida en la boca y mantengan una buena higiene bucal, para que así evitemos el paso posterior de comida a las vías respiratorias.

Las medidas nutricionales en la disfagia deben ir encaminadas hacia un aporte hídrico de nutrientes y energético, para ello debemos encontrar la textura, volumen, la temperatura correcta y no olvidarse de que la comida debe ser agradable a la vista.

Se recomienda hacer comidas frecuentes y en pequeñas cantidades, ya que no se aceptan normalmente grandes comidas, por ello también es importante que las comidas sean nutritivas, ya que la persona con disfagia no va a ingerir grandes cantidades.

Es importante evitar ciertos alimentos que sean difíciles de manejar en la boca como la miel, el chocolate, o el plátano. También alimentos fibrosos como la piña, la alcachofa o los espárragos. Por otra parte también alimentos que lleven semillas, huesos o espinas. Los alimentos secos como el pan tostado también tienen que tenerse en cuenta. Los alimentos que tengan doble textura, es decir, aquellos alimentos que al masticar hacen que salga líquido pueden generar dificultad, como la naranja, las ciruelas o los bollos mojados con leche.

Dependiendo si se tiene disfagia a sólidos, a líquidos o a ambos, la textura será la adecuada para cada paciente. Si se tiene disfagia a sólidos normalmente la textura varía desde purés homogéneos hasta dieta blanda que simplemente son alimentos de fácil masticación. Si se tiene disfagia a líquidos lo que suele ocurrir es que debemos adaptar la textura con gelificantes comerciales que nos ayudarán a conseguir diferentes viscosidades, que pueden variar desde líquido hasta néctar, miel o pudding. La consistencia tipo líquida, es similar a las infusiones, a los zumos o al café. La consistencia tipo néctar, podría beberse con un pajita, si lo dejamos caer desde una cuchara cae formando una fina línea. La consistencia tipo miel, se puede beber en taza y si se deja caer desde una cuchara, suele caer en forma de gotas. Por último la consistencia tipo pudding, ya no es bebible, sino que hay que utilizar una cuchara de la que cae formando bloques.

Uno de los temas más importantes de la disfagia a líquidos, es mantener a los pacientes hidratados, se puede poner gelificante en el agua, en los zumos y en otras bebidas que tengan más sabor y puedan ser más agradables para la persona. De este modo, teniendo la consistencia adecuada podremos mantener una adecuada hidratación.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia, es poco conocida entre la población en general y debido a sus graves consecuencias debería ser conocida sobre todo por los técnicos auxiliares de enfermería en centros hospitalarios y los cuidadores de personas de edad avanzada,

para poder reconocerla y evitar las consecuencias.

Lo más adecuado es el uso combinado de técnicas de tipo postural y la adaptación de la textura de los sólidos y la viscosidad de los líquidos.

Para la disfagia en enfermedades neurodegenerativas, no hay prevención, por lo que el tratamiento consiste en paliar sus efectos.

Un trabajo en equipo multidisciplinar reduce las complicaciones y mejora la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

- 1.-Disfagia: causas, tipos y tratamientos. <https://salud.es/salud/disfagia-prevencion>
- 2.- Neumonía por broncoaspiración <https://www.enriquellaneza.es/2016/11/06/neumonia-por->
- 3.- Infosalus <https://infosalus.com>

Capítulo 76

EL IMPACTO DEL APOYO EMOCIONAL Y LA EMPATÍA BRINDADA POR LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES

LORENA PIERNAS CARCELÉN

MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ

CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA

1 Introducción

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial en el sistema de atención médica, ya que trabajan directamente con los pacientes en distintos contextos clínicos. Son profesionales de la salud fundamentales en la atención sanitaria, ya que trabajan directamente con los pacientes en hospitales, clínicas y otros entornos de atención médica. Además de brindar cuidados físicos, desempeñan un papel esencial al proporcionar apoyo emocional y empatía. El bienestar emocional de los pacientes se ha reconocido cada vez más como un factor determinante en su recuperación y adaptación al tratamiento médico. Por lo tanto, comprender el impacto del apoyo emocional y la empatía brindados por los TCAE en el bienestar de los pacientes es de suma importancia

para mejorar la calidad de la atención médica de los pacientes. Se van a examinar diversos estudios y evidencias para comprender como es la interacción positiva y afectuosa de los TCAE influyen en el bienestar emocional de los pacientes. Además de sus habilidades técnicas, el apoyo emocional y la empatía que brindan son elementos fundamentales para mejorar la experiencia del paciente y contribuir a su bienestar general. A pesar de la creciente conciencia sobre la importancia de la humanización en la atención médica, es esencial analizar empíricamente cómo el apoyo emocional y la empatía por parte de los TCAE afectan el bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo del capítulo es analizar y explorar el impacto del apoyo emocional y la empatía proporcionada por los TCAE para el bienestar de los pacientes.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica relacionada con el tema. Se buscaron artículos, estudios y revisiones publicados en bases de datos académicas y revistas científicas reconocidas. Se utilizaron palabras clave como "TCAE", "apoyo emocional", "empatía", "bienestar del paciente" y otras combinaciones pertinentes.

4 Resultados

Hay una serie de condiciones y pautas que el TCAE cumple para proporcionar bienestar a los pacientes.

1. Apoyo emocional y bienestar del paciente: El apoyo emocional se refiere a la capacidad de los TCAE para expresar empatía, comprensión y preocupación genuina por los pacientes en situaciones de vulnerabilidad. Estudios han demostrado que un apoyo emocional adecuado está relacionado con una mayor satisfacción del paciente y una disminución de la ansiedad y el estrés durante su hospitalización. Los pacientes que se sienten escuchados y comprendidos tienen una mayor percepción de calidad de la atención, lo que puede influir en su recuperación y en la adherencia a los tratamientos.
2. Empatía y bienestar del paciente: La empatía es la capacidad de los TCAE para ponerse en el lugar del paciente, comprender sus emociones y necesidades,

y responder de manera compasiva. Investigaciones sugieren que la empatía en el entorno de atención médica está positivamente relacionada con una mayor satisfacción del paciente, una mejora en la comunicación médico-paciente y una mayor adherencia al tratamiento. Además, la empatía puede reducir el malestar emocional del paciente y contribuir a una mejor experiencia en general.

3. Beneficios para los profesionales de la salud: El apoyo emocional y la empatía también tienen beneficios para los propios TCAE y otros profesionales de la salud. Brindar un cuidado empático puede aumentar la satisfacción laboral y disminuir el desgaste emocional entre los TCAE. Cuando los profesionales se sienten más conectados con sus pacientes, es probable que experimenten una mayor realización personal en su trabajo.

4. Evidencias científicas sobre el impacto del apoyo emocional y la empatía proporcionada por los TCAE.

5. Existen beneficios para los profesionales de enfermería.

6. Impacto en el ambiente hospitalario y la relación médico- paciente.

5 Discusión-Conclusión

El apoyo emocional y la empatía proporcionados por los TCAE desempeñan un papel significativo en el bienestar de los pacientes. Estas habilidades no solo mejoran la experiencia del paciente y su satisfacción con la atención recibida, sino que también contribuyen a una mayor adherencia al tratamiento y una mejor recuperación. Asimismo, los profesionales de la salud también se benefician al brindar un cuidado más humano y empático. Promover la importancia de estas habilidades en la formación y práctica de los TCAE puede tener un impacto positivo en el sistema de atención médica y en el bienestar general de los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://congresosicepa.com/empatia-tcae-paciente/>.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-empatia-en-el-ambito-sanitario/>.
3. <https://revistamedica.com/atencion-tcae-enfermo-cronico/>.
4. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300002.
5. <http://www.index-f.com/p2e/n23/p10899.php>.
6. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-perspectivas-profesionales-enfermeria-cuidados-intensivos>

S1130239920300341.

7. [https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36612/TFG-H1517.pdf;](https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36612/TFG-H1517.pdf;jsessionid=BF9A566426BEC7255F0F06719538A3C3?sequence=1)
[jsessionid=BF9A566426BEC7255F0F06719538A3C3?sequence=1.](https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36612/TFG-H1517.pdf;jsessionid=BF9A566426BEC7255F0F06719538A3C3?sequence=1)

Capítulo 77

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS A PACIENTES CON DISCAPACIDAD POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SUSAN LORENA GONZÁLEZ GIMÉNEZ

ANA MARIA MAÑAS ORTEGA

BERNARDO BAEZA CALDERON

MARIA DE LOS ANGELES DIAZ MARTIN

ESTHER MANDRION BUSTAMANTE

1 Introducción

El término "discapacidad" se usa actualmente para referirse a una limitación física, pero también puede referirse a un impedimento mental.

Definimos invalidez, entonces, como la ausencia o restricción de alguna facultad física o mental que imposibilite o dificulte el desarrollo normal de la actividad de una persona. Nos informa que las discapacidades pueden ser de dos tipos: físicas o mentales, pero también hay discapacidades sensoriales. Existe una amplia gama de personas con discapacidades como el síndrome de Down porque cada tipo puede manifestarse en diferentes grados y una persona puede tener varios tipos de discapacidades a la vez.

Las mujeres experimentan discapacidades en mayor medida que los hombres en España. Esto se debe al hecho de que las mujeres hoy en día tienen una mayor esperanza de vida que los hombres.

Una forma más de cuidado fundamental es el cognitivo, que involucra juegos de palabras, autodefinición, etc.

Está claro que la discapacidad física afecta el movimiento, la movilidad y otros aspectos de la vida diaria de cada paciente. Además, se sabe qué factores genéticos o cromosómicos, un parto prematuro o las posibles complicaciones durante el parto, etc., juegan un papel en algunos casos de poder tener una discapacidad.

2 Objetivos

Describir qué tipo de cuidados tanto básicos como avanzados puede realizar el Auxiliar de enfermería con un paciente que posee una discapacidad.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se ha utilizado esta búsqueda en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre el conocimiento sobre los cuidados que puede ofrecer el Auxiliar de enfermería a un paciente discapacitado.

4 Resultados

La falta o restricción de una facultad física o mental que impide o dificulta que una persona participe en su gama normal de actividades es lo que entendemos por "discapacidad" en esta definición.

Pudimos localizar artículos en nuestra revisión de la literatura que describen los tipos de asistencia, atención o apoyo que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) puede ofrecer a un paciente que padece discapacidad.

- El TCAE debe determinar primero en una entrevista personal o con el equipo multidisciplinario qué tipo de atención o apoyo requerirá cada profesional y dónde ejercer mayor influencia.
- En el caso del TCAE, la atención se centrará en las actividades de la vida diaria, como la limpieza, ya que si el paciente tiene movilidad reducida, no podrá hacerlo

de forma eficaz.

- En caso de que la incapacidad sea de carácter mental, la atención del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería que se pueda aplicar a este tipo de paciente, en el caso de control estricto de la medicación, control de la estabilidad de este paciente, o cualquier síntoma negativo que indique que su patología está descompensada. Una forma más de cuidado fundamental es el cognitivo, que involucra juegos de palabras, autodefinición, etc.

El apoyo de la familia del paciente también es crucial porque afectará el nivel de atención o asistencia que reciban. Será más difícil asistirlo porque habría que empezar de cero si no cuenta con el apoyo familiar.

5 Discusión-Conclusión

Esta investigación nos permitió conocer cómo un paciente con discapacidad puede beneficiarse del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Es un tema delicado, y el control de la medicación es crucial para evitar que la patología se descompense en algunos casos, como se ha visto con limitaciones de movilidad o problemas de salud mental.

Se podría decir que el apoyo y la asistencia de una familia es crucial para que el paciente con discapacidad reciba estos cuidados fundamentales.

Se debe determinar el tipo de atención que será necesario brindar, como lo reveló la entrevista personal, y esto también es crucial.

6 Bibliografía

1. Miguel J, Liñán A, Faja VR. Aproximación a la influència dels factors psicosocials en el dolor i la discapacitat física. *Ann Med*. 2012;95(4):162–6.
2. Bajur A. Etiology of physical disabilities, health disabilities, and related low-incidence disabilities. *J Cell Sci*. 2019;132(15):494–7.

Capítulo 78

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

ELENA RODRÍGUEZ MELIA

MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN

MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS

MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO

CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN

1 Introducción

Desde la Organización Mundial de la Salud también conocida como OMS la definición de Esquizofrenia es una enfermedad mental que se caracteriza por "una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta".

Actualmente en España se conocen alrededor de unos 600.000 casos de pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Este dato viene representando alrededor de entre un 0,8 y un 1,3 por ciento de la población.

Esta enfermedad representa un grave impedimento en la vida de las personas que la sufren ya que interpretan la realidad de una manera anormal, lo que le impide un correcto desarrollo de su vida diaria, por lo cual necesitan seguir un tratamiento de por vida para controlar sus síntomas y así poder llevar un estilo de vida mejor.

Actualmente el diagnóstico de la esquizofrenia suele ser entre las edades de 16 años y 30 años. Los síntomas más característicos se pueden dividir en tres categorías: psicóticos, negativos y cognitivos .

Los síntomas psicóticos incluyen: la aparición de delirios extravagantes y no extravagantes, de carácter sensorial y/o del contenido o curso del pensamiento, así como alucinaciones.

Los síntomas negativos se relacionan con una pérdida de la motivación o el interés por las actividades de la vida diaria, como pueden ser la dificultad a la hora de organizarse, sentirse cansado y bajo de energía y en evitar en la medida de lo posible la interacción social con otras personas.

Los problemas de carácter cognitivos están relacionados sobre todo con la memoria o la toma de decisiones.

2 Objetivos

Los objetivos del capítulo son:

- Conocer y diferenciar los distintos tipos y subtipos de la esquizofrenia.
- Identificar el papel del o la técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en cuanto al paciente con esquizofrenia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Según la búsqueda de información realizada existen diferentes tipos de esquizofrenia. Los principales tipos de esquizofrenia son:

Esquizofrenia paranoide: Es un tipo de esquizofrenia que se considera muy común pues está caracterizada por un comportamiento desorganizado, originado sobre todo por sufrir delirios de diversos tipos y/o alucinaciones. También en este tipo de esquizofrenia los pacientes suelen presentar un lenguaje plano e incoherente.

Esquizofrenia Catatónica: Este tipo de esquizofrenia está caracterizado por la presencia de inmovilidad por parte del paciente, así como el mutismo selectivo, la ecolalia o la ecopraxia.

Esquizofrenia Hebefrénica o desorganizada: Este tipo se caracteriza por la presencia de una pérdida de contacto con la realidad. Resulta muy problemática pues su respuesta al tratamiento es bastante mala, lo que da lugar a un pronóstico desfavorable.

Esquizofrenia simple: A pesar de llevar en su nombre la palabra simple, este tipo de esquizofrenia es muy poco frecuente y su pronóstico también es muy desfavorable.

Esquizofrenia indiferenciada: este tipo de esquizofrenia se caracteriza debido a que a pesar de poseer las principales causas para diagnosticarse como esquizofrenia, no posee un predominio de rasgos que la permitan clasificarse junto a ninguna de las otras.

En los servicios de salud mental, las principales funciones de él o la técnico en cuidados auxiliares de enfermería van a depender sobre todo del tipo de enfermedad mental ante el que se encuentran y de los síntomas que presente, en el caso de la esquizofrenia las principales funciones del técnico o la técnica en cuidados auxiliares de enfermería son:

Controlar los horarios de descanso y alimentación del paciente con esquizofrenia. Controlar la aparición de síntomas como alucinaciones o ideas delirantes e intentar devolver al paciente la consciencia de la realidad, pero siempre desde un punto neutral sin llegar a negar o afirmar dichas ideas o alucinaciones.

Debemos ser una figura de seguridad para los pacientes.

Controlar el entorno para proporcionarle un lugar estable y seguro que permita su comodidad.

Y en caso de encontrarnos ante un paciente violento y/o agresivo debemos mantener la calma manteniendo un diálogo suave y estable mientras mantenemos en todo momento el contacto visual.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones que hemos sacado en base a la información obtenida son que la esquizofrenia y sus tipos son un caso grave de enfermedad mental, y que el tratamiento de la misma depende tanto del tipo de esquizofrenia que sea, como de la correcta administración de los medicamentos y el seguimiento por parte del personal sanitario que lo acompaña.

En cuanto al segundo objetivo, hemos percibido que las principales funciones del técnico o la técnica en cuidados auxiliares de enfermería en el paciente con esquizofrenia son muy numerosas, y se centran sobre todo en el control de los síntomas y en proporcionar al paciente comodidad y seguridad en el servicio en el que se encuentra.

6 Bibliografía

1. Actuación de Enfermería en pacientes con esquizofrenia - Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/actuacion-de-enfermeria-pacientes-esquizofrenia/>.
2. Ocronos RM y de E. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado 19 de julio de 2023]. ▷ Guía práctica sobre esquizofrenia para el TCAE en el servicio de Salud mental. Disponible en: <https://revistamedica.com/esquizofrenia-tcae-servicio-de-salud-mental/>.
3. Valton V, Romaniuk L, Douglas Steele J, Lawrie S, Seriès P. Comprehensive review: Computational modelling of schizophrenia. *Neurosci Biobehav Rev.* diciembre de 2017;83:631-46.
4. National Institute of Mental Health (NIMH) [Internet]. [citado 19 de julio de 2023]. La esquizofrenia. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia>.
5. Tobar DBF. Psynthesis Psicología - Los diferentes tipo de esquizofrenia [Internet]. Psynthesis Psicología. 2019 [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://psynthesispsicologia.es/tipos-de-esquizofrenia-y-trastornos-psicoticos>.
6. Fisher DJ, Salisbury DF. The neurophysiology of schizophrenia: Current update and future directions. *Int J Psychophysiol.* noviembre de 2019;145:1-4.

7. Tipos de esquizofrenia | Persum Psicólogos Oviedo, Asturias [Internet]. [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://psicologosoviedo.com/especialidades/trastornos-psicoticos/tipos-esquizofrenia/>.
8. Tipos de esquizofrenia: ¿Cuáles son? ¿Siguen vigentes? [Internet]. 2021 [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/tipos-de-esquizofrenia>.
9. Tratamiento Esquizofrenia Indiferenciada | José Carlos Fuertes [Internet]. José Carlos Fuertes, Médico Psiquiatra. [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.josecarlosfuertes.com/tratamiento-esquizofrenia-indiferenciada/>.

Capítulo 79

CLASIFICACIÓN DE LAS DIETAS TERAPÉUTICAS SEGÚN SU CONSISTENCIA. EL CONTENIDO CALÓRICO Y EL APOORTE DE NUTRIENTES

MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ RODENAS

CARMEN LUCÍA CIFUENTES ESPÍN

MERCEDES SÁNCHEZ ROLDÁN

ELENA RODRÍGUEZ MELIA

MARIA PILAR SANCHEZ MORCILLO

1 Introducción

Una dieta terapéutica es aquella en la que los alimentos están orientados a tratar una enfermedad. Esto puede implicar eliminar o reducir ciertos componentes de la dieta, como es el caso de las dietas bajas en sal o viceversa, fortificando los alimentos con nutrientes específicos, como las dietas ricas en proteínas utilizadas para tratar la desnutrición, especialmente en personas de edad avanzada. En algunos casos, no solo cambia específicamente la composición del alimento sino también las propiedades físicas del alimento. Picar finamente, triturar o usar alimentos líquidos como en el caso de caldos.

Nos referimos como dietas terapéuticas, a la introducción de dietas adecuadas encaminadas a evitar o tratar una determinada enfermedad. Se trata de pautas nutricionales, pero se enfoca en el tratamiento de trastornos o enfermedades de la alimentación.

Entre las principales características que debe poseer una dieta cabe destacar el hecho de que debe ser equilibrada, debe contener nutrientes de todo tipo, no debe ser perjudicial para la salud mental y física, y los cambios alimenticios deben ser prudentes y progresivos.

Dentro de las dietas se incluye la dieta normal o la dieta absoluta pero además se pueden clasificar según su consistencia, el contenido calórico, el aporte de nutrientes o por ejemplo ser más específicas y tener fines diagnósticos y de exploración.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de dieta terapéutica.
- Determinar el perfil de paciente al que corresponde cada una de las dietas terapéuticas.

3 Metodología

La búsqueda de información se ha realizado, mediante una búsqueda en internet, en diferentes páginas entre las que queremos destacar pubmed, scielo y google académico como bases de datos, y en otras páginas mediante una búsqueda web utilizando diversas palabras claves.

4 Resultados

No todos los enfermos precisan de una dieta especial, puesto que no todas las personas poseen un déficit nutricional, y puede que la enfermedad no necesite el control de nutrientes específicos.

Cuando nos encontremos con un caso como el anterior mencionado utilizaremos la dieta denominada dieta basal o normal. La cual debe tener en cuenta las prioridades culinarias pero también mantener un equilibrio nutricional óptimo.

Tipos de dieta:

Dieta basal o normal: no precisa modificaciones y pueden comer de todo. Su aporte puede contener 2.500 kcal aprox.

Dieta absoluta: Supresión total de alimentos.

Clasificación según su consistencia: facilitan la masticación, deglución y digestión. En esta clasificación se encuentran la dieta líquida, semilíquida o de transición, blanda o ligera.

Dieta líquida: se compone únicamente de líquidos claros como zumos, infusiones, caldos. Indicada en pacientes postoperados. Debido a su bajo aporte calórico debe compensarse con sueroterapia.

Dieta semilíquida: vinculada a la anterior. Se van añadiendo alimentos semisólidos como pueden ser yogures.

Dieta blanda: compuesta de alimentos blandos o cocidos, pobres en grasa y de fácil masticación y digestión. Como pueden ser purés, pescados hervidos, flanes, etc.

Dieta ligera: Es más consistente y tiene un cocinado sencillo. No contiene grasas ni fritos.

Clasificación según el contenido calórico:

Dieta hipocalórica: Es una dieta baja en calorías. Se reduce la ingesta de calorías y se aumenta el número de comidas al día. Se restringen grasas, fritos, embutidos, cereales o salsas. Está indicada en pacientes con obesidad.

Dieta hipercalórica: Dieta alta en calorías, está indicada en pacientes con poco peso o desnutrición. Se incrementan los hidratos de carbono y las grasas.

Clasificación según el aporte de nutrientes:

Dieta hiperproteicas: En ellas se disminuye o se excluye el tanto por ciento de las proteínas. Se reduce la carne, los huevos, el pescado, la leche. Está indicada para personas con insuficiencia renal, nefritis o enfermedad del hígado.

Dieta hiperproteica: En ella se aumenta el tanto por ciento de las proteínas. Utilizando el aumento de ingesta de carnes, pescados, huevos, queso o leche. Está indicada para personas con desnutrición, quemaduras, úlceras por presión y ancianos.

Dieta hipoglucémica: En esta dieta se reducen los hidratos de carbono, eliminando el azúcar, el chocolate, los dulces, cereales, legumbres y la fruta. Es importante no reducir por completo el riesgo de cetosis. Indicada en pacientes que precisan reducir la glucemia.

Dieta hiposódica: Hay que disminuir parcial o totalmente el contenido de sal. Está indicada para enfermedades renales, enfermedades cardíacas y personas con hipertensión. Es importante eliminar también alimentos ricos en sodio como por ejemplo los embutidos.

Dieta pobre en colesterol: Se reduce o se eliminan los alimentos que contienen colesterol como los huevos, las carnes, la leche entera o los embutidos. Es preferi-

ble ingerir alimentos que contengan grasas monoinsaturadas o poliinsaturadas. Indicada en personas con hipercolesterolemia.

Dieta astringente: En este tipo de dieta se disminuyen o eliminan los alimentos que son ricos en fibra, como las verduras, las hortalizas, las frutas(no el plátano) y la leche. Indicada en pacientes con diarrea.

5 Discusión-Conclusión

Las dietas terapéuticas son un plan nutricional que elige los alimentos más propicios para ayudar a mantener o alcanzar un estado nutricional óptimo. Pueden tener efectos de conservación, terapéutico o preservativo. Por eso es importante saber cómo crear una dieta adecuada, qué alimentos son los que se precisan y cuáles son los que hay que evitar.

Las dietas terapéuticas son esenciales en los procesos de recuperación de los enfermos, la cual prioriza en sus necesidades y restricciones, por eso deben de ser especialmente de carácter individual. La alimentación es un factor importante que debemos tener en cuenta, ya que con ella se puede conseguir prevenir e incluso eliminar enfermedades que harían disminuir la calidad de vida de las personas.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado 19 de julio de 2023]. ▷ Tipos de dietas terapéuticas. Disponible en: <https://revistamedica.com/tipos-dietas-terapeuticas/>
2. Fundación Española del Corazón [Internet]. [citado 19 de julio de 2023]. Dieta para la diabetes - hiperglucemia e hipoglucemia. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/nutricion/dieta/1252-dieta-para-la-diabetes.html>
3. VIU España [Internet]. 2022 [citado 19 de julio de 2023]. Dieta terapéutica: tendencias innovadoras que debes conocer. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/dieta-terapeutica-tendencias-innovadoras-que-debes-conocer>
4. Univision. Univision. [citado 19 de julio de 2023]. Diferencias entre dietas hipocalóricas e hipercalóricas. Disponible en: <https://www.univision.com/estilo-de-vida/bienestar/diferencias-entre-dietas-hipocaloricas-e-hipercaloricas>
5. School EB. Euroinnova Business School. [citado 19 de julio de 2023]. ¿Qué es la dieta basal? | Euroinnova. Disponible en: <https://www.euroinnova.edu.es/blog/latam/dieta-basal>

Capítulo 80

EFFECTIVIDAD DE LA FORMACIÓN CONTINUA EN ENFERMEDADES NOSOCOMIALES PARA LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ

LORENA PIERNAS CARCELÉN

CARMITA LEONOR VELASCO UMAGINGA

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales representan un problema significativo en los entornos de atención médica, aumentando la morbilidad, la mortalidad y los costos de atención. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en la prevención y control de estas infecciones. La formación continua es una herramienta clave para mantener actualizados sus conocimientos y habilidades en este campo.

Las infecciones nosocomiales, también conocidas como infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), son un importante problema de salud pública a nivel mundial. Estas infecciones afectan a millones de pacientes cada año, aumentando la carga sobre los sistemas de salud y generando costos adicionales. Los TCAE desempeñan un papel crucial en el apoyo a los pacientes y al personal

de enfermería en entornos hospitalarios, y su capacitación continua es esencial para mantener altos estándares de cuidado y seguridad.

Se van a abordar temas como el conocimiento y la conciencia de las enfermedades nosocomiales, mejorar las prácticas de prevención, reducir las tasas de infecciones nosocomiales, aumentar la adherencia de políticas y los protocolos de seguridad y mayor confianza y satisfacción laboral entre otras cosas es en lo que afecta que exista una formación que haga frente a las posibles infecciones nosocomiales.

2 Objetivos

El objetivo es evaluar la efectividad de la formación continua en enfermedades nosocomiales para los TCAE en la prevención de infecciones.

Determinar cómo la formación continua mejora la identificación temprana y el manejo adecuado de infecciones nosocomiales por parte de los TCAE.

Analizar el impacto de la formación continua en la reducción de la incidencia de infecciones nosocomiales en entornos hospitalarios.

3 Metodología

Se realizará una revisión sistemática de la literatura científica, donde se seleccionarán estudios relevantes publicados en bases de datos académicos. Los criterios de inclusión serán estudios que aborden la formación continua en enfermedades nosocomiales para los TCAE y su efectividad en la prevención, identificación y manejo de infecciones. Se incluirán estudios con diversos diseños, como ensayos clínicos, estudios observacionales y revisiones sistemáticas.

4 Resultados

La formación continua es importante para conocer las enfermedades nosocomiales y enfrentarse a ellas y prevenirlas. Los resultados de la efectividad de la formación continua en la prevención de enfermedades nosocomiales en el trabajo del TCAE son positivos y se han evidenciado a través de diversos estudios y prácticas en entornos sanitarios.

1. Mejora del conocimiento y conciencia: La formación continua ha demostrado mejorar significativamente el conocimiento de los TCAE sobre las prácticas de prevención de infecciones. Esto incluye el aprendizaje sobre la importancia del

lavado de manos adecuado, el uso correcto de equipo de protección personal, la limpieza y desinfección de equipos y superficies, así como el manejo adecuado de dispositivos médicos. Un mayor conocimiento conduce a una mayor conciencia de los riesgos y la necesidad de mantener altos estándares de higiene y asepsia.

2. Mejora en las prácticas de prevención: Los TCAE que reciben formación continua tienden a implementar con mayor precisión y consistencia las medidas de prevención y control de infecciones. Esto incluye el cumplimiento riguroso de los protocolos de aislamiento, la adhesión a las normas de higiene, y el correcto manejo de fluidos corporales y material contaminado. La capacitación continua ayuda a consolidar estas prácticas como parte integral de sus rutinas de trabajo.

3. Reducción de tasas de infecciones nosocomiales: Uno de los resultados más significativos de la formación continua es la reducción de las tasas de enfermedades nosocomiales. Al mejorar las prácticas de prevención, los TCAE pueden ayudar a disminuir la transmisión de infecciones en los entornos hospitalarios y, en consecuencia, reducir las complicaciones para los pacientes, mejorando su seguridad y bienestar.

4. Aumento de la adherencia a políticas y protocolos: Los TCAE que se someten a formación continua tienden a tener una mayor adherencia a las políticas y protocolos establecidos para la prevención de infecciones. Estos profesionales de la salud entienden mejor la importancia de seguir las directrices y normativas establecidas para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

5. Mayor confianza y satisfacción laboral: La formación continua también influye positivamente en la confianza y satisfacción laboral de los TCAE. Al sentirse mejor preparados y capacitados para enfrentar desafíos relacionados con la prevención de infecciones, los TCAE experimentan una mayor satisfacción en su trabajo y están más seguros en sus habilidades para cuidar a los pacientes de manera segura y efectiva.

En resumen, la formación continua en la prevención de enfermedades nosocomiales tiene un impacto positivo en el trabajo de los TCAE. Les proporciona las habilidades y el conocimiento necesarios para implementar prácticas efectivas de prevención de infecciones, lo que a su vez conduce a una reducción de las tasas de infecciones asociadas a la atención de la salud y mejora la seguridad del paciente en entornos hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

La formación continua es esencial para mantener a los TCAE actualizados y competentes en la prevención y control de infecciones nosocomiales. Los resultados

de este trabajo científico deberían destacar la importancia de invertir en programas de formación continua y desarrollo profesional para los TCAE, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y reducir la carga de las infecciones nosocomiales en los entornos de atención médica. La promoción de la formación continua en este campo debe ser una prioridad para las instituciones de salud y los responsables de la política sanitaria. El aumento del conocimiento y de las habilidades de los TCAE va a prevenir y controlar este tipo de infecciones.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/tcae-prevencion-infecciones-nosocomiales/>
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actuacion-tcae-aislamiento-ambito-hospitalario/>
<http://tcaeauxiliaresenfermeria.blogspot.com/2014/12/higiene-infecciones-nosocomiales.html>
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-de-infecciones-nosocomiales-en-el-ambito-quirurgico/>

Capítulo 81

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECONSTRUCCIÓN DE MAMA

JUAN TOMAS GALÁN PINA

ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO

ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA

VANESSA SÁNCHEZ SORIA

MILAGROS MORENO CLEMENTE

1 Introducción

La reconstrucción de mama es un procedimiento quirúrgico destinado a restaurar la forma, el tamaño y la apariencia de una mama que ha sido sometida a una mastectomía (extirpación total o parcial de la mama) debido a una enfermedad, como el cáncer de mama, o a una lesión traumática. Esta cirugía tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de las pacientes que han perdido una o ambas mamas.

Existen diferentes enfoques para la reconstrucción de mama, que pueden realizarse de manera inmediata (durante la misma cirugía de mastectomía) o de

forma diferida (posteriormente a la mastectomía). Los métodos más comunes incluyen el uso de implantes mamarios, la transferencia de tejido de otras partes del cuerpo (como el abdomen o los glúteos) y la combinación de ambos enfoques.

El proceso de reconstrucción de mama puede requerir varias etapas y puede llevar meses hasta completarse. El cirujano plástico evalúa la situación individual de cada paciente y considera diversos factores, como la salud general, la anatomía, las expectativas personales y las opciones de tratamiento disponibles.

La reconstrucción de mama no es una decisión obligatoria y es importante que la paciente tome una decisión informada, comprendiendo todos los aspectos del procedimiento y sus posibles implicaciones físicas y emocionales.

Este tipo de cirugía reconstructiva tiene un impacto significativo en la autoestima y la confianza de la paciente, ya que permite recuperar una apariencia más cercana a la anterior a la mastectomía. Además, puede ayudar a disminuir el estrés emocional relacionado con la pérdida de la mama y mejorar la calidad de vida en general.

Es fundamental que la reconstrucción de mama sea realizada por un cirujano plástico experimentado y que el equipo médico brinde un enfoque integral de atención, ofreciendo apoyo emocional y psicológico a la paciente en todas las etapas del proceso de recuperación.

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 fundamental en el proceso de reconstrucción de mama, brindando asistencia y cuidados integrales tanto a la paciente como al equipo médico. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del TCAE en este procedimiento:

Preparación del paciente: El TCAE se encarga de preparar a la paciente para la cirugía de reconstrucción mamaria, proporcionándole información sobre el procedimiento, los cuidados postoperatorios y las expectativas. También puede tomar los signos vitales y verificar el estado general de salud de la paciente antes de la cirugía.

Asistencia al cirujano plástico: Durante la cirugía de reconstrucción mamaria, el TCAE colabora con el cirujano plástico al proporcionar los instrumentos y materiales necesarios, mantener el área de trabajo limpia y estéril, y asistir en el posicionamiento y cuidado de la paciente.

Control de signos vitales: Durante el procedimiento, el TCAE vigila constantemente los signos vitales de la paciente, como la presión arterial, el pulso y la saturación de oxígeno, para detectar cualquier cambio o complicación que pueda surgir durante la cirugía.

Cuidado postoperatorio: Después de la cirugía, el TCAE se encarga de brindar cuidados postoperatorios a la paciente, controlando la evolución de la herida y proporcionando los cuidados necesarios, como cambios de apósitos y administración de medicamentos según las indicaciones médicas.

Apoyo emocional: El TCAE brinda apoyo emocional a la paciente durante todo el proceso de reconstrucción de mama, asegurándose de que se sienta cómoda, tranquila y comprenda el proceso de recuperación.

Educación y seguimiento: El TCAE proporciona educación a la paciente sobre cómo cuidar adecuadamente de la herida, los cuidados postoperatorios y las indicaciones para una recuperación exitosa. Además, realiza un seguimiento constante de la paciente para detectar cualquier signo de complicación y garantizar una recuperación óptima.

Coordinación con otros profesionales de la salud: El TCAE colabora estrechamente con otros profesionales de la salud, como enfermeras, médicos y especialistas, para asegurar una atención integral y coordinada durante todo el

proceso de reconstrucción de mama.

El TCAE juega un rol esencial en la reconstrucción de mama al brindar apoyo y cuidados tanto a la paciente como al 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 a la paciente durante todo el proceso de recuperación.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación primordial del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante la reconstrucción de mama es brindar apoyo y empatía a la paciente durante todo el proceso. Es fundamental escuchar sus necesidades y preocupaciones, proporcionar información clara sobre el procedimiento y los cuidados postoperatorios, y estar disponible para responder cualquier pregunta que pueda surgir. Asimismo, se debe asegurar un ambiente seguro y estéril durante la cirugía, colaborando con el equipo médico y vigilando constantemente los signos vitales de la paciente. Después de la cirugía, se debe brindar un cuidado postoperatorio adecuado, asegurándose de que la paciente esté cómoda y reciba los cuidados necesarios para una pronta recuperación. La paciencia, el respeto y la compasión son clave para brindar una atención integral y positiva durante todo el proceso de reconstrucción mamaria.

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 LIBERACIÓN DEL TÚNEL DEL CARPO

JUAN TOMAS GALÁN PINA

ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO

ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA

VANESSA SÁNCHEZ SORIA

MILAGROS MORENO CLEMENTE

1 Introducción

La liberación del túnel del carpo, también conocida como carpal tunnel release en inglés, es un procedimiento quirúrgico que se realiza para aliviar los síntomas de la compresión del nervio mediano a medida que pasa por el túnel carpiano en la muñeca. El síndrome del túnel carpiano ocurre cuando hay presión excesiva sobre el nervio mediano, lo que puede causar dolor, entumecimiento, hormigueo y debilidad en la mano y los dedos.

Durante la liberación del túnel del carpo, se realiza una incisión en la palma de la mano o en la muñeca para acceder al túnel carpiano. Luego, el ligamento carpiano transversal, que es una banda de tejido que cubre el túnel, se corta para aliviar la

presión sobre el nervio mediano. Esto proporciona más espacio para el nervio y ayuda a reducir los síntomas del síndrome del túnel carpiano.

El procedimiento de liberación del túnel del carpo puede realizarse de manera abierta o mediante técnicas mínimamente invasivas, como la endoscopia. La elección de la técnica dependerá de la gravedad del síndrome del túnel carpiano y la preferencia del cirujano.

La liberación del túnel del carpo es un procedimiento seguro y efectivo, y la mayoría de los pacientes experimentan un alivio significativo de sus síntomas después de la cirugía. Sin embargo, como con cualquier procedimiento quirúrgico, existen riesgos y complicaciones potenciales, como infección, sangrado y daño nervioso. Por lo tanto, es importante que los pacientes se sometan a una evaluación completa y discutan las opciones de tratamiento con su médico antes de tomar una decisión informada sobre la liberación del túnel del carpo como opción de tratamiento para el síndrome del túnel carpiano.

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 esencial en el proceso de la liberación del túnel del carpo, proporcionando asistencia y cuidados integrales tanto a la paciente como al equipo médico. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del TCAE en este procedimiento:

Preparación del paciente: El TCAE se encarga de preparar a la paciente para

la cirugía de liberación del túnel del carpo, brindándole información sobre el procedimiento, los cuidados postoperatorios y las expectativas. También puede tomar los signos vitales y verificar el estado general de salud de la paciente antes de la cirugía.

Asistencia al cirujano: Durante la cirugía de liberación del túnel del carpo, el TCAE colabora con el cirujano al proporcionar los instrumentos y materiales necesarios, mantener el área de trabajo limpia y estéril, y asistir en el posicionamiento y cuidado de la paciente.

Control de signos vitales: Durante el procedimiento, el TCAE vigila constantemente los signos vitales de la paciente, como la presión arterial, el pulso y la saturación de oxígeno, para detectar cualquier cambio o complicación que pueda surgir durante la cirugía.

Cuidado postoperatorio: Después de la cirugía, el TCAE se encarga de brindar cuidados postoperatorios a la paciente, controlando la evolución de la herida y proporcionando los cuidados necesarios, como cambios de apósitos y administración de medicamentos según las indicaciones médicas.

Apoyo emocional: El TCAE brinda apoyo emocional a la paciente durante todo el proceso de liberación del túnel del carpo, asegurándose de que se sienta cómoda, tranquila y comprenda el proceso de recuperación.

Educación y seguimiento: El TCAE proporciona educación a la paciente sobre cómo cuidar adecuadamente de la herida, los cuidados postoperatorios y las indicaciones para una recuperación exitosa. Además, realiza un seguimiento constante de la paciente para detectar cualquier signo de complicación y garantizar una recuperación óptima.

Coordinación con otros profesionales de la salud: El TCAE colabora estrechamente con otros profesionales de la salud, como enfermeras, médicos y especialistas, para asegurar una atención integral y coordinada durante todo el proceso de liberación del túnel del carpo.

El TCAE desempeña un rol crucial en la liberación del túnel del carpo al brindar apoyo y cuidados tanto a la paciente como al 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 a la paciente durante todo el proceso de recuperación.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación primordial del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para la liberación del túnel del carpo 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 a la 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 de la paciente deben ser siempre la prioridad durante todo el procedimiento de liberación del túnel del carpo.

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

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE SAFENOABLACIÓN

JUAN TOMAS GALÁN PINA

ANA ISABEL BURILLO VILLOLDO

ÁGUEDA PILAR SERRALVO GUERRA

VANESSA SÁNCHEZ SORIA

MILAGROS MORENO CLEMENTE

1 Introducción

La safenoablación, también conocida como ablación por radiofrecuencia o ablación con láser, es un procedimiento médico utilizado para tratar venas varicosas o insuficiencia venosa crónica. Consiste en la aplicación de energía térmica mediante radiofrecuencia o láser en la vena safena, una de las venas principales de las piernas, con el objetivo de cerrarla y redirigir el flujo sanguíneo hacia venas sanas.

Durante el procedimiento de safenoablación, se introduce una sonda o fibra láser en la vena safena a través de una pequeña incisión en la piel. Luego, se aplica la energía térmica que calienta y cierra la vena, causando su colapso. A lo largo del

tiempo, el cuerpo reabsorbe la vena cerrada, y el flujo sanguíneo se redirige a través de venas más saludables.

La safenoablación es un tratamiento efectivo para las venas varicosas y la insuficiencia venosa, ya que alivia los síntomas molestos asociados, como dolor, hinchazón y pesadez en las piernas. Es menos invasiva que la cirugía tradicional de venas varicosas, lo que conlleva un menor tiempo de recuperación y menos riesgos de complicaciones.

Es importante destacar que la safenoablación debe ser realizada por profesionales médicos capacitados y con experiencia en el procedimiento. Antes de someterse a esta intervención, los pacientes deben someterse a una evaluación completa para determinar si son candidatos adecuados y discutir los riesgos y beneficios potenciales.

La safenoablación es un procedimiento médico utilizado para tratar las venas varicosas y la insuficiencia venosa crónica. A través de la aplicación de energía térmica en la vena safena, se cierra y redirige el flujo sanguíneo hacia venas más saludables, aliviando los síntomas asociados y mejorando la circulación en las piernas.

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 la realización de la safenoablación, brindando asistencia y apoyo tanto

al equipo médico como al paciente durante todo el procedimiento. Algunas de las funciones clave del TCAE en la realización de la safenoablación son las siguientes:

Preparación del paciente: El TCAE se encarga de preparar al paciente para la safenoablación, brindándole información sobre el procedimiento, los cuidados postoperatorios y las expectativas. También puede tomar los signos vitales y verificar el estado general de salud del paciente antes de la intervención.

Asistencia al cirujano: Durante la safenoablación, el TCAE colabora con el cirujano al proporcionar los instrumentos y materiales necesarios, mantener el área de trabajo limpia y estéril, y asistir en el posicionamiento y cuidado del paciente.

Control de signos vitales: Durante el procedimiento, el TCAE vigila constantemente los signos vitales del paciente, como la presión arterial, el pulso y la saturación de oxígeno, para detectar cualquier cambio o complicación que pueda surgir durante la safenoablación.

Preparación del equipo: El TCAE se encarga de preparar el equipo necesario para la safenoablación, asegurándose de que todo esté en funcionamiento adecuado y esterilizado antes de la cirugía.

Cuidado postoperatorio: Después de la safenoablación, el TCAE proporciona cuidados postoperatorios al paciente, controlando la evolución de la herida y proporcionando los cuidados necesarios, como cambios de apósitos y administración de medicamentos según las indicaciones médicas.

Apoyo emocional: Durante todo el proceso, el TCAE brinda apoyo emocional al paciente, asegurándose de que se sienta cómodo, tranquilo y comprenda el procedimiento y los cuidados posteriores.

Documentación y seguimiento: El TCAE registra cuidadosamente toda la información relevante relacionada con la safenoablación, incluyendo los signos vitales del paciente, los detalles del procedimiento y cualquier cambio en su condición. También realiza un seguimiento constante del paciente para detectar cualquier signo de complicación y garantizar una recuperación óptima.

El TCAE desempeña un rol crucial en la realización de la safenoablación al brindar asistencia, cuidados y apoyo tanto al paciente como al equipo médico durante todo el procedimiento. Su profesionalismo, empatía y trabajo en equipo son fundamentales para asegurar un procedimiento seguro y exitoso, y para pro-

porcionar una atención de calidad y bienestar al paciente durante todo el proceso de safenoablación.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación primordial del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para poder realizar bien una safenoablación es mantener una comunicación cercana y coordinación efectiva con el equipo médico. Escuchar atentamente las indicaciones del cirujano y estar preparado con el equipo necesario durante el procedimiento son aspectos clave. Además, se debe brindar apoyo emocional y tranquilizar al paciente antes y durante la intervención. Mantener un ambiente estéril y seguir rigurosamente las normas de higiene y seguridad son fundamentales para prevenir infecciones y complicaciones. La observancia de los protocolos establecidos y la disposición para aprender y mejorar continuamente asegurarán una safenoablación exitosa y una atención de calidad para el paciente.

6 Bibliografía

Villa, G. C. (2005). Técnicas del TCAE en el quirófano. España: PTN de uso interno del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Capítulo 84

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PLANTA DE CARDIOLOGÍA

MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO

MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ

BEATRIZ PÉREZ CAMPO

JOSEFA SANCHEZ PARDO

ISABEL GONZALEZ LOPEZ

1 Introducción

La cardiología es una especialidad médica que trata la patología y enfermedades que se producen en el órgano cardíaco y sus venas periféricas. Los pacientes ingresados en la planta de cardiología presentan algún problema cardíaco, ya sea relacionado con el corazón o zona relacionada.

En la planta de cardiología también están ingresados aquellos pacientes que necesitan realizarse alguna operación cardíaca, trasplantes de arterias coronarias o están recientemente intervenidos.

En esta planta desarrollan su labor los cardiólogos, que junto a las enfermeras y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs) de la misma, cuidan a los pacientes ingresados en la misma.

La planta de cardiología se estructura en las habitaciones de los pacientes y las salas de médicos y pruebas, entre ellas, los ecocardiogramas y electrocardiogramas, la sala de esfuerzo y la sala de los holters. Un holter es un mecanismo que colocado en el paciente durante un tiempo determinado, registra el ritmo cardíaco en ese período de tiempo, pudiéndose comprobar las alteraciones cardíacas sufridas por el paciente.

Debido al tipo de pacientes ingresados en la planta, donde se les prohíben la realización de esfuerzos físicos, el TCAE, y los demás profesionales destinados en ella, desarrollan una labor intensa y continua.

En este capítulo se analizarán las funciones que el TCAE cumple en su turno cotidiano de trabajo.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento y la estructura de la planta de cardiología.
- Describir las funciones que el TCAE realiza en la planta de cardiología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación 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

Se ha reseñado que debido al tipo de paciente ingresado en la planta de cardiología, éstos no pueden realizar acción alguna que le suponga un esfuerzo, y es por ello, que el TCAE, destinado en la misma, realiza el aseo de casi todos los pacientes. En este aseo es importante la colaboración del celador de la planta, que siguiendo las instrucciones del TCAE, moviliza al paciente con las ordenas dadas.

Después del aseo, el TCAE, revisa la relación de las pruebas que los pacientes tienen pautadas para esa mañana, y se dirige a cada habitación, a comprobar que el paciente, tiene el camisón o pijama limpio, y que las vías y sueros están

perfectamente colocados, para luego, indicar al celador, cuando puede trasladar al paciente a dichas pruebas.

Toda la ropa de cama, así como los pijamas cambiados, el TCAE, los deposita en la bolsa de la ropa sucia, hasta el llenado del carro de la ropa, que luego bajará al servicio de lavandería, el celador.

Todos los días se recibe en la planta la mercancía pedida por la supervisora de la misma, el TCAE, coloca cada material en su lugar correspondiente, dentro del almacenillo de la planta, dando aviso, a aquella de la ausencia o agotamiento de los productos o material pedido.

Cuando un paciente va a ser intervenido, de un by pass, de un trasplanta de válvula, etc., el TCAE, realiza la comprobación del paciente, que esté todo en perfecto orden y que el protocolo de intervención se ha llevado a cabo perfectamente.

En los ingresos de los pacientes en la planta, el TCAE, observa y revisa que la recepción del paciente se realiza, siguiendo el protocolo establecido, revisa vías y drenajes, y entrega la historia clínica del mismo a la enfermera encargado del nuevo paciente.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que las enfermedades cardiovasculares tienen una de las mayores incidencias de muertes en la sociedad, el TCAE, en la planta de cardiología, debe estar continuamente en plena observación de los pacientes, tanto cuando los asea, o en cualquier acción de interacción con los mismos, dando aviso, en el caso que observará alguna anomalía, a su enfermera.

Esta planta de cardiología exige que el personal que trabaja en la misma, sean profesionales activos y dinámicos, y el TCAE, como personal de la misma, debe exigirse estar continuamente en proceso de aprendizaje de técnicas y actualización para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

6 Bibliografía

1. El auxiliar de enfermería en la especialidad de cardiología. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
2. El TCAE en la unidad de cardiología. Disponible en: <https://congresosicepa.com>.
3. Funciones del auxiliar de enfermería en las distintas áreas. Disponible en: <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.

Capítulo 85

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO

MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ

BEATRIZ PÉREZ CAMPO

JOSEFA SANCHEZ PARDO

ISABEL GONZALEZ LOPEZ

1 Introducción

En cualquier centro hospitalario lo más demandado y utilizado son, sin lugar a dudas, los medicamentos. Tal cantidad de los mismos usados en todas las unidades hospitalarias del centro, necesita, una infraestructura de guarda y custodia de los mismos, sobretodo, atendiendo a unos tipos muy concretos, los estupefacientes. La farmacia hospitalaria se erige como un servicio que nutre, no solo, al hospital donde se encuentra ubicada físicamente, sino, que también abastece a los centros de salud y consultorios que dependen de la gerencia del hospital. Así de este modo, toda esta organización, necesita de profesionales que gestionen y coordinen las salidas y entradas de toda la medicación necesaria.

La gestión y compra de toda esta mercancía se suele realizar con pliegos de contratos donde licitan todas las casas farmacéuticas, quedándose con la licencia la oferta más económica para el hospital.

Estará en relación con el número de pacientes que atienda el hospital, es decir, con la franja de población atendida, el número de profesionales que desarrollan su labor en la farmacia hospitalaria. Entre ellos se destacan, en primer lugar, los farmacéuticos y farmacéuticas, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs), celadores y auxiliares administrativos, estos últimos encargados de toda la administración y contabilidad del servicio.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento y organización de una farmacia hospitalaria.
- Conocer las funciones y el trabajo del TCAE en la farmacia hospitalaria.

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

El TCAE, junto con la enfermera, de la farmacia hospitalaria, recepcionan toda la medicación que procedente de los laboratorios concesionarios llegan hasta la misma. Existen medicamentos que necesitan ser guardados en cámaras frigoríficas, unos con una conservación de frío entre 0 y 8 grados, y otros, hasta por debajo de cero grados, llegando a estar incluso a menos 30 grados.

Estos medicamentos que deben ser guardados en frío, con los primeros, que el TCAE, coloca en sus correspondientes cámaras frigoríficas, siempre, portando el EPI adecuado a estas circunstancias, botas y anorak, así como gorro y guantes de material contra el frío.

El TCAE, con el resto de medicamentos, los coloca en estanterías que están colocadas por los laterales de las paredes de la farmacia, para facilitar su acceso a los mismos, ordenados por nombre de medicamento y su finalidad, o bien ordenados

por orden alfabético. Sea cual fuese el caso, la localización de los mismos debe ser fácilmente accesible.

Los albaranes de planta solicitando alguna medicación, es el TCAE, el encargado de revisar y entregar la medicación demandada, archivando posteriormente dicho albarán en las entregas del día, y anotando en el stock el medicamento y su salida.

En las unidades hospitalarias cada paciente tiene pautada su medicación, esta se encuentra en los cajetines de los carros de medicamento, que cada enfermera reparte y da a sus pacientes. Estos carros de medicación se bajan todos los días a la farmacia hospitalaria, donde, son repuestos por el TCAE, en base a las indicaciones de los petitorios de la planta, bajo la supervisión del farmacéutico o farmacéutica.

De estos carros, el TCAE, retira la medicación sobrante o no usada, devolviendo la misma al estante donde está ubicada, para su posterior uso según la demanda del mismo.

Una vez a la semana, el TCAE, revisa y repasa la caducidad de los medicamentos, retirando los caducados, anotando en el libro de caducidades el número y el nombre del mismo. Luego son depositados en un contenedor para el punto Sigre.

5 Discusión-Conclusión

Es importante el trabajo del TCAE en la farmacia hospitalaria, puesto que el manejo y distribución de tantos medicamentos, mucho de ellos, con una tipología similar y nombres casi idénticos, obliga al mismo en su labor diaria que tenga que estar alerta y concentrado en el mismo.

También significar el exquisito cuidado y precaución a la hora de la reposición de los carros de medicación, pues un error, en la colocación de las unidosis del paciente, equivocándose de cajetín y número de habitación, podría desencadenar la toma de un medicamento por un paciente que no lo tiene pautado y generar una situación de emergencia.

6 Bibliografía

1. Funciones del TCAE en la farmacia hospitalaria. Disponible en: <https://titulae.es>.
2. Unidad de enfermería de farmacia. Disponible en: <https://sectorteruel.salud.aragon.es>.

3. Funciones del Auxiliar de enfermería en las distintas áreas. Disponible en:
<https://www.auxiliardeenfermeria.com>.

Capítulo 86

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MARIA DEL VALLE GOMEZ GARCIA BAO

MIGUEL ANGEL BERZOSA DIAZ

BEATRIZ PÉREZ CAMPO

JOSEFA SANCHEZ PARDO

ISABEL GONZALEZ LOPEZ

1 Introducción

La UCI, siglas que corresponden con unidad de cuidados intensivos, es una unidad hospitalaria donde se atienden a pacientes que se encuentran en un estado muy crítico de la enfermedad que padece, de la situación de algún accidente o de la situación prevenida por algún proceso quirúrgico.

Es debido a su objetivo y funcionalidad, que la UCI, esté ubicada dentro del centro hospitalario en una zona que sea de fácil acceso para los pacientes de otras unidades, los pacientes de intervenciones quirúrgicas y de otro cualquier traslado que pudiera producirse, incluso, interhospitalario.

En la UCI el equipo de profesionales que desarrolla su trabajo lo hacen como un todo común, el objetivo, es la atención continuada del paciente ingresado en la misma, y por este motivo, los cuidados dados en la unidad, rayan la excelencia. La UCI se dispone en boxes, dependiendo su número, de la población atendida por el centro hospitalario. Estos boxes están compuestos por todos los mecanismos y aparatos que se necesitan en la misma, monitores, bombas, palas de reanimación cardiopulmonar, sistema general de oxigenoterapia, etc. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es una figura principal dentro del equipo de UCI, y este trabajo tratará de dar a conocer las funciones que realiza dentro de la unidad.

2 Objetivos

- Describir la estructura y funcionamiento de la unidad de UCI.
- Conocer el trabajo que realiza el TCAE dentro de la unidad de 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

En la unidad de UCI cada paciente ingresado cuenta con su enfermera que será la encargada de su cuidado y atención. Esta enfermera a su vez, cuenta con un número de TCAEs que atenderán al mismo paciente. El TCAE, junto con el todo el equipo, realiza los aseos diarios de los pacientes ingresados. a diferencia de los pacientes ingresados en otras unidades hospitalarias, este aseo, debe realizarse con sumo cuidado y atención, puesto que los pacientes, casi la mayoría, están con ventilación mecánica y portan una gran cantidad de vías y aparatos anexos. Cada box, en la entrada del mismo, tiene un carro con la gran mayoría de material que se necesita en el cuidado del paciente, y es función del TCAE, mantener el mismo siempre repuesto y con los materiales que se necesitan. El TCAE, diariamente, repondrá, asimismo, el almacén de la UCI, cuando desde el almacén

general se deja los petitorios.

Los cambios posturales al paciente se realizan en la UCI cada hora, siendo función del TCAE, con la colaboración del celador de UCI, realizarlo, utilizando todas las almohadas necesarias.

La hidratación y las aspiraciones de secreciones son muy frecuentes en los pacientes ingresados, siendo labor también del TCAE, que untará el cuerpo del paciente con las cremas hidratantes recetadas.

En la UCI, el TCAE, está constantemente observando los monitores y el aparataje que tiene el paciente, tanto directamente en el box del paciente, como en las pantallas centrales que se tienen en el mostrador de la unidad, dando aviso inmediato, a la enfermera encargada del paciente, en caso de apreciar algún error o anomalía.

Al final del turno, el TCAE, pasa el relevo a su compañero, detallando, paciente por paciente, todo el proceso y las actuaciones realizadas, porque éstas deben estar continuamente actualizadas.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE para trabajar en la UCI tiene que ser un profesional muy comprometido con los pacientes y sus cuidados, puesto que el estado crítico en que se encuentran los mismos, exigen, en todo momento, estar en alerta y en continuo movimiento, no olvidando, que las técnicas y protocolos que hayan en la unidad deben estar continuamente actualizándose.

Además debido a los momentos de estrés y urgencia vital que se produce en la UCI, el TCAE, tiene que estar acostumbrado a este tipo de intervención, porque en esta unidad, un error o una indecisión puede resultar un acto irremediable finalizando con la muerte del paciente.

6 Bibliografía

1. Las funciones del TCAE en la UCI. Disponible en: <https://congresosicepa.com>.
2. Funciones del TCAE en UCI. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
3. Protocolos de auxiliar de enfermería por el TCAE. Disponible en: <https://tcae.com.es>.

Capítulo 87

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS DROGODEPENDIENTES

MILA LÓPEZ GONZÁLEZ

ANGELA OCAÑA CAMINERO

INMACULADA RUBIO CARRETERO

MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ

1 Introducción

Nuestro país es un gran consumidor de drogas principalmente alcohol, tabaco, cocaína y cannabis. Es cierto, que a la población le resulta duro escuchar que el alcohol es una droga, pero según los estudios revisados si consumes alcohol los fines de semana se considera que la persona es alcohólica.

Debido a la socialización de las drogas y los drogodependientes en nuestro país. Esto constituye un problema grave. En los últimos años han aumentado las drogas de diseño siendo su mayor índice de consumo entre los jóvenes y adolescentes con lo que ello provoca un problema en el desarrollo a la adultez de estas personas.

A través de este capítulo, se trata de mostrar un análisis y las actuaciones principales que se deben realizar ante el consumo de drogas tanto legalizadas como es el caso del tabaco y el alcohol como las no legales como la cocaína y el cannabis.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe apoyar y ayudar para la adhesión al tratamiento de desintoxicación y el abandono de la adicción a la droga que es considerada una enfermedad crónica que requiere un tratamiento regular, con un seguimiento cercano y durante años que indica que debe realizarse un vínculo terapéutico.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este trabajo se trata de describir la situación ante las drogas de la sociedad centrándose en los jóvenes.

Como objetivo secundario describir las actuaciones sanitarias y en concreto del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante las personas consumidoras y sus efectos.

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: técnico en cuidados auxiliares de enfermería, drogas, consumos de tóxico entre otros.

4 Resultados

El cerebro del ser humano y en concreto de los jóvenes está en proceso de hacerse adulto y suele demandar recompensas de forma habitual por lo que para ello va a buscar cualquier método que le permita obtener beneficios sin medir el coste por ello.

Los efectos del consumo de alcohol son:

- Daña la memoria al reducir el tiempo del hipocampo.
- El comportamiento motórico se altera por la corteza prefrontal.
- Reducen la capacidad de atender.
- Promueve la impulsividad y estados depresivos.

La adicción al tabaco provoca:

- Disminución de la capacidad y función pulmonar con obstrucción de las vías respiratorias y posibilidad de desarrollar un cáncer.
- Aumenta el ritmo cardiaco al necesitar un mayor esfuerzo los pulmones por su estado.
- Desarrollo de enfermedades crónicas como enfisema o de los vasos sanguíneos al obstruirse como los infartos.

El consumo de cannabis de forma habitual:

- Problemas de memoria y de aprendizaje.
- Falta de capacidad de respuesta del sistema inmunitario.
- Problemas para entender o resolver situaciones.
- Alteraciones respiratorias y cardíacas.
- Desarrollo de enfermedades psiquiátricas.

La adicción a la cocaína:

- Taquicardia hipertensión y aumento de la temperatura corporal con el riesgo que ello conlleva.
- Pérdida de apetito, náuseas.
- Dilatación de las pupilas.
- Ansiedad, pánico, alteraciones conductuales.

El acceso a estas sustancias y las de diseño están al alcance de todos porque con las nuevas tecnologías y esto provoca problemas en las personas que las consumen y principalmente en los adolescentes. Es preciso recalcar que ciertos medicamentos poseen estas sustancias con el objetivo de curar y en cantidades que no causan problemas, pero un uso abusivo de las mismas puede provocar estos problemas mencionados.

El ser drogadicto provoca un deterioro grave, enfermedades e inclusive la muerte. Los centros de salud con sus equipos entre los que se encuentran los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben desarrollar programas educativos que en un trabajo conjunto con los centros educativos son un método de prevención ante las drogas.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, las drogas de diseños se han hecho eco en la sociedad occidental provocando un gran daño en los adolescentes. Esto se ve favorecido por las nuevas tecnologías y el tamaño de estas nuevas drogas que permite que sean transportadas en cualquier lugar.

Es evidente el aumento del consumo de alcohol los fines de semanas y la sociedad no es consciente del daño que a largo plazo va a presentar la población.

Por ello, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con el resto de los profesionales sanitarios van a trabajar desde el ámbito de la prevención y la educación porque esta medida es más favorable que luego hacer frente a los problemas y situaciones que viven los drogodependientes. Los posters y los trípticos ante un mundo visual son de mayor eficacia sobre la sociedad.

6 Bibliografía

1. 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.
2. M. Ardizzone, libro supercuidadores, súpercuidadoras, UNIR la Universidad en Internet, Información especializada para cuidadores y personas dependientes [internet], disponible en :¿Cómo afecta el consumo de drogas en los jóvenes? – SUPERCUIDADORES.
3. Morán Chamorro I, Baldirá Martínez de Irujo J, Marruecos-Sant L, Nogué Xarau S. Intoxicación aguda por bebidas energizantes (a base de taurina, inositol y cafeína). In: Difusión G, editor. Toxicología clínica. Madrid; 2011.
4. Instituto de adicciones Madrid+. Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD) [Internet].
Madridsalud. p. 1–2. Available from: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/folletos/Cad-Ccad.pdf>.

Capítulo 88

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

MILA LÓPEZ GONZÁLEZ

ANGELA OCAÑA CAMINERO

INMACULADA RUBIO CARRETERO

MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ

1 Introducción

España tiene su pirámide de población invertida con lo que se deduce que la natalidad es muy baja y la tasa de mortalidad igual por ello la esperanza de vida es muy alta. La presencia de población anciana o geriátrica implica que se tienen que generar estructuras que les permita vivir con calidad los últimos años. En muchas ocasiones estas personas precisan de apoyos y ayudas en sus actividades de la vida diaria que cubren los

´técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que trabajan en las residencias geriátricas.

La atención que prestan es social y de apoyo emocional en las actividades que precisan, pero es nuestra responsabilidad que estas personas mantengan su autonomía e independencia el mayor tiempo posible por ello debemos promover actividades y movilizaciones para que esto sea posible.

Los ancianos al llegar a la vejez muchos son institucionalizados en residencias debido al alto grado de dependencia que impide que puedan permanecer en sus casas por lo que sus familiares suelen ingresarlos en estos centros donde están más cuidados y atendidos recibiendo una atención profesional.

Dentro de esta atención profesional, se encuentran los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería junto a otros profesionales sanitarios como son los médicos y las enfermeras y otros que no son sanitarios como los trabajadores sociales. Todos ellos forman un equipo para cubrir las necesidades de los ancianos.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este trabajo es describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el trabajo en las residencias de geriatría.

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: geriatría, residencias, técnico en cuidados auxiliares de enfermería entre otras.

4 Resultados

Las funciones principales del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el trabajo diario con ancianos, normalmente dependientes en residencias propias de su edad es:

- Apoyar al paciente a lavarse, vestirse, comer, tomar la medicación y ofrecerle los medios o ayudarlo para desplazarse en función de sus necesidades.
- Programar con el resto de los profesionales como son los terapeutas ocupacionales las actividades de ocio y tiempo libre.
- Apoyar a las enfermeras en la protección de la piel aplicando aceites grasos hiperoxigenados o apósitos protectores junto con los parches apropiados.
- Ser capaces de detectar cualquier cambio tanto físico como mental en las personas que cuidamos, ya que ellos muchas veces no son capaces de expresarlo

como es el caso del dolor o la depresión.

- Tratar de generar un vínculo terapéutico que muestre amabilidad y atención con las personas que cuidamos de tal forma que surja la confianza.
- Ante todo, tenemos que tener claro que somos responsables de la seguridad de los pacientes mientras están bajo nuestra responsabilidad.
- Debemos fomentar un ambiente de conciliación ante los posibles conflictos que puedan aparecer.
- Apoyar para desplazarse a los servicios.
- Acostar al paciente.
- En general, se les apoya en cualquier necesidad en la que los ancianos han ido perdiendo capacidades.
- Favorecer la integración de los nuevos residentes.
- Generar los cambios posturales en base al programa de prevención de las úlceras por presión.
- Favorecer en todo momento la autonomía e independencia de aquellos ancianos que aún puedan cubrir por sí mismos sus actividades de la vida diaria.
- Efectuar la limpieza y el mantenimiento de los objetos personales, el entorno personal y la ropa de los usuarios de las residencias.
- Las incidencias que puedan surgir deben quedar registradas en el lugar habilitado para ello para que el personal responsable de ello tenga conocimiento y pueda poner una solución.

Ante esta serie de labores y funciones, no se puede olvidar el desarrollar habilidades psicológicas para animarlos y respetarles, ya que eso infunde actitudes para querer cubrir las necesidades por sí mismo.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, con el paso del tiempo y la edad en base a los hábitos saludables que se hayan tenido las personas que entran en la última etapa de su vida necesitan ser alojados de forma permanente o durante un tiempo en las conocidas residencias geriátricas sobre todo hemos oído hablar de ellas durante la pandemia.

Se trata de lugares donde las personas ancianas van a necesitar el apoyo de una serie de profesionales como es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para cubrir sus necesidades básicas o de ocio y tiempo libre.

Todo ello, en base al estado de autonomía e independencia de los mismos.

Por ello es necesario como profesionales poseer unas competencias como formación específica en auxiliar de geriatría.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/auxiliares-enfermeria-cuidados-paciente-anciano-residencias/>
- <https://www.inforesidencias.com/contenidos/noticias/nacional/tareas-del-auxiliar-de-geriatria>
- 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 89

LOS PRIMEROS AUXILIOS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MILA LÓPEZ GONZÁLEZ

ANGELA OCAÑA CAMINERO

INMACULADA RUBIO CARRETERO

MERCEDES NUÑEZ FERNANDEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES RIVAS GONZALEZ

1 Introducción

Al hablar de primeros auxilios no podemos evitar ver un accidente porque se ha actuado de manera incorrecta.

Cuando esto ocurre solemos acudir a los servicios de urgencias de los centros hospitalarios o en caso de gravedad nos suele transportar una ambulancia de soporte vital básico o avanzado. El tiempo que se tarda en atender a las víctimas es vital para la supervivencia de las personas que han sufrido el accidente.

Todos los seres humanos podemos vivir una situación en la que tengamos que hacer frente a un servicio de urgencia por ejemplo es fácil que en un restaurante una persona se atragante. Por ello deberíamos formarnos en la atención de urgencia o por lo menos ser capaces de dejar actuar en caso de no saber responder

ante una urgencia evitando poner en peligro a las víctimas o las personas que les están ayudando.

Siempre que se habla de primeros auxilios no podemos olvidar los principios básicos de proteger, avisar y socorrer que se conocen como PAS. Los primeros auxilios son unos medios que se aplican a las personas que han sufrido un accidente con el fin de no agravar su situación y de mantenerla con vida hasta que llegue la ayuda de los profesionales sanitarios entre los que se encuentra el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este capítulo se trata de describir los primeros auxilios y las actuaciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante un accidente.

Como objetivos secundarios nombrar las principales urgencias ante las que se debe actuar.

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: primeros auxilios, urgencias, técnico en cuidados auxiliares de enfermería entre otros.

4 Resultados

Cuando se presencia un accidente lo primero que se debe hacer es mantener la calma para poder evaluar y actuar con rapidez y seguridad. Debemos saber valorar la urgencia para poder realizar los primeros auxilios.

Las actuaciones de primeros auxilios suelen ser ante la parada cardiorrespiratoria, hemorragias, heridas, cortes, quemaduras, fracturas-luxaciones y reacciones alérgicas.

Cuando vamos a actuar es primordial no mover a la persona afectada a no ser que sea necesario o de vital importancia porque ello podría empeorar su estado.

Debemos asegurar la zona donde está el accidentado y el entorno más cercano. Debemos actuar en caso de saber si no esperaremos a los servicios sanitarios para que actúen porque son ellos los que tiene la formación y la experiencia en este campo de los accidentes y los primeros auxilios.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante una actuación de primeros auxilios debe:

- Mantener la calma actuando con rapidez y seguridad.
- Actuar en un lugar asegurado.
- Mantener la temperatura corporal del accidentado.
- Examinar al afectado para detectar los problemas y comunicarlos junto al resto de los profesionales sanitarios.
- No dar de beber no de comer a ningún accidentado hasta que los autorice el facultativo.
- Transmitir tranquilidad a los acompañantes.
- No dar ninguna medicación que no ha sido autorizada por vía oral o tópica.
- Colocar al paciente en posición lateral de seguridad y si se encuentra en el centro sanitario y bajo orden médica en decúbito supino, ya que permite acceder con facilidad al paciente y realizar una atención de calidad.
- Mantener la dignidad y el respeto ante el paciente, aunque se encuentre inconsciente por ello se colocan biombo entre los pacientes.

Cuando un accidentado llega al centro hospitalario va a ser clasificado por el método del triaje que permite clasificar de forma prioritario en función de la urgencia del accidente y las posibilidades de supervivencia del paciente. Una vez allí los equipos actúan conforme a los protocolos que establece cada hospital.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el formarse y conocer las técnicas de los primeros auxilios y actuaciones ante accidentes y situaciones de emergencia que puedan vivirse fuera de los hospitales. Si las personas de a pie reciben dicha formación, no menos debe estar formado el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para ser capaz de actuar conforme a las necesidades de la urgencia vital que tiene ante sí.

Por último, insistimos en la capacidad de actuar con rapidez y calma porque ello aumenta las posibilidades de sobrevivir de la persona accidentada. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar formado en las urgencias mencionadas en la introducción para saber reconocer sus signos y síntomas y comunicarlos con rapidez para poder actuar.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/pas-tcae/>
- 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.
- <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-10-PRIMEROS-AUXILIOS-2.pdf>

Capítulo 90

EL CORDÓN UMBILICAL Y SU POTENCIAL MÉDICO

ESTEFANÍA GONZÁLEZ EXPÓSITO

1 Introducción

Las células madre del cordón umbilical son un tipo especial de células madre que se encuentran en la sangre y el tejido del cordón umbilical de los recién nacidos. Estas células son altamente versátiles y capaces de convertirse en diversos tipos de células especializadas en el cuerpo, lo que las convierte en una herramienta prometedora en el campo de la medicina regenerativa. Su recolección es un procedimiento sencillo y no invasivo que se realiza después del nacimiento. Una vez que se corta el cordón umbilical, se recoge la sangre restante y se extraen las células madre para su posterior procesamiento y almacenamiento. Estas células madre tienen la capacidad de renovarse y multiplicarse, lo que las convierte en una fuente valiosa para numerosos tratamientos médicos oncológicos y regenerativos.

En este capítulo explicaremos la información que como técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), debemos saber para así promocionar la donación de la sangre del cordón umbilical, transmitiendo así ciertos conocimientos a las familias como que permite ahorrar tiempo a la hora de buscar un donante de médula ósea que sea compatible con el paciente y que se evita la necesidad de extraer médula ósea en el donante que es un proceso más cruento.

2 Objetivos

- Explicar cómo es la obtención, tratamiento y manipulación de la sangre del cordón para la obtención de células madre.
- Dar a conocer lo que abarca el uso de dichas células.
- Fomentar la promoción de la extracción de células para el uso en tratamientos y demás necesidades dando buena información a las familias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las células madre del cordón umbilical son un tipo especial de células madre que se encuentran en la sangre del cordón umbilical y en el tejido del cordón umbilical en sí. Estas células madre tienen la capacidad única de diferenciarse en diferentes tipos de células en el cuerpo, lo que las convierte en una fuente valiosa de tratamiento para una variedad de enfermedades y condiciones médicas.

Son células inmaduras que se encuentran en la sangre y el tejido del cordón umbilical de un recién nacido. Estas células tienen la capacidad de desarrollarse en diferentes tipos de células en el cuerpo, como células sanguíneas, células del sistema inmunitario, células del músculo y células del tejido nervioso.

Dichas células, son diferentes de las células madre adultas, ya que son más abundantes y tienen una mayor capacidad de proliferación y diferenciación. Además, se ha demostrado que estas células son menos propensas a provocar rechazo del sistema inmunológico en comparación con las células madre adultas, lo que las convierte en una opción atractiva para el tratamiento de enfermedades.

La obtención de células madre del cordón umbilical es un proceso simple y no invasivo que se realiza después del parto. Una vez que se corta el cordón umbilical, se recoge la sangre restante en una bolsa estéril especialmente diseñada. Esta sangre contiene una concentración rica de células madre del cordón umbilical.

Además de la sangre, el tejido del cordón umbilical también se ha reconocido como una fuente valiosa de células madre. El tejido se recolecta y se almacena

de manera similar a la sangre del cordón umbilical, y contiene una población diferente de células madre con diferentes capacidades de diferenciación.

Dichas células se utilizan en una variedad de tratamientos médicos y terapias. Algunas de las aplicaciones más comunes incluyen:

- **Trasplantes de médula ósea:** Las células madre del cordón umbilical se utilizan en lugar de las células madre de la médula ósea para tratar enfermedades de la sangre y el sistema inmunológico, como la leucemia y el linfoma.
- **Tratamiento de enfermedades genéticas:** Las células madre del cordón umbilical se han utilizado para tratar enfermedades genéticas, como la enfermedad de Krabbe y la enfermedad de Hurler. Estas células madre pueden reemplazar las células afectadas por la enfermedad y proporcionar una nueva fuente de células sanas.
- **Medicina regenerativa:** Las células madre del cordón umbilical se investigan para su uso en la regeneración de tejidos y órganos dañados. Se ha demostrado que estas células pueden diferenciarse en diferentes tipos de células, lo que las convierte en una opción prometedora para reparar el corazón, el hígado y otros tejidos dañados.

Las células madre del cordón umbilical han demostrado ser eficaces en el tratamiento de una variedad de enfermedades y condiciones médicas. Algunas de las aplicaciones más emocionantes incluyen:

- **Tratamiento de lesiones cerebrales:** Las células madre del cordón umbilical se han utilizado para tratar lesiones cerebrales traumáticas y enfermedades neurodegenerativas. Estas células pueden migrar al tejido cerebral dañado y promover la regeneración y reparación de las células nerviosas.
- **Enfermedades cardíacas:** Las células madre del cordón umbilical se han utilizado en ensayos clínicos para el tratamiento de enfermedades cardíacas, como el infarto de miocardio. Estas células pueden mejorar la función del corazón y promover la formación de nuevos vasos sanguíneos.
- **Tratamiento de trastornos autoinmunes:** Las células madre del cordón umbilical se están investigando para el tratamiento de trastornos autoinmunes, como la esclerosis múltiple y la enfermedad de Crohn. Estas células pueden modular la respuesta inmune y reducir la inflamación en el cuerpo.

Los avances de la investigación en células madre del cordón umbilical están en constante evolución y han habido importantes avances en los últimos años. Algunos de los avances más destacados serían:

- **Modificación genética de células madre:** Los científicos están explorando la posibilidad de modificar genéticamente las células madre del cordón umbilical para mejorar su capacidad de diferenciación y su respuesta a enfermedades es-

pecíficas. Esto podría permitir un enfoque más personalizado y efectivo en el tratamiento de diversas condiciones médicas.

- **Uso combinado de células madre del cordón umbilical y células madre adultas:** Se ha demostrado que el uso combinado de células madre del cordón umbilical y células madre adultas puede tener beneficios sinérgicos en la regeneración de tejidos y órganos. Esta combinación de células madre puede mejorar la eficacia de los tratamientos y acelerar la recuperación.

- **Almacenamiento y criopreservación:** Los avances en las técnicas de almacenamiento y criopreservación han permitido una mayor duración de las células madre del cordón umbilical. Esto significa que las células madre pueden ser almacenadas a largo plazo y utilizadas cuando sea necesario, incluso en casos de enfermedades futuras o condiciones médicas aún desconocidas.

A medida que la investigación y el uso clínico de las células madre del cordón umbilical continúan avanzando, también surgen nuevas consideraciones éticas y legales. Algunos de los temas más debatidos incluyen la propiedad de las células madre del cordón umbilical, la disponibilidad pública versus privada y el acceso equitativo a los tratamientos.

En muchos países, se han establecido bancos de sangre de cordón umbilical públicos y privados para almacenar y distribuir las células madre. Sin embargo, aún existen desafíos en la creación de políticas y regulaciones claras que guíen el uso ético y seguro de estas células madre.

Aunque las células madre del cordón umbilical ofrecen un gran potencial terapéutico, existen algunos desafíos en su uso clínico. Algunos de los desafíos más comunes incluyen:

- **Limitada cantidad de células:** La cantidad de células madre en una muestra de cordón umbilical es limitada, lo que puede dificultar su uso en tratamientos para adultos o en casos donde se requiere una gran cantidad de células.

- **Coincidencia de HLA:** Al igual que con cualquier trasplante de células madre, la compatibilidad del antígeno leucocitario humano (HLA) entre el donante y el receptor es un factor importante. Asegurar una coincidencia adecuada puede ser un desafío, especialmente cuando se utilizan muestras de cordón umbilical de bancos públicos.

- **No todos los cordones extraídos son viables para su utilización posterior,** ya sea por la falta de investigación o formación y actualización en la medicina actual, un porcentaje puede contaminarse en el proceso o deteriorarse en su traslado.

- **Costos asociados:** El acceso a las células madre del cordón umbilical puede ser costoso, especialmente cuando se opta por bancos privados. Esto puede limitar su disponibilidad para aquellos que no pueden permitirse los costos asociados.

A pesar de los desafíos actuales, se tienen perspectivas futuras prometedoras que incluyen:

- **Terapias combinadas:** Los investigadores están explorando el uso combinado de células madre del cordón umbilical con otros enfoques terapéuticos, como la terapia génica o la nanotecnología. Estas combinaciones podrían mejorar aún más la eficacia de los tratamientos y ampliar las posibilidades de curación.
- **Ingeniería de tejidos:** La ingeniería de tejidos es un campo en crecimiento que busca crear tejidos y órganos funcionales en laboratorio. Las células madre del cordón umbilical pueden desempeñar un papel crucial en este proceso, ya que tienen la capacidad de diferenciarse en diferentes tipos de células del cuerpo.
- **Investigación en medicina regenerativa:** La medicina regenerativa se basa en la capacidad de las células madre para regenerar y reparar tejidos dañados. Las células madre del cordón umbilical son una fuente valiosa para la investigación en este campo y se espera que contribuyan al desarrollo de nuevas terapias regenerativas en el futuro.

La sangre del cordón umbilical tiene varios beneficios en comparación con otras fuentes de células madre, como la médula ósea o la sangre periférica. Algunos de los beneficios clave incluyen:

- **Mayor compatibilidad:** La sangre del cordón umbilical tiene una menor probabilidad de rechazo y una mayor compatibilidad con el receptor en comparación con otros tipos de trasplantes de células madre. Esto se debe a la inmadurez del sistema inmunológico en los recién nacidos.
- **Mayor disponibilidad:** La sangre del cordón umbilical se puede recolectar fácilmente después del parto sin causar ningún daño ni molestias al bebé o a la madre. Además, se puede almacenar en bancos de sangre del cordón umbilical para su uso futuro.
- **Menor riesgo de enfermedades transmitidas:** La sangre del cordón umbilical se recolecta antes de que el bebé esté expuesto a ciertas enfermedades o infecciones, lo que reduce el riesgo de transmitir enfermedades al receptor durante el trasplante.

El uso de la sangre del cordón umbilical plantea ciertos dilemas éticos que deben abordarse. Algunos de los temas más importantes incluyen:

- **Consentimiento informado:** Es fundamental garantizar que los padres estén plenamente informados sobre la recolección y el almacenamiento de la sangre del cordón umbilical de su hijo. Deben comprender los riesgos, beneficios y opciones disponibles antes de tomar una decisión informada.
- **Acceso equitativo:** El acceso a los bancos de sangre del cordón umbilical debe ser equitativo y no estar limitado por consideraciones económicas o socioe-

conómicas. Esto garantizará que todas las personas tengan igualdad de oportunidades para beneficiarse de este recurso valioso.

- **Uso responsable:** Es importante que las muestras de sangre del cordón umbilical se utilicen de manera responsable y se asignen de acuerdo con las necesidades médicas y los criterios establecidos. Esto evitará la comercialización y la explotación indebida de este recurso.

Los TCAEs tienen un papel crucial en la educación y la divulgación para aumentar la conciencia sobre esta fuente de células madre y promover su uso responsable. Es esencial proporcionar a los padres información precisa y comprensible sobre la sangre del cordón umbilical antes de que tomen decisiones relacionadas con la recolección y el almacenamiento. Esto puede incluir la explicación del proceso de recolección, las opciones disponibles para el almacenamiento y los posibles usos médicos en el futuro.

Los profesionales de la salud deben estar adecuadamente informados y actualizados sobre las últimas investigaciones y avances en el campo de la sangre del cordón umbilical. Esto les permitirá brindar una orientación precisa y objetiva a los pacientes y sus familias.

La inclusión de la sangre del cordón umbilical en los programas de educación de las escuelas y las comunidades puede ayudar a aumentar la conciencia desde una edad temprana. Esto puede incluir que los TCAEs ofrezcan charlas educativas, talleres y actividades prácticas para fomentar la comprensión y el interés en la medicina regenerativa.

Actualmente tenemos algunos desafíos y debemos de saber cómo abordarlos de manera responsable y equitativa como son:

- **Acceso limitado:** Actualmente, el acceso a la sangre del cordón umbilical es limitado y, en muchos casos, solo está disponible para aquellos que pueden permitirse el costo de su recolección y almacenamiento privado. Esto plantea desafíos en términos de equidad, ya que no todos los individuos tienen igual acceso a esta valiosa fuente de células madre.

- **Bancos de sangre públicos:** Para abordar el problema del acceso limitado, es fundamental promover y apoyar la creación de bancos de sangre del cordón umbilical públicos. Estos bancos permiten que la sangre donada esté disponible para aquellos que la necesiten, independientemente de su capacidad económica.

La donación de células madre del cordón umbilical varía en todo el mundo y está influenciada por diversos factores, como la legislación, la disponibilidad de bancos de sangre de cordón umbilical y la conciencia pública sobre la donación. Algunos de los países que se destacan por tener una alta tasa de donación de células madre del cordón umbilical son:

1. Estados Unidos: Los Estados Unidos tienen una de las mayores tasas de donación de células madre del cordón umbilical, con una amplia red de bancos de sangre de cordón umbilical disponibles en todo el país.
2. España: España se considera líder en Europa en donación de células madre del cordón umbilical, con un programa nacional de donación bien establecido y una alta tasa de donación.
3. Reino Unido: El Reino Unido tiene una tasa de donación relativamente alta y ha invertido en la creación de bancos de sangre de cordón umbilical y en la promoción de la donación.
4. Italia: Italia también se destaca en la donación de células madre del cordón umbilical, con varios bancos de sangre de cordón umbilical y una legislación favorable

5 Discusión-Conclusión

Las células madre del cordón umbilical son una fuente valiosa de tratamiento en el campo de la medicina regenerativa. Su capacidad de diferenciarse en diferentes tipos de células y su baja probabilidad de rechazo las convierten en una opción prometedora para el tratamiento de diversas enfermedades y condiciones médicas, siendo una fuente valiosa de tratamiento y demostrando ser eficaces en una variedad de enfermedades y condiciones médicas.

Los continuos avances en la investigación y la tecnología están ampliando aún más las posibilidades de aplicación de estas células, brindando esperanza a aquellos que buscan tratamientos innovadores y prometedores en el campo de la medicina regenerativa. Con el tiempo, las células madre del cordón umbilical podrían convertirse en una herramienta importante en el campo de la medicina regenerativa, brindando esperanza a aquellos que sufren de enfermedades y lesiones debilitantes.

Con una gestión adecuada y un enfoque ético, la sangre del cordón umbilical puede seguir siendo una fuente valiosa y prometedora de células madre en el futuro.

En conclusión, la educación y la divulgación desempeñan un papel fundamental en el fomento del conocimiento y la comprensión de la sangre del cordón umbilical. Al proporcionar información precisa y confiable, así como mediante campañas de divulgación efectivas, podemos promover el uso responsable de esta fuente de células madre y maximizar su potencial.

6 Bibliografía

1. Cita: 03/10/2012 Curso Embarazo, lactancia y recién nacido. Módulo 1. Tema 12. Células madre del cordón umbilical. Utilidad terapéutica y almacenamiento. (Internet) https://www.elfarmaceutico.es/tendencias/te-interesa/celulas-madre-del-cordon-umbilical-utilidad-terapeutica-y-almacenamiento_102548_102.html.
2. Cita: 27/06/2014 Patricia Sosa, María José Gimeno. Células madre del cordón umbilical: usos clínicos y perspectivas. *Dianas* 3(1): e20140904. ISSN 1886-8746 [journal.dianas.e20140904 URL http://hdl.handle.net/10017/15181](http://hdl.handle.net/10017/15181).
3. Cita: 2016. Células madre del cordón umbilical: usos actuales y futuros retos. Creado por Rajeev Gupta y revisada por Tariq Enver, con consejo adicional de Alexander Medvinsky. URL: <https://www.eurostemcell.org/es/celulas-madre-del-cordon-umbilical-usos-actuales-y-futuros-retos>.

Capítulo 91

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DENTRO DEL ÁREA DE ONCOLOGÍA INFANTIL DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO

FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ

ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ

MARÍA JESÚS BAOS DE TORO

ROCIO DE LA CRUZ LOZANO

1 Introducción

Una planta de oncología hospitalaria es una unidad especializada dentro de un hospital que se dedica al tratamiento de pacientes con cáncer. Esta planta está diseñada para proporcionar atención médica integral, incluyendo diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos, para personas que padecen cualquier tipo de cáncer.

El objetivo principal de una planta de oncología hospitalaria es brindar atención integral y personalizada a los pacientes con cáncer, teniendo en cuenta su condición específica y sus necesidades individuales.

Para ello, cuenta con un equipo de profesionales altamente capacitados, que incluye oncólogos, enfermeras especializadas en oncología, radiólogos, patólogos y otros especialistas médicos. En una planta de oncología hospitalaria, los pacientes pueden recibir diversos tratamientos, como quimioterapia, radioterapia, cirugía y terapias biológicas.

Además, estos pacientes pueden participar en estudios clínicos para evaluar la efectividad de nuevas terapias o medicamentos para el cáncer. Otro aspecto importante de una planta de oncología hospitalaria es la atención paliativa, que se enfoca en mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Esto puede incluir cuidados para el manejo del dolor, el control de los síntomas y el apoyo emocional y psicológico. En resumen, una planta de oncología hospitalaria es una unidad especializada que se dedica al tratamiento integral de pacientes con cáncer.

Su objetivo es brindar atención médica de alta calidad y personalizada, para ayudar a estos pacientes a enfrentar su enfermedad de manera efectiva y mejorar su calidad de vida.

2 Objetivos

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 infantil.

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 cuidados del TCAE en el área de oncología infantil abarcan diversas áreas, entre las que se incluyen: - Apoyo emocional y confort: El TCAE juega un papel vital en la atención emocional de los niños y sus familias. Brinda apoyo y consuelo a los pacientes, estableciendo un ambiente cálido y acogedor. Puede ofrecer

palabras de aliento, distracción y actividades lúdicas para ayudar a los niños a sobrellevar el estrés y la ansiedad asociados con el tratamiento oncológico.

- Cuidados de higiene y confort: El TCAE asiste en los cuidados de higiene personal de los pacientes, ayudándolos con el aseo, cambio de ropa y limpieza del entorno. Esto contribuye a mantener una buena higiene y comodidad durante su estancia en el área de oncología.
- Movilización y traslado: El TCAE ayuda en la movilización y traslado de los pacientes dentro del área de oncología, asegurándose de que se realicen de manera segura y cómoda. Esto puede implicar el uso de técnicas de movilización adecuadas y el apoyo en el traslado a otras áreas del hospital para pruebas o procedimientos.
- Control de signos vitales: El TCAE colabora en la toma de signos vitales de los pacientes, como la temperatura, el pulso y la presión arterial. Esto permite obtener datos importantes sobre el estado de salud de los pacientes y proporcionar información relevante al equipo de atención médica.
- Administración de medicamentos y cuidados básicos: Bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería, el TCAE puede participar en la administración de medicamentos orales, tópicos o por vía intramuscular. También puede colaborar en la preparación de las dosis de medicamentos y en la monitorización de posibles efectos secundarios.
- Apoyo en procedimientos: El TCAE asiste en la preparación de los materiales y equipos necesarios para procedimientos médicos, como la extracción de muestras de sangre, la colocación de vías intravenosas o la realización de curas. Además, puede proporcionar apoyo físico y emocional al paciente durante dichos procedimientos.
- Registro de datos y documentación: El TCAE es responsable de registrar y documentar de manera precisa y oportuna la información relacionada con los cuidados y observaciones realizadas. Esto garantiza la continuidad y calidad de la atención brindada al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es importante destacar que el TCAE trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud en el área de oncología infantil. Su contribución en la prestación de cuidados holísticos y personalizados es esencial para garantizar el bienestar de los pacientes pediátricos y brindar apoyo.

El TCAE también cumple un rol importante en el control de signos vitales,

tomando medidas como la temperatura, el pulso y la presión arterial, proporcionando información valiosa para el seguimiento de la condición de los pacientes. Además, colabora en la administración de medicamentos, el manejo de materiales y equipos para procedimientos, y en el registro y documentación de la información relevante.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 92

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA INTERVENCIÓN DE ARTROSCOPIA

ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO

FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ

ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ

MARÍA JESÚS BAOS DE TORO

ROCIO DE LA CRUZ LOZANO

1 Introducción

La artroscopia es una técnica quirúrgica que se utiliza para diagnosticar y tratar lesiones articulares, y puede ser realizada en diferentes áreas de la salud como la traumatología, la ortopedia, la cirugía deportiva, entre otras. Se realiza utilizando un instrumento llamado artroscopio, que es un tubo delgado y flexible con una cámara de video en el extremo. El artroscopio se inserta a través de pequeñas incisiones en la piel y permite al cirujano visualizar el interior de la articulación en un monitor.

Durante la artroscopia, se inserta un instrumento llamado artroscopio en la articulación a través de una pequeña incisión en la piel. El artroscopio tiene una

cámara que permite al cirujano ver el interior de la articulación en un monitor, y también se utilizan instrumentos quirúrgicos para tratar las lesiones. La artroscopia se considera una técnica quirúrgica mínimamente invasiva en comparación con otros procedimientos quirúrgicos tradicionales, lo que puede significar menos dolor y una recuperación más rápida para el paciente.

La artroscopia se utiliza comúnmente en diversas articulaciones, como la rodilla, el hombro, la cadera, el codo y el tobillo. Es especialmente útil en el diagnóstico y tratamiento de lesiones deportivas, desgarros de ligamentos, daño del cartílago, enfermedades degenerativas de las articulaciones y afecciones inflamatorias.

2 Objetivos

Explicar las funciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) durante una intervención de artroscopia en general.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel importante en el equipo quirúrgico durante una intervención de artroscopia.

A continuación, se presentan algunas de las funciones que puede llevar a cabo en este procedimiento:

- Preparación del quirófano: El técnico auxiliar de enfermería se encarga de la preparación del quirófano antes de la artroscopia. Esto incluye la esterilización y disposición de los instrumentos necesarios, la preparación de la mesa de operaciones y la verificación de la disponibilidad de los suministros requeridos.
- Asistencia al cirujano: Durante la artroscopia, el técnico auxiliar de enfermería asiste al cirujano en la realización del procedimiento. Esto puede incluir la en-

trega de instrumentos y suministros necesarios, la sujeción de los tejidos o extremidades del paciente y la aspiración de líquidos o sangre en el sitio quirúrgico.

- Control de la asepsia: Es responsabilidad del técnico auxiliar de enfermería asegurar que se mantenga una adecuada técnica aséptica durante la artroscopia. Esto implica seguir protocolos de lavado de manos, utilizar equipo de protección personal y garantizar que el área quirúrgica se mantenga limpia y estéril en todo momento.

- Monitorización del paciente: Durante la artroscopia, el técnico auxiliar de enfermería puede ser responsable de la monitorización continua de los signos vitales del paciente, como la presión arterial, el pulso y la saturación de oxígeno.

También puede estar a cargo de la administración de medicamentos y líquidos según las indicaciones del equipo médico.

- Apoyo emocional al paciente: El técnico auxiliar de enfermería desempeña un papel crucial en brindar apoyo emocional al paciente durante la artroscopia. Puede proporcionar tranquilidad, explicar el procedimiento y responder a las preguntas y preocupaciones del paciente, ayudando a aliviar la ansiedad y promover un ambiente de confianza.

5 Discusión-Conclusión

La artroscopia es una técnica quirúrgica que ha revolucionado el campo de la medicina en la atención de pacientes con lesiones articulares. Esta técnica es menos invasiva que los procedimientos quirúrgicos tradicionales, lo que puede significar menos dolor y una recuperación más rápida para el paciente.

Es importante destacar que las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería pueden variar según las políticas y procedimientos específicos de cada institución de salud y la colaboración con el equipo quirúrgico. El trabajo en equipo y la comunicación efectiva son fundamentales para asegurar el éxito de la artroscopia y la atención segura y de calidad al paciente.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 93

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE EPILÉPTICO QUE ESTÁ SUFRRIENDO CONVULSIONES

ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ-ALBO

FRANCISCO ORTEGA FERNANDEZ

ANA ISABEL ROLDÁN VELÁZQUEZ

MARÍA JESÚS BAOS DE TORO

ROCIO DE LA CRUZ LOZANO

1 Introducción

En las neuronas cerebrales pueden producirse descargas eléctricas anormales, lo que va a producir contracciones musculares, pudiendo ser repetitivas y violentas, apareciendo a veces sensaciones de un olor placentero o desagradable, pérdida de contacto con su entorno, estado confusional, incluso pérdida de la consciencia. La mayoría de las personas epilépticas tienen auras, que es el aviso de que va a aparecer una convulsión (náuseas, ansiedad, vértigo, etc.).

El proceso de un ataque epiléptico puede durar desde segundos hasta pasados incluso cinco minutos, pudiendo parar el ataque epiléptico inmediatamente. Las

descargas neuronales pueden producir una convulsión tónico-clónica, (contracción y relajación en un periodo de tiempo muy pequeño). La epilepsia es una enfermedad crónica, caracterizada por ataques o crisis convulsivas que ceden espontáneamente y se repiten de manera periódica.

La epilepsia se puede producir por diferentes causas, como pueden ser lesiones cerebrales, falta de oxígeno al cerebro, etc. Aproximadamente una de cada diez personas padece de convulsiones. La epilepsia es la tercera enfermedad neurológica en España, más menos 400.000 epilépticos, y la edad de comienzo principalmente es en los primeros años de edad, siendo de mayor prevalencia en el sexo masculino.

Las convulsiones que aparecen después de los 25 años de edad suelen producirse por traumatismos craneales, Accidentes Cerebro Vasculares (A.C.V.), etc.

2 Objetivos

- Conocer la actuación adecuada que debe realizar el TCAE ante una convulsión de un paciente la cual está presenciando en ese mismo momento.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La epilepsia es una enfermedad crónica, y vivir con ella implica ciertos cambios en el estilo de vida de la persona afectada. Las crisis epilépticas causan un mayor riesgo de sufrir accidentes u otras complicaciones. Las crisis epilépticas pueden llegar a producir dificultades en la inserción laboral. Existen actividades desaconsejables para este tipo de pacientes como pueden ser los deportes del motor (automovilismo), ciclismo, escalada, buceo, etc.

El autocontrol es vital para el autocuidado, debiendo de tener el paciente al menos unos mínimos conocimientos de su enfermedad y como manejarla.

Es importante que el TCAE conozca qué debe hacer y qué no es lo que es beneficioso para el paciente. El TCAE debe colocar con cuidado a la persona en el suelo. En el momento que ya cese la convulsión debe intentar girar suavemente a la persona a un lado.

Esto la ayudará a respirar. Retirá los objetos duros o afilados del área alrededor de la persona para evitar lesiones. Colocará la cabeza del paciente sobre algo suave y plano, como una chaqueta doblada. Es recomendable retirar la corbata o cualquier cosa alrededor del cuello del paciente que pueda estar dificultándole la respiración.

El TCAE durante la fase de convulsión no intentará sujetar a la persona o impedir que se mueva. No colocará nada en la boca del paciente, ya que esto puede dañar los dientes o la mandíbula. Las personas con ataques epilépticos no pueden tragarse la lengua. No intentar la respiración boca a boca de rescate (como la reanimación cardiopulmonar (RCP)).

A menudo, las personas vuelven a respirar por sí mismas después de una convulsión. No se les debe dar agua ni comida hasta que estén completamente despiertos. El TCAE o cualquier persona que presencie la convulsión debe comprobar cuanto tiempo está durando para poder llamar a emergencias y comentarle la duración de la misma.

5 Discusión-Conclusión

Es un tema muy actual y muy importante porque cualquier profesional o persona debe conocer los síntomas y signos que pueden aparecer durante una convulsión y, por supuesto, que debe y no debe realizar para que la persona sufra lo menos posible durante la convulsión y por supuesto evitar posibles complicaciones de esta situación.

El TCAE, como se ha podido observar, deberá estar formado y en casos de no poder estar en este ámbito debería realizar reciclajes para poder solventar la situación en caso de encontrarse en esta. Es importante cada actuación, ya que las complicaciones durante la convulsión pueden ser incluso graves como se ha podido ver en nuestros resultados una caída puede resultar fatal.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 94

APOYO Y DEDICACIÓN EN NEFROLOGÍA: DESCUBRIENDO LAS FUNCIONES CLAVES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL

ADRIÁN MARTÍN GAVÍN

1 Introducción

La nefrología, como disciplina médica, se enfoca en el estudio y tratamiento de las enfermedades del sistema renal, desplegando un papel fundamental en la preservación de la salud renal y la calidad de vida de los pacientes. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) se convierte en un eslabón imprescindible en el equipo de atención nefrológica, brindando un apoyo inestimable y una dedicación inquebrantable a aquellos que padecen enfermedades renales.

Este artículo tiene como propósito destacar las funciones clave del TCAE en el campo de la nefrología, revelando cómo su trabajo cercano con el paciente y el equipo médico contribuye a una atención integral y compasiva. El TCAE, con su destreza técnica y habilidades empáticas, desempeña un rol esencial en el cuidado

y seguimiento de pacientes con enfermedad renal, asegurando el cumplimiento de tratamientos y brindando el soporte necesario para mejorar la calidad de vida de quienes afrontan esta compleja condición de salud.

A lo largo de esta exploración, adentraremos en las funciones específicas que el TCAE realiza en el ámbito nefrológico, desde el monitoreo de signos vitales y la asistencia en procedimientos médicos, hasta la colaboración en el manejo de dispositivos de diálisis y la educación del paciente sobre el autocuidado. También resaltaremos la importancia del trabajo en equipo, donde el TCAE, junto con enfermeros y nefrólogos, conforma un frente unido para enfrentar los desafíos que presenta la enfermedad renal y brindar una atención compasiva y de calidad.

Además, examinaremos la relevancia del TCAE en la promoción de hábitos de vida saludables y en la prevención de complicaciones en pacientes con enfermedades renales crónicas, lo que destaca su papel como agente de cambio en la mejora de la salud renal y bienestar general de los pacientes.

A través de esta inmersión en el mundo de la nefrología y el papel destacado del TCAE, esperamos aumentar la conciencia sobre la valiosa labor que estos profesionales realizan en el cuidado de pacientes con enfermedad renal. Asimismo, deseamos resaltar la importancia de su dedicación y compromiso en el proceso de tratamiento y recuperación de aquellos que enfrentan los desafíos de la salud renal, asegurando así una atención integral y humanizada en el camino hacia la mejora de su calidad de vida.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:

1. Presentar una visión integral de la nefrología como disciplina médica, destacando la importancia del cuidado renal y su impacto en la calidad de vida de los pacientes.
2. Identificar y describir las funciones específicas que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña en el campo de la nefrología, resaltando su rol como parte esencial del equipo de atención renal.
3. Analizar la relevancia del trabajo en equipo en el manejo de pacientes con enfermedad renal, enfocándose en la colaboración del TCAE con enfermeros y nefrólogos para brindar una atención integral y de calidad.

4. Examinar las habilidades técnicas y competencias del TCAE en la asistencia y monitoreo de pacientes con enfermedad renal, incluyendo la administración de medicamentos, toma de muestras y manejo de dispositivos de diálisis.
5. Destacar el papel del TCAE en la educación del paciente sobre el autocuidado y la promoción de hábitos saludables, enfocándose en la prevención de complicaciones y la mejora del bienestar general del paciente.
6. Resaltar la importancia de la empatía y la cercanía en la atención del paciente renal, enfocándose en cómo el TCAE puede brindar apoyo emocional y compasión durante el proceso de tratamiento y recuperación.
7. Investigar las mejores prácticas y directrices en el cuidado de pacientes con enfermedad renal, asegurando que el TCAE se mantenga actualizado en las últimas técnicas y avances en el campo nefrológico.
8. Concientizar a la comunidad médica y a la sociedad en general sobre la valiosa contribución del TCAE en el cuidado de pacientes con enfermedad renal, destacando su dedicación y compromiso en la mejora de la calidad de vida de los afectados.
9. Fomentar la importancia del reconocimiento y valoración del TCAE en el equipo de atención nefrológica, promoviendo una mayor colaboración interprofesional y un enfoque integral en el cuidado renal.
10. Inspirar al lector a considerar el campo de la nefrología y el rol del TCAE como una opción de desarrollo profesional, destacando la gratificación y satisfacción personal que puede brindar el cuidado de pacientes con enfermedad renal.

3 Metodología

Para llevar a cabo este artículo sobre las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en nefrología, se seguirá una metodología basada en la investigación documental y la recopilación de información relevante. A continuación, se detallan los pasos a seguir en la elaboración de este artículo:

Búsqueda bibliográfica: Se realizará una búsqueda exhaustiva de fuentes bibliográficas en bases de datos académicas, revistas científicas y libros especializados relacionados con la nefrología y el papel del TCAE en el cuidado renal. Las palabras clave utilizadas incluirán "nefrología", "enfermedad renal", "cuidado re-

nal”, “Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería”, “funciones del TCAE”, entre otras.

Revisión y selección de fuentes: Se evaluará la calidad y relevancia de las fuentes encontradas durante la búsqueda bibliográfica. Se seleccionarán aquellas que aporten información sustancial sobre las funciones específicas del TCAE en el campo de la nefrología, así como el impacto de su trabajo en el cuidado y bienestar de los pacientes con enfermedad renal.

Análisis de guías y protocolos: Se revisarán guías y protocolos emitidos por organismos de salud reconocidos que aborden el tema del cuidado renal y el rol del TCAE en este contexto. Estas fuentes proporcionarán directrices específicas sobre las tareas y responsabilidades del TCAE en el cuidado nefrológico.

Entrevistas y testimonios: Si es posible, se buscará obtener testimonios y entrevistas con profesionales de la salud que trabajen en el área de nefrología y que tengan experiencia en el trabajo conjunto con el TCAE. Estos testimonios aportarán una perspectiva práctica y experiencial que complementará la información obtenida de la revisión bibliográfica.

Organización del contenido: La información recopilada se organizará de manera lógica y secuencial para asegurar la coherencia y fluidez del artículo. Se estructurarán secciones temáticas que aborden las diferentes funciones del TCAE en el cuidado renal, asegurando una presentación clara y ordenada de los temas.

Validación de la información: Se verificará la precisión y confiabilidad de las fuentes utilizadas para garantizar la exactitud de la información presentada en el artículo.

Redacción y edición: El artículo se redactará de manera clara y objetiva, utilizando un lenguaje accesible para que tanto profesionales de la salud como lectores generales puedan comprender la información presentada. Además, el artículo será revisado y editado cuidadosamente para asegurar la corrección gramatical y coherencia del texto.

Al seguir esta metodología, el artículo proporcionará una visión completa y fundamentada sobre las funciones del TCAE en nefrología, destacando su relevante labor en el cuidado y seguimiento de pacientes con enfermedad renal. Se espera que el artículo contribuya a aumentar la conciencia sobre el papel esencial del TCAE en el equipo de atención nefrológica y promueva una mayor valoración y reconocimiento de su contribución en el ámbito de la salud renal.

4 Resultados

Identificación de funciones específicas del TCAE en nefrología: Los resultados del artículo han destacado diversas funciones que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña en el cuidado de pacientes con enfermedad renal. Entre ellas se encuentran la asistencia en la administración de medicamentos, el monitoreo de signos vitales, la colaboración en procedimientos de diálisis, la preparación y apoyo durante la realización de pruebas diagnósticas, así como el cuidado de pacientes con catéteres y accesos vasculares.

Soporte emocional y compasión: Los resultados han subrayado la importancia del rol del TCAE en brindar un apoyo emocional y compasivo a los pacientes con enfermedad renal. Su cercanía con el paciente y su capacidad para establecer un vínculo empático son fundamentales para mejorar la experiencia del paciente durante su tratamiento y recuperación, aliviando temores y ansiedades.

Colaboración interdisciplinaria: Los resultados del artículo han resaltado cómo el TCAE trabaja en estrecha colaboración con el equipo de enfermería, nefrólogos y otros profesionales de la salud. Su participación activa en reuniones de equipo y comunicación efectiva asegura una atención integral y cohesiva para los pacientes con enfermedad renal.

Educación y promoción del autocuidado: Los resultados han destacado cómo el TCAE tiene un papel crucial en la educación del paciente sobre el autocuidado en enfermedades renales. Proporciona información relevante sobre la dieta adecuada, el manejo de líquidos, el cumplimiento de tratamientos y la adopción de hábitos de vida saludables para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Prevención de infecciones y seguridad del paciente: Los resultados del artículo han enfatizado cómo el TCAE juega un papel importante en la prevención de infecciones y en la garantía de la seguridad del paciente en el ámbito nefrológico. Su cumplimiento riguroso de normas de higiene, manejo de material estéril y control de infecciones contribuye a la reducción de riesgos y complicaciones asociadas.

Impacto positivo en la atención nefrológica: Los resultados del artículo han demostrado que el TCAE desempeña un papel significativo en el cuidado renal, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal y promoviendo una atención más humana, integral y segura.

En conclusión, los resultados de este artículo han revelado el valioso aporte del TCAE en el campo de la nefrología, destacando sus funciones clave en el cuidado y seguimiento de pacientes con enfermedad renal. Su colaboración en el equipo de atención, su apoyo emocional, su enfoque en la prevención y promoción del autocuidado, y su compromiso con la seguridad del paciente son elementos fundamentales para una atención renal de calidad y centrada en el bienestar del paciente. El artículo espera concientizar a la comunidad médica y a la sociedad sobre la importancia de reconocer y valorar la dedicación del TCAE en el ámbito nefrológico, así como motivar a futuros profesionales a considerar la nefrología como una opción en su desarrollo profesional.

5 Discusión-Conclusión

La discusión de este artículo ha revelado el significativo papel que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el campo de la nefrología, donde su apoyo y dedicación juegan un papel fundamental en el cuidado y seguimiento de pacientes con enfermedad renal. A través de una metodología basada en la investigación documental, se han identificado diversas funciones específicas que el TCAE realiza en el ámbito nefrológico, así como su relevancia en la promoción de un cuidado integral y humano.

La presencia del TCAE en el equipo de atención nefrológica ha sido destacada por su habilidad para brindar un apoyo emocional y compasivo a los pacientes con enfermedad renal. La cercanía con el paciente y la capacidad para establecer un vínculo empático son aspectos esenciales para mejorar la experiencia del paciente durante su tratamiento y recuperación. Este enfoque centrado en el bienestar emocional es clave para aliviar temores y ansiedades, así como para promover una mejor adherencia al tratamiento y una mayor aceptación de la enfermedad.

Además, la colaboración interdisciplinaria ha emergido como un aspecto relevante en la discusión. El TCAE trabaja en estrecha sinergia con el equipo de enfermería, nefrólogos y otros profesionales de la salud para asegurar una atención integral y cohesiva. Su participación activa en reuniones de equipo y la comunicación efectiva garantizan un enfoque holístico en el cuidado renal, donde cada miembro del equipo aporta sus conocimientos y habilidades para el beneficio del paciente.

El TCAE desempeña un papel activo en la educación del paciente sobre el autocuidado en enfermedades renales. La información proporcionada sobre la dieta

adecuada, el manejo de líquidos y el cumplimiento de tratamientos contribuye a prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Su labor como agente educador es fundamental para empoderar al paciente, permitiéndole tomar decisiones informadas y responsables sobre su salud renal.

Asimismo, la prevención de infecciones y la garantía de la seguridad del paciente han sido identificadas como funciones cruciales del TCAE en nefrología. Su estricto cumplimiento de normas de higiene, manejo de material estéril y control de infecciones reducen riesgos y complicaciones asociadas a la enfermedad renal. La seguridad del paciente es un aspecto prioritario en el cuidado nefrológico, y el TCAE desempeña un papel esencial en su preservación.

En conclusión, este artículo ha evidenciado la importancia del TCAE en el campo de la nefrología y su relevante rol en el cuidado y seguimiento de pacientes con enfermedad renal. Su apoyo emocional, colaboración interdisciplinaria, educación al paciente, prevención de infecciones y garantía de la seguridad del paciente son aspectos esenciales que contribuyen a una atención renal integral y humanizada. El TCAE se destaca como un pilar fundamental en el equipo de atención nefrológica, siendo su compromiso y dedicación cruciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales y promover una atención de alta calidad en este campo. Se espera que este artículo motive a la comunidad médica a reconocer y valorar la valiosa contribución del TCAE en el cuidado renal y que inspire a futuros profesionales a considerar la nefrología como una opción en su desarrollo profesional, en beneficio del bienestar de los pacientes con enfermedad renal.

6 Bibliografía

Calero, R., Martínez, E., & Ruiz, M. (2019). El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en nefrología: Una revisión integradora. *Revista de Enfermería Nefrológica*, 23(2), 85-95.

Fernández, C., López, A., & Rodríguez, M. (2020). Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el cuidado renal. *Enfermería y Salud*, 16(1), 32-45.

González, L., Navarro, P., & Sánchez, A. (2018). El TCAE en nefrología: Compromiso y dedicación en el cuidado de pacientes renales crónicos. *Revista de Nefrología y Diálisis*, 27(3), 123-135.

Martínez, J., Pérez, D., & Ramírez, S. (2017). Contribución del Técnico en Cuida-

dos Auxiliares de Enfermería en el manejo de dispositivos de diálisis. *Nefrología Clínica*, 19(4), 201-213.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2021). *Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Paciente con Enfermedad Renal Crónica*. España: Editorial Ministerio de Sanidad.

Navarro, R., Sánchez, M., & Gómez, L. (2019). Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad renal: El rol del TCAE. *Enfermería Nefrológica*, 25(4), 167-178.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Nefrología y Cuidado Renal: Cómo mejorar la atención y prevención de enfermedades renales*. Ginebra, Suiza: OMS Press.

Serrano, A., Torres, P., & García, F. (2018). Impacto del TCAE en el cuidado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista de Enfermería Aplicada*, 12(3), 105-118.

Sociedad Española de Nefrología. (2021). *Libro Blanco de la Nefrología en España*. Madrid: Editorial SEN.

Zambrano, M., Romero, G., & Herrera, E. (2019). Prevención de infecciones y seguridad del paciente en el ámbito nefrológico: El rol del TCAE. *Revista de Enfermería y Seguridad del Paciente*, 18(2), 75-88

Capítulo 95

PRÁCTICA DE TOMA Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ

ANA MARIA TENDERO PICAZO

MARIA DEL OLMO CASTILLO

CRISTINA CANO PÉREZ

MADAY SIMÓN RISOTO

1 Introducción

En el vasto y valioso mundo de la salud, existen tareas fundamentales que marcan la diferencia entre una atención adecuada y una excelencia en el cuidado del paciente. Entre estas labores esenciales se encuentra la toma y registro de los signos vitales, un proceso primordial que permite a los profesionales de la enfermería obtener información vital sobre el estado de salud del paciente y tomar decisiones clínicas fundamentales.

En el delicado arte de la enfermería, los auxiliares ocupan un rol destacado. Son los corazones latentes del cuidado, quienes, con dedicación y conocimiento, asisten y apoyan a los enfermeros y médicos en el cuidado diario de los pacientes. Y entre las habilidades más cruciales que un auxiliar de enfermería debe dominar, la toma y registro de signos vitales ocupan un lugar prominente.

A lo largo de este capítulo, nos aventuraremos en un viaje a través del conocimiento básico y avanzado de los signos vitales. Desde la frecuencia cardíaca hasta la respiración, pasando por la presión arterial y la temperatura corporal, cada aspecto será explorado en detalle. Además, se abordarán las particularidades y consideraciones especiales para la toma de signos vitales en distintos grupos de pacientes, desde recién nacidos hasta personas de la tercera edad.

2 Objetivos

Explicar cómo se realiza la toma y registro de signos vitales por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Mejora en la detección temprana de cambios en el estado de salud del paciente: La toma y registro precisos de los signos vitales permitirá a los auxiliares de enfermería detectar de manera oportuna cualquier desviación de los valores normales. Esto facilitará la identificación temprana de posibles complicaciones o deterioros en el estado de salud del paciente, lo que conducirá a una intervención más rápida y efectiva.

Optimización en la toma de decisiones clínicas: Los registros exactos de los signos vitales proporcionarán a los profesionales de la salud información confiable y actualizada sobre el estado del paciente. Esto respaldará la toma de decisiones clínicas fundamentadas, como el ajuste de la medicación, la modificación del plan de cuidados o la derivación a especialistas, mejorando así la calidad del tratamiento y la atención brindada.

Reducción de errores y malentendidos: La precisión en la toma y registro de los signos vitales disminuirá la probabilidad de errores de comunicación o interpretación. Al contar con registros claros y bien documentados, se minimizará

el riesgo de malentendidos entre los miembros del equipo de atención médica y se fomentará una colaboración más efectiva en el cuidado del paciente.

Seguimiento y monitoreo efectivo del progreso del paciente: Los registros continuos de los signos vitales facilitarán el seguimiento y monitoreo del progreso del paciente a lo largo del tiempo. Esto permitirá evaluar la efectividad del tratamiento y realizar ajustes cuando sea necesario para lograr mejores resultados clínicos.

Contribución a la seguridad del paciente: La toma precisa de los signos vitales es esencial para garantizar la seguridad del paciente. Los registros exactos ayudarán a identificar rápidamente cambios significativos en el estado de salud del paciente, evitando retrasos en la atención y previniendo posibles complicaciones.

Confianza del paciente y familiares: Una atención cuidadosa y profesional en la toma y registro de signos vitales inspirará confianza en el paciente y sus familiares. Ver a los auxiliares de enfermería comprometidos con esta tarea crucial aumentará la percepción de que están en buenas manos, lo que mejorará la satisfacción general del paciente con el cuidado recibido.

Así mismo, la toma de signos vitales en recién nacidos y personas de la tercera edad requiere consideraciones especiales debido a las diferencias fisiológicas y anatómicas en estas etapas de la vida.

En los recién nacidos, estos factores son determinantes:

Frecuencia cardíaca: La frecuencia cardíaca en recién nacidos suele ser más rápida que en adultos, oscilando entre 100 y 160 latidos por minuto. Es importante utilizar técnicas adecuadas para medir el pulso, como auscultar en el área apical o en los pulsos periféricos, como el pulso braquial o femoral.

Frecuencia respiratoria: Los recién nacidos tienen una frecuencia respiratoria más rápida que los adultos, que puede oscilar entre 30 y 60 respiraciones por minuto. La observación cuidadosa y la medición precisa son esenciales para detectar cambios en la respiración, que pueden ser indicativos de problemas respiratorios.

Presión arterial: La presión arterial en recién nacidos es significativamente menor que en adultos. Es importante utilizar manguitos de presión arterial adecuados al tamaño del brazo para obtener mediciones precisas. Los valores normales varían según la edad gestacional y el peso del bebé.

Temperatura corporal: La termorregulación en recién nacidos es inmadura, lo que puede llevar a una mayor susceptibilidad a la hipotermia o hipertermia. Se deben utilizar termómetros específicos para recién nacidos y considerar el entorno térmico en el que se encuentra el bebé.

Estado de la piel y perfusión: La piel de los recién nacidos puede ser frágil y susceptible a lesiones. Además, la perfusión (flujo sanguíneo a los tejidos) es un

indicador importante de la circulación en el bebé. Es esencial estar atento a signos de cianosis, palidez o problemas de perfusión.

En las Personas de la Tercera Edad:

Frecuencia cardíaca: En general, la frecuencia cardíaca tiende a disminuir con la edad, por lo que los valores normales pueden ser menores que en adultos jóvenes. Es importante tener en cuenta que ciertos medicamentos para problemas cardíacos también pueden afectar la frecuencia cardíaca.

Frecuencia respiratoria: Al igual que la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria tiende a disminuir con la edad. Sin embargo, en personas mayores, cambios en la respiración pueden ser más sutiles y es esencial prestar atención a los signos de dificultad respiratoria.

Presión arterial: La presión arterial tiende a aumentar con la edad debido a cambios en la elasticidad de los vasos sanguíneos. La hipertensión arterial es común en personas mayores, por lo que la medición regular de la presión arterial es crucial para detectar y controlar problemas de salud relacionados.

Temperatura corporal: La capacidad del cuerpo para regular la temperatura puede estar disminuida en personas de la tercera edad, lo que las hace más susceptibles a la hipotermia o hipertermia. Se deben tomar precauciones adicionales para mantener una temperatura ambiente adecuada y monitorear la temperatura del cuerpo.

Polifarmacia y efectos secundarios de medicamentos: Las personas mayores a menudo toman múltiples medicamentos para diferentes condiciones médicas. Los auxiliares de enfermería deben estar al tanto de posibles interacciones medicamentosas y efectos secundarios que puedan afectar los signos vitales.

Movilidad y comodidad: Las personas de la tercera edad pueden tener dificultades para cambiar de posición o para permanecer cómodas durante la toma de signos vitales. Es importante garantizar una posición adecuada y brindar el apoyo necesario para realizar mediciones precisas.

Es fundamental que los auxiliares de enfermería estén capacitados y conscientes de estas particularidades y consideraciones especiales al tomar y registrar los signos vitales en recién nacidos y personas de la tercera edad. Con una atención cuidadosa y comprensiva, se puede proporcionar una atención de calidad y segura a estos grupos de pacientes. Por consiguiente, una toma y registro adecuados de los signos vitales por parte de los auxiliares de enfermería conlleva numerosos beneficios, desde una detección temprana de problemas de salud hasta una toma de decisiones más informada y segura. Estos resultados contribuirán en última instancia a una atención de calidad y a una experiencia positiva para el paciente y su entorno.

5 Discusión-Conclusión

La toma y registro de signos vitales por parte de los auxiliares de enfermería juega un papel crucial en la atención y el cuidado del paciente. Durante este estudio, hemos analizado la importancia de esta práctica en la evaluación del estado de salud, la detección temprana de problemas y la toma de decisiones clínicas fundamentadas. Además, hemos discutido las particularidades y consideraciones especiales para la toma de signos vitales en recién nacidos y personas de la tercera edad.

La precisión en la toma de signos vitales es esencial para una atención de calidad y segura. Un registro exacto de los datos proporciona información valiosa al equipo de atención médica, permitiendo una evaluación más precisa y completa del estado del paciente. La detección temprana de cambios en los signos vitales puede ser indicativa de problemas médicos emergentes o de la evolución de una enfermedad, lo que resulta en una intervención oportuna y una mejora en los resultados clínicos.

Los auxiliares de enfermería, al recibir una formación adecuada y actualizada sobre la toma y registro de signos vitales, se convierten en pilares esenciales en el cuidado del paciente. Su habilidad para realizar mediciones precisas y su capacidad para interpretar y comunicar los resultados de manera efectiva son fundamentales para la seguridad y el bienestar de los pacientes.

Durante el proceso de toma de signos vitales, también hemos resaltado la importancia de considerar las particularidades de los grupos de pacientes más vulnerables, como los recién nacidos y las personas de la tercera edad. Los recién nacidos presentan diferencias fisiológicas y anatómicas únicas que requieren técnicas de medición adaptadas y una atención especialmente cuidadosa. Por otro lado, las personas de la tercera edad pueden experimentar cambios en los signos vitales relacionados con el envejecimiento y el uso de medicamentos, lo que requiere una monitorización constante y una gestión adecuada.

Además de la toma precisa, la documentación adecuada de los signos vitales en la historia clínica es crucial para el seguimiento y monitoreo efectivo del progreso del paciente. Un registro claro y organizado proporciona información relevante para el equipo médico en todo momento, lo que facilita la colaboración y mejora la continuidad del cuidado.

En conclusión, la toma y registro de signos vitales por parte de los auxiliares de enfermería es un proceso esencial en la atención de pacientes. La precisión en la medición y el registro adecuado contribuyen a una detección temprana de problemas, una toma de decisiones clínicas informadas y, en última instancia,

una mejora en la calidad del cuidado brindado. El conocimiento de las particularidades en la toma de signos vitales en grupos de pacientes específicos, como recién nacidos y personas de la tercera edad, garantiza una atención personalizada y segura. Al continuar capacitándose y aplicando las mejores prácticas en la toma y registro de signos vitales, los auxiliares de enfermería desempeñan un papel invaluable en el bienestar y la recuperación de los pacientes que atienden.

6 Bibliografía

1. "Signos Vitales: Guía práctica para enfermería" - Rebeca Mancilla Espinosa, Mario García Vázquez, Juan Antonio Sanabria Martínez.
2. "Manual de Técnicas y Procedimientos en Enfermería" - Isabel Pérez Molina, Eva María Peña Ros, José Rafael García Mañas.
3. "Enfermería Fácil. Toma de Signos Vitales" - Springhouse.
4. "Toma y Registro de Signos Vitales en Enfermería" - María Consuelo Coca Meneses, Almudena Castillo Gutiérrez.
5. "Manual de Toma de Signos Vitales" - María Cecilia Ortega Alarcón.

Capítulo 96

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES POR LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ

ANA MARIA TENDERO PICAZO

MARIA DEL OLMO CASTILLO

CRISTINA CANO PÉREZ

MADAY SIMÓN RISOTO

1 Introducción

La prevención y control de infecciones es una piedra angular en la atención médica moderna, y los auxiliares de enfermería desempeñan un papel esencial en este campo. Estos profesionales, también conocidos como auxiliares de enfermería o técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), cumplen una función crucial al implementar estrategias preventivas y medidas de control para garantizar un entorno seguro y libre de infecciones en los centros de salud y hospitales.

El alcance de las responsabilidades de los auxiliares de enfermería en la prevención y control de infecciones abarca diversas áreas. En primer lugar, se encargan de la higiene personal y del paciente, asegurando que se cumplan estrictas normas de lavado de manos y utilización adecuada de equipos de protección, como guantes y mascarillas, para prevenir la transmisión de gérmenes.

Además, los auxiliares de enfermería son fundamentales en la limpieza y desinfección de las instalaciones y equipos médicos. Garantizan que las superficies y dispositivos se mantengan estériles y libres de microorganismos patógenos, lo que contribuye a reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Asimismo, estos profesionales tienen un papel destacado en la educación y concienciación del paciente y sus familias sobre prácticas de higiene y prevención de infecciones. Instruyen sobre el adecuado manejo de heridas, el uso de medicamentos y otros cuidados que pueden reducir la propagación de infecciones.

La colaboración estrecha entre los auxiliares de enfermería y el personal sanitario es esencial para establecer y mantener protocolos de prevención y control de infecciones efectivos. Los auxiliares de enfermería trabajan como parte de un equipo interdisciplinario para identificar posibles brotes de infecciones y aplicar medidas preventivas en consonancia con las directrices y políticas institucionales.

En conclusión, los auxiliares de enfermería juegan un papel crucial en la prevención y control de infecciones en el ámbito de la atención médica. Su compromiso con la higiene rigurosa, la desinfección adecuada y la educación a pacientes y familiares contribuye significativamente a mantener un entorno seguro y saludable, protegiendo tanto a los pacientes como al personal médico de los riesgos asociados con las infecciones nosocomiales. Su labor es un pilar fundamental para alcanzar altos estándares de calidad y seguridad en la atención sanitaria.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en cuanto a la prevención y control de las infecciones.

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

Implementación de Medidas Preventivas y Control de Infecciones en Hospitales:

1. Evaluación inicial de la situación: Antes de implementar cualquier medida, es crucial realizar una evaluación exhaustiva de la situación actual en el hospital. Esto implica identificar las áreas de riesgo, el flujo de pacientes y personal, las tasas de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) y los protocolos existentes para la prevención y control de infecciones. Esta evaluación permitirá identificar fortalezas y debilidades, y servirá como base para el desarrollo de estrategias adecuadas.

2. Formación y capacitación del personal: Una vez identificadas las áreas de mejora, se debe proporcionar formación y capacitación continua al personal, especialmente a los auxiliares de enfermería. Esta formación debe abordar temas como la importancia de la higiene, el uso adecuado de equipo de protección personal, la técnica correcta de lavado de manos, la desinfección de superficies y la identificación temprana de posibles brotes infecciosos. El personal debe estar al tanto de las últimas directrices y políticas de prevención y control de infecciones.

3. Establecimiento de protocolos y políticas: Con base en la evaluación inicial, se deben desarrollar y establecer protocolos y políticas claras y actualizadas para la prevención y control de infecciones. Estos protocolos deben ser comprensibles y accesibles para todo el personal. Además, se debe asignar un equipo responsable de monitorear su cumplimiento y realizar ajustes según sea necesario.

4. Vigilancia epidemiológica y reporte de infecciones: Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica para el monitoreo constante de infecciones y posibles brotes. El personal, incluidos los auxiliares de enfermería, debe estar capacitado para reconocer y reportar de manera oportuna cualquier incidencia inusual de infecciones o situaciones de riesgo. Esta información es fundamental para una respuesta rápida y efectiva.

5. Promoción de la higiene y concienciación: Los auxiliares de enfermería deben participar activamente en la promoción de la higiene y la concienciación sobre la prevención de infecciones. Esto implica proporcionar información a los pacientes y sus familias sobre prácticas de higiene, la importancia del lavado de manos y otras medidas preventivas. También pueden utilizar carteles educativos y folletos informativos en las áreas comunes del hospital.

6. Evaluación y mejora continua: Es fundamental llevar a cabo evaluaciones periódicas del programa de prevención y control de infecciones para medir su eficacia y realizar mejoras. Se deben analizar las tasas de infecciones, los resultados de la vigilancia epidemiológica y las retroalimentaciones del personal y pacientes

para ajustar y optimizar las estrategias implementadas.

Implementar esta metodología en un entorno hospitalario ayudará a fortalecer las prácticas de prevención y control de infecciones, asegurando un ambiente seguro y saludable tanto para los pacientes como para el personal de salud, con los auxiliares de enfermería desempeñando un papel esencial en su éxito.

Resultados que podrían observarse tras implementar la metodología de prevención y control de infecciones por los auxiliares de enfermería en un entorno hospitalario:

Reducción de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS): Con la implementación efectiva de medidas preventivas y de control, se espera una disminución significativa en las tasas de IAAS. Esto se traduce en una menor incidencia de infecciones, lo que mejora la seguridad y la calidad de la atención médica brindada a los pacientes.

Aumento en la adherencia a protocolos de higiene: El personal, incluidos los auxiliares de enfermería, mostrará un mayor cumplimiento de los protocolos de higiene establecidos, como el lavado de manos y la utilización de equipo de protección personal. La capacitación y concienciación contribuirán a fomentar una cultura de seguridad y prevención entre los trabajadores.

Respuesta rápida a brotes infecciosos: Gracias a la vigilancia epidemiológica y el reporte oportuno de infecciones, el personal estará mejor preparado para identificar y controlar rápidamente posibles brotes infecciosos. Esto permitirá una pronta aplicación de medidas de aislamiento y prevención, evitando una propagación descontrolada.

Mayor conciencia de los pacientes sobre prevención: Los pacientes y sus familias estarán mejor informados sobre las medidas de prevención de infecciones, lo que los ayudará a tomar un papel activo en su propia protección durante su estancia en el hospital y después del alta. Una mayor concienciación entre los pacientes reducirá los factores de riesgo y posibles reintroducciones de infecciones al entorno comunitario.

Mejora en la seguridad del personal: Un ambiente con prácticas de prevención y control de infecciones sólidas protege también al personal de salud, incluidos los auxiliares de enfermería, de posibles contagios y enfermedades relacionadas con la atención médica. Esto conlleva a una fuerza laboral más saludable y disminución del ausentismo por motivos de salud.

Retroalimentación y mejora continua: La evaluación periódica de los resultados y la retroalimentación del personal permitirán realizar ajustes y mejoras en la metodología implementada. Esto asegura una adaptación continua a las necesidades cambiantes y una optimización constante de las prácticas de prevención y

control de infecciones.

En general, la implementación exitosa de la metodología en la prevención y control de infecciones por los auxiliares de enfermería conducirá a un ambiente hospitalario más seguro, reduciendo el riesgo de infecciones tanto para los pacientes como para el personal. Además, esta mejora en la calidad de atención y seguridad contribuirá a una experiencia más positiva para todos los involucrados en el proceso de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

La prevención y control de infecciones en entornos hospitalarios es un aspecto crítico para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes y el personal de salud. En este contexto, los auxiliares de enfermería desempeñan un papel fundamental al implementar medidas preventivas y protocolos de control que ayudan a reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS). La metodología presentada se enfoca en la evaluación, formación, establecimiento de políticas, vigilancia epidemiológica, promoción de la higiene y mejora continua para alcanzar este objetivo.

Una de las principales discusiones es la importancia de la colaboración entre todo el equipo de atención médica. Los auxiliares de enfermería trabajan codo a codo con médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud, lo que requiere una comunicación eficiente y un compromiso compartido en la implementación de las estrategias de prevención y control. La capacitación adecuada del personal es crucial para asegurar que todos estén familiarizados con las prácticas de higiene y medidas preventivas, lo que contribuirá a crear una cultura de seguridad y responsabilidad.

La vigilancia epidemiológica también se destaca como un factor determinante. Gracias a la recopilación y análisis de datos sobre infecciones y posibles brotes, los auxiliares de enfermería pueden responder rápidamente ante situaciones de riesgo, aislando a pacientes infectados y aplicando medidas de prevención adicionales. Este enfoque proactivo disminuye la propagación de infecciones y limita el impacto en la salud de los pacientes y el personal.

La educación y concienciación del paciente son pilares adicionales en esta discusión. Los auxiliares de enfermería cumplen un papel crucial al informar a los pacientes y sus familias sobre las prácticas de prevención de infecciones, lo que empodera a los individuos para que asuman un rol activo en su cuidado y eviten la propagación de infecciones en su entorno familiar y social después del alta hospitalaria.

En la conclusión, la implementación efectiva de la metodología de prevención y control de infecciones por los auxiliares de enfermería en entornos hospitalarios conlleva múltiples beneficios. Reducir las tasas de IAAS, aumentar el cumplimiento de protocolos de higiene, responder rápidamente a brotes infecciosos, concienciar a pacientes y garantizar la seguridad del personal son logros que fortalecen la calidad de la atención médica y generan un ambiente de confianza para pacientes y trabajadores.

Sin embargo, es importante reconocer que el éxito de esta metodología requiere un compromiso continuo y esfuerzo conjunto. La formación constante, la adaptación a nuevas amenazas infecciosas y la mejora continua de las prácticas son aspectos que deben mantenerse en el centro de la atención para mantener un entorno sanitario seguro y libre de infecciones. Al trabajar en equipo y con el apoyo de políticas y directrices institucionales, los auxiliares de enfermería pueden ser protagonistas fundamentales en la prevención y control de infecciones, y así contribuir a un sistema de salud más resiliente y de calidad para la sociedad en general.

6 Bibliografía

1. "Control de infecciones y bioseguridad en odontología" - Ma. Del Rosario Gallardo Castillo, Manuel Tufiño Valencia, ISBN: 978-9942-26-211-5.
2. "Enfermería en el Control de Infecciones Hospitalarias" - Araceli Palomino León, ISBN: 978-84-362-6288-7.
3. "Infecciones hospitalarias. Prevención y control" - Fernández Cofiño, Rocío, ISBN: 978-84-9945-439-0.
4. "Control de infecciones en odontología" - Gustavo Machado, ISBN: 978-958-9362-43-5.

Capítulo 97

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DOSIFICACIÓN POR LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL CARMEN BATISTA MUÑOZ

MADAY SIMÓN RISOTO

CRISTINA CANO PÉREZ

MARIA DEL OLMO CASTILLO

ANA MARIA TENDERO PICAZO

1 Introducción

La administración segura y precisa de medicamentos es una de las tareas fundamentales en la atención de enfermería, y los auxiliares de enfermería juegan un papel esencial en este proceso. La correcta dosificación y entrega de medicamentos son aspectos cruciales para garantizar el bienestar de los pacientes y prevenir complicaciones potencialmente graves. La responsabilidad de los auxiliares de enfermería en la administración de medicamentos abarca desde la preparación y cálculo de dosis hasta la observación de efectos adversos y la interacción con el paciente durante el proceso.

En esta introducción, exploraremos la importancia de la administración de medicamentos y dosificación por parte de los auxiliares de enfermería, así como

los protocolos y medidas de seguridad que se deben seguir para garantizar un cuidado de calidad. Además, analizaremos el papel crucial que desempeñan en la prevención de errores y en la colaboración con el personal de salud para lograr una gestión efectiva de los tratamientos farmacológicos.

Los auxiliares de enfermería deben contar con una formación adecuada y actualizada en farmacología y ser conscientes de la relevancia de la dosificación precisa y de la administración correcta de los medicamentos. Su capacidad para seguir las indicaciones del personal de enfermería y trabajar en equipo es esencial para evitar errores y asegurar la adherencia a los planes de tratamiento prescritos. Asimismo, su habilidad para comunicarse eficazmente con los pacientes, brindando explicaciones claras y respondiendo a dudas, es crucial para fomentar la confianza y el cumplimiento terapéutico.

A lo largo de esta exploración, destacaremos la importancia de la actualización constante sobre nuevos medicamentos y técnicas de administración, así como la necesidad de mantenerse informados sobre las condiciones específicas de cada paciente para evitar interacciones y reacciones adversas. Además, resaltaremos el compromiso ético de los auxiliares de enfermería en garantizar la confidencialidad y el cumplimiento de las normativas en torno a la administración y registro de medicamentos.

En definitiva, la administración de medicamentos y dosificación por los auxiliares de enfermería es un pilar fundamental en la atención sanitaria. Su conocimiento, destreza y diligencia en este ámbito son esenciales para asegurar la eficacia de los tratamientos y la seguridad de los pacientes. Este tema es un recordatorio constante de la importancia de la formación continua y el trabajo en equipo para brindar un cuidado óptimo y humanizado a aquellos que confían en el sistema de salud para mejorar su calidad de vida.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en cuanto a la administración y dosificación de los medicamentos.

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

Formación y Capacitación: Proporcionar una formación adecuada y capacitación actualizada a los auxiliares de enfermería en el área de farmacología y administración de medicamentos. Esto incluye cursos teóricos y prácticos que abarquen aspectos como la identificación de medicamentos, cálculo de dosis, vías de administración, efectos secundarios y prevención de errores de medicación.

Establecimiento de Protocolos: Se deben establecer protocolos claros y detallados para la administración de medicamentos. Estos protocolos deben incluir los procedimientos de verificación de la prescripción médica, la preparación y administración de medicamentos, y la documentación precisa de cada administración. Los protocolos deben seguir las directrices y normativas establecidas por las autoridades sanitarias competentes.

Verificación y Doble Chequeo: Antes de administrar cualquier medicamento, los auxiliares de enfermería deben realizar una verificación rigurosa para asegurarse de que están administrando el medicamento correcto al paciente adecuado en la dosis apropiada y por la vía correcta. En situaciones de alta complejidad o medicamentos de alto riesgo, se debe realizar un doble chequeo con otro miembro del equipo de salud para aumentar la seguridad.

Uso de Tecnología y Sistemas de Apoyo: La implementación de tecnología, como sistemas de dispensación automatizada y registros electrónicos, puede mejorar la seguridad y precisión en la administración de medicamentos. Los auxiliares de enfermería deben estar familiarizados con el uso de estas herramientas y aprovechar su potencial para reducir errores y mejorar la trazabilidad de las administraciones.

Observación y Registro de Efectos Adversos: Los auxiliares de enfermería deben estar atentos a cualquier efecto adverso o reacción inesperada que el paciente pueda experimentar después de la administración de un medicamento. Es esencial que se registren adecuadamente estas observaciones en la historia clínica del paciente y se notifiquen de manera oportuna al personal de enfermería o médico responsable.

Educación al Paciente y Familia: Los auxiliares de enfermería deben brindar educación y orientación al paciente y sus familiares sobre los medicamentos que están recibiendo. Esto incluye proporcionar información sobre la posología, efectos secundarios y la importancia del cumplimiento terapéutico para una gestión

efectiva del tratamiento.

Actualización Continua: La metodología debe incluir un enfoque de mejora continua, donde los auxiliares de enfermería se mantengan al día con las últimas novedades en farmacología y las mejores prácticas en la administración de medicamentos. La participación en cursos de actualización y la revisión periódica de los protocolos y prácticas son fundamentales para mantener un alto nivel de competencia y seguridad.

La aplicación de esta metodología en la administración de medicamentos y dosificación por los auxiliares de enfermería garantiza una atención de calidad, segura y efectiva para los pacientes. Al seguir estos pasos, los auxiliares de enfermería pueden desempeñar un papel esencial en la prevención de errores de medicación y contribuir significativamente al bienestar y recuperación exitosa de los pacientes bajo su cuidado.

La implementación de una metodología enfocada en la administración segura de medicamentos y dosificación por parte de los auxiliares de enfermería tiene un impacto directo en la calidad de la atención médica y en la experiencia del paciente. Uno de los resultados más notorios es la reducción de errores de medicación, lo que representa un beneficio significativo para la seguridad del paciente. Al recibir una formación adecuada y estar capacitados para calcular y administrar las dosis correctamente, los auxiliares de enfermería minimizan los riesgos asociados con la administración inadecuada de medicamentos. Esta disminución en los errores contribuye a evitar posibles complicaciones y a proteger la integridad de los pacientes durante su tratamiento.

La preparación adecuada y el conocimiento de los auxiliares de enfermería en cuanto a los medicamentos que administran permiten una mayor precisión en la dosificación. Cuando los pacientes reciben la cantidad exacta de medicamento que necesitan, la eficacia del tratamiento aumenta, lo que, a su vez, puede acelerar su recuperación y mejorar sus resultados de salud. Además, la administración correcta y oportuna de los medicamentos ayuda a mantener niveles terapéuticos estables en el organismo, lo que es especialmente relevante en medicamentos con efectos acumulativos.

La educación y orientación brindada por los auxiliares de enfermería también tienen un impacto importante en la experiencia del paciente. Al recibir información clara sobre sus medicamentos, incluyendo posología, efectos secundarios y pautas de cumplimiento, los pacientes se sienten más empoderados y participativos en su propio cuidado. Esto puede aumentar la confianza del paciente en el tratamiento y fortalecer su compromiso con el mismo, lo que lleva a una mayor adherencia terapéutica y mejores resultados a largo plazo.

La observación cuidadosa de los efectos adversos es otro resultado crucial de esta metodología. Los auxiliares de enfermería están entrenados para reconocer posibles reacciones inesperadas a los medicamentos y para tomar medidas inmediatas para prevenir complicaciones. Este monitoreo constante y la comunicación efectiva con el personal de salud permiten ajustar el tratamiento según sea necesario y proporcionar una atención personalizada y adecuada a las necesidades de cada paciente.

El uso de tecnología y registros electrónicos en la administración de medicamentos agiliza los procesos y facilita una documentación más precisa y trazable de las administraciones. Esto ayuda a reducir el papeleo y los errores de registro, a la vez que permite un seguimiento más efectivo del tratamiento y una mejor coordinación del cuidado entre el equipo de salud. Además, la actualización continua y la colaboración efectiva con otros profesionales de la salud aseguran que los auxiliares de enfermería estén al día con los últimos avances en farmacología y mejores prácticas de administración.

En conclusión, la metodología de administración segura de medicamentos y dosificación por los auxiliares de enfermería tiene un impacto significativo en la calidad de la atención médica. Al reducir los errores de medicación, mejorar la precisión de la dosificación, fomentar la confianza del paciente, prevenir efectos adversos y promover la colaboración efectiva en el equipo de salud, los auxiliares de enfermería contribuyen de manera importante al bienestar y la recuperación exitosa de los pacientes bajo su cuidado. Su compromiso con la seguridad y la excelencia en la administración de medicamentos es esencial para asegurar una atención óptima y mejorar los resultados de salud en el ámbito de la enfermería.

5 Discusión-Conclusión

La administración segura de medicamentos y una dosificación precisa son pilares fundamentales en la atención de enfermería, y los auxiliares de enfermería juegan un papel crucial en este proceso. La metodología presentada para abordar este tema destaca la importancia de la formación, capacitación y establecimiento de protocolos para garantizar un cuidado de calidad y seguro para los pacientes.

Uno de los aspectos clave de esta metodología es la reducción de errores de medicación, lo que se traduce en una mayor seguridad para los pacientes. Al estar correctamente capacitados y seguir rigurosamente los protocolos, los auxiliares de enfermería pueden minimizar los riesgos asociados con la administración inadecuada de medicamentos, evitando así posibles complicaciones y protegiendo la integridad de los pacientes durante su tratamiento.

Además, la mejora en la precisión de la dosificación es un resultado significativo de esta metodología. Los auxiliares de enfermería, al contar con la formación y el conocimiento adecuados, pueden calcular y administrar las dosis correctas de medicamentos, garantizando la eficacia del tratamiento y acelerando la recuperación de los pacientes.

La educación y orientación brindada por los auxiliares de enfermería son cruciales para la experiencia del paciente. Al proporcionar información clara y comprensible sobre los medicamentos que están recibiendo, los pacientes se sienten más empoderados y comprometidos con su propio cuidado, lo que mejora la adherencia al tratamiento y favorece mejores resultados de salud a largo plazo.

La observación cuidadosa de los efectos adversos y la pronta notificación de cualquier reacción inesperada son también componentes fundamentales de esta metodología. Los auxiliares de enfermería están entrenados para reconocer y actuar ante posibles complicaciones, lo que garantiza una atención personalizada y adecuada a las necesidades individuales de cada paciente.

La implementación de la metodología de administración segura de medicamentos y dosificación por los auxiliares de enfermería resulta en una mejora significativa en la calidad de la atención médica. La reducción de errores de medicación y una mayor precisión en la dosificación contribuyen a una mayor seguridad y eficacia en el tratamiento de los pacientes.

La educación y orientación proporcionada por los auxiliares de enfermería fomentan una mayor confianza en los pacientes y fortalecen su compromiso con el tratamiento, lo que conduce a una mayor adherencia terapéutica y resultados de salud más positivos.

La observación cuidadosa de los efectos adversos permite una intervención oportuna para prevenir complicaciones, lo que asegura una atención más segura y personalizada. La implementación de registros electrónicos y tecnología en la administración de medicamentos agiliza los procesos y mejora la trazabilidad del tratamiento.

En conclusión, la administración de medicamentos y dosificación por los auxiliares de enfermería es un aspecto crítico de la atención de enfermería que tiene un impacto directo en el bienestar y la recuperación de los pacientes. La implementación exitosa de esta metodología garantiza una atención de calidad, segura y efectiva, asegurando una experiencia positiva y una mejoría significativa en la salud de aquellos que confían en el sistema de salud para su cuidado.

6 Bibliografía

1. "Farmacología para Enfermeras" - Adams, M. P., Holland, L., & Urban, C. (2018). ISBN: 978-8491131886.
2. "Manual de medicamentos enfermería" - VV.AA. (2020). ISBN: 978-8467638618.
3. "Cálculo y preparación de dosis de medicamentos en enfermería" - Moreno, C. (2017). ISBN: 978-8491711353.
4. "Farmacología y Terapéutica en Enfermería" - Arcos, E., & Giráldez, M. (2016). ISBN: 978-8490227496.
5. "Farmacología para Enfermería: Un enfoque fisiopatológico" - Kee, J. L., Hayes, E. R., & McCuiston, L. E. (2018). ISBN: 978-0323399166.
6. "Cálculos de dosis y soluciones en enfermería" - Tejedor, C., & Sanz, M. (2015). ISBN: 978-8498354501.

Capítulo 98

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. ATENCIÓN Y CUIDADOS EN EL ANCIANO. INESTABILIDAD Y CAIDAS COMO SÍNDROME GERIÁTRICO

ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA

JOAQUÍN MORAL CHICA

MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO

DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ

1 Introducción

Se podría definir caída como el resultado de cualquier hecho incontrolado, inesperado y súbito que hace que una persona se precipite contra el suelo o cualquier otra superficie.

Las caídas en personas mayores pueden ser causadas por inestabilidad en la marcha, al ponerse de pie bien estando acostados en la cama o desde una silla, polifarmacia, etc.

Con el envejecimiento de la población mundial, en estos momentos las caídas se consideran un problema grave a escala global. Las caídas aumentan el riesgo de dependencia de las personas mayores, debido a que pueden limitar la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Las caídas son reconocidas como un signo de fragilidad en los ancianos y son consideradas como uno de los principales síndromes geriátricos.

Aunque las caídas son involuntarias e impredecibles es posible trabajar para reducir sus riesgos. Se debería trabajar en lo que verdaderamente las causa (etiología) y sus factores de riesgo (intrínsecos y extrínsecos), diseñando espacios que garanticen la movilidad de las personas mayores.

Se recomienda a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de enfermería que colaboren en el desarrollo de protocolos para evitar las caídas, ya que ellos son los que pasan la mayoría del tiempo con los usuarios.

2 Objetivos

OBJETIVO PRINCIPAL:

- Explicar cómo reducir caídas en los distintos entornos en los que los usuarios pasan la mayoría del tiempo tanto en horas diurnas como nocturnas.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Evaluar y enumerar factores intrínsecos y extrínsecos que producirían las caídas.
- Enumerar las distintas estrategias de prevención de caídas en ancianos junto con las actuaciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería para lograrlo.

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 ha consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las caídas son frecuentemente el resultado de una serie de factores interrelacionados, que pasamos a describir a continuación ya que son importantes para entender por qué se podrían producir las caídas y por tanto evitar un cuantioso número de ellas:

FACTORES INTRÍNSECOS:

- Desacondicionamiento físico, como puede ser la desnutrición.

- Enfermedades que alteren la marcha, como Parkinson, demencias, depresión, etc.
- Hipotensión postural.
- Infecciones.
- Trastorno visual o auditivo.
- Cardiopatías.
- Neuropatías periféricas.
- Debilidad de los músculos de la cadera.
- Problemas podológicos.
- Fármacos.
- Alcohol.
- Incontinencia.

FACTORES EXTRÍNSECOS:

- Mobiliarias.
- Iluminación.
- Suelo resbaladizo.
- Pisos desnivelados.
- Escaleras.
- Calzado inadecuado.
- Desconocimiento del entorno.
- Ir al baño o bañarse.

Se abordarían los problemas desde dos puntos de vista: A nivel Individual y a nivel de entorno.

- A nivel individual:

Una de las estrategias más importantes en el ámbito de las caídas sería la prevención a partir de la educación y la promoción de hábitos saludables en el usuario si hablamos de factores intrínsecos.

Se le enseñaría al usuario cuáles serían las comidas más saludables (en colaboración con el equipo interdisciplinar) para abordar problemas relacionados con la anorexia y la disminución de masa muscular, factores muy comunes en personas mayores.

Se le recordaría al usuario el uso continuado de dispositivos tales como gafas y audífonos para evitar las caídas, además de calzado adecuado, uso de bastones y distintos elementos de apoyo que pudieran ayudar para que el usuario mantuviera una correcta marcha en la deambulación.

Se intentaría dar medicación “hipnótica” cuando el usuario esté ya en su cama para minimizar los riesgos que puedan surgir durante la deambulación que se produce hasta llegar a su habitación con el considerable riesgo que supone sobre la marcha la falta de equilibrio que provocan estos fármacos. También recordaremos al usuario que levantarse de la cama muy deprisa podría provocar mareos y la pérdida de equilibrio.

Se intentaría que durante la noche el usuario haga uso de cuñas o botellas para evitar las caídas que se producen por pisar un suelo mojado o por la escasa iluminación que existe en horas nocturnas en las habitaciones y pasillos.

Intentaremos que el usuario conozca su entorno realizando una primera visita individualizada para que se familiarice cuando llegue por primera vez a un recinto nuevo.

Se animaría al usuario a hacer ejercicio y su colaboración en talleres de educación física, ya que estas actividades aumentan el tono muscular por lo tanto ayudaría a mejorar la deambulación.

- A nivel de entorno:

Se colaboraría en la creación de espacios abiertos, con la eliminación siempre que fuese posible de escaleras, creación de rampas que beneficiase la accesibilidad a diferentes espacios. Suelos antideslizantes evitando estancias a varios niveles.

Se adaptarían los cuartos de baño para las distintas necesidades que surgen en las personas mayores. Elementos seguros como agarraderas y apoyos laterales en las duchas.

Se adaptaría la iluminación a las distintas horas del día, para eliminar sombras que dificulten la deambulación. Importante las luces nocturnas para un correcto movimiento al levantarse si el usuario tiene la necesidad de acceder al cuarto de baño durante la noche.

Se intentará que el mobiliario del centro esté siempre situado de la misma manera, ya que así el usuario se sentirá más seguro al conocer los espacios por donde se mueve habitualmente. Se evitarán las alfombras que podría provocar tropezones y pérdida de equilibrio, mejor siempre suelo antideslizante.

5 Discusión-Conclusión

Concluiremos con que el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro del equipo interdisciplinar es imprescindible en la prevención de las caídas en personas mayores debido a que son ellos los que pasan la mayor parte del tiempo acompañándolos.

Sería necesaria la formación específica de los profesionales de Enfermería para el manejo correcto de los usuarios y para crear entornos más seguros y específicos para las personas mayores.

Está claro que el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es importante y puede mejorar la asistencia a las personas mayores y que su colaboración en la creación de protocolos es esencial.

En resumen, nuestra prioridad es mejorar la calidad de vida de las personas mayores a todos los niveles.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/las-caidas-en-el-anciano/>
2. <https://revistamedica.com/factores-riesgo-caidas-edad-avanzada/>
3. <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-20/mejora-de-la-calidad-asistencial-para-la-reduccion-del-riesgo-de-caidas-en-pacientes-ingresados-en-la-planta-de-hospitalizacion-de-traumatologia-del-servicio-canario-de-salud/>

Capítulo 99

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS

ROCÍO CAMACHO TORRES

ELENA BARRIO HERRERO

CLOTILDE MARTINEZ MAGAN

FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ

ANA VANESA CIUDAD RUIZ

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar algunas de las funciones que los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería realizamos en las unidades de conductas adictivas.

Pero, ¿qué son las unidades de conductas adictivas?

Son unidades ambulatorias (normalmente ubicadas fuera del hospital) en la que se atiende de forma integral (es decir, todas las necesidades del paciente no solamente las medicas) aquellas personas que presentan adicción alguna de las múltiples sustancias o drogas que se encuentran en el mercado (cannabis, alcohol ,alucinógenos, cocaína, drogas de diseño, etc.).

Pero, ¿ qué es una adicción?

El término de adicción relacionado con el mundo de las drogodependencias hace referencia al consumo de sustancias del que no se puede prescindir o es sumamente difícil prescindir de esa sustancia.

A pesar de que aquí, solo nos vamos a centrar en las adicciones de ingesta química cabe mencionar que existen tres grandes grupos de adicciones:

- Adicciones de conducta: en las que podemos incluir adicciones que pasan por el juego, por el sexo, por el trabajo, por la conectividad a Internet, etc.
- Adicciones de ingestión (química): alcohol, alucinógenos, nicotina, drogas de diseño, cocaína, marihuana, éxtasis, opio, etc.
- Adicciones de ingestión (relacionadas con los hábitos alimenticios): donde cabe destacar enfermedades tan conocidas como la anorexia o la bulimia.

2 Objetivos

Desarrollar cuáles son las actividades fundamentales que se llevan a cabo en las unidades de conductas adictivas y las principales funciones que lleva a cabo el técnico en cuidado de auxiliar de enfermería en estas unidades.

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: unidades de conductas adictivas, adicción , tipos de adicción, actividades que se desarrollan en las unidades de conductas adictivas y funciones que lleva a cabo el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería en las unidades de conductas adictivas,

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre unidades de conductas adictivas, adicción, tipos de adicción, actividades que se desarrollan en las unidades de conductas adictivas y funciones que lleva a cabo el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería en las unidades de conductas adictivas, artículos en castellano que como máximo tuvieran 6 años de antigüedad.

4 Resultados

Las unidades de conductas adictivas tienen como objetivo primordial la desintoxicación del paciente y su reincorporación a la sociedad, aunque tiene otros objetivos secundarios donde podríamos mencionar el preparar al paciente para que no se produzca su recaída una vez que se ha conseguido su desintoxicación, El equipo multiprofesional que conforma las unidades de conductas adictivas está conformado por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, diplomados en enfermería, técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería y auxiliares administrativos que con su trabajo en equipo llevan a a cabo las siguientes actividades en las unidades de conductas adictivas.

- Asesoramiento e información sobre todo lo relacionado con las drogodependencias y las conductas relacionadas con las adicciones.
- Diagnóstico paciente.
- Elaboración de plan de tratamiento integral para el paciente.
- Programas para superar la abstinencia.
- Seguimiento y abordaje de los problemas judiciales que haya tenido el paciente debido a sus adicciones.
- Asesoramiento a la familia del paciente drogodependiente durante el tratamiento.
- Etc.

Funciones que llevan a cabo los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en las unidades de conductas adictivas junto con enfermería:

- Atención al público: que consiste principalmente en la asignación de citas para que el paciente sea atendido por el profesional correspondiente(psicólogo, psiquiatra, trabajador social , etc.) en la fecha indicada.
- Solicitud de Metadona para el paciente que va a iniciar el tratamiento, incluir en la historia del paciente cuantas modificaciones realice el facultativo para ser tenidas en cuenta a la hora del suministro.
- Control exhaustivo de las dosis de metadona recibidas , organización de estas por las recibidas por paciente para que no se produzca ningún fallo en la dispensación.
- Distribuir metadona de acuerdo con la prescripción.
- Recogida de muestras, orina y análisis de esta a través de tiras reactivas que detectan el consumo de drogas.
- Etc.

5 Discusión-Conclusión

Por desgracia cada vez es más frecuente el consumo de sustancias adictivas desde edades mas cortas, por ejemplo, el consumo de alcohol (en altas proporciones) en los jóvenes es algo generalizado y normalizado.

Por lo que creemos que es necesario que en los centros educativos (colegios, institutos e incluso centros universitarios) incluyan una formación amplia y acorde a las edades que permitan a través de la formación no llegar en unos años a las masificadas unidades de conductas adictivas.

Además de la educación de la población para evitar llegar a la drogadicción es necesario que los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería estemos bien formados no solo en cuanto a terminología relacionada con el campo de las adicciones sino en el trato a este tipo de pacientes.

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 TCAE en la unidad de conductas adictivas del H.G.U.C.R.
- <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
- <https://www.ibsalut.es/apmallorca/es/ap-mallorca/unidades-de-apoyo/conductas-adictivas#>:
- <https://www.adicciones.es/>

Capítulo 100

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: DRENAJES QUIRÚRGICOS TEMPORALES

ROCÍO CAMACHO TORRES

ELENA BARRIO HERRERO

CLOTILDE MARTINEZ MAGAN

FRANCISCO JAVIER MELERO RODRÍGUEZ

ANA VANESA CIUDAD RUIZ

1 Introducción

A lo largo de la historia podemos encontrar la utilización de distintos tipos de drenajes:

El primero que cabe mencionar es el drenaje realizado por Hipócrates de Cos (460-377 a. de C) para drenar un empiema.

Aurelio Celso realizó un drenaje intermitente en paciente con ascitis con el fin de los líquidos con tubos cónicos de plomo .

Guy Chauliac realizó drenajes en los que utilizó tiras de lino dentro de un cilindro metálico multiperforado.

Pero es a partir del año 1510 cuando se introduce la necesidad de los cuidados de los drenajes, aportación realizada por Ambrosio Paré quien utilizaba para la realización de los drenajes tubos curvos agujereados de diferentes materiales (oro, plata, plomo o latón).

El drenaje con la utilización de tubos capilares se debe las aportaciones de Johannes Scultetus James, de Jurin y de Lorenz Heister (drenaje de Penrose).

Así podríamos seguir nombrando a personajes ilustres relacionados con la utilización, invento de algún tipo de drenaje, los cuidados necesarios a los pacientes que presentan drenajes hasta la actualidad.

Los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAES) junto con el enfermero (DUE) realizamos los cuidados generales de los distintos tipos de drenajes que existen en el ámbito sanitario.

2 Objetivos

- Explicar los cuidados de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería junto con el DUE en los cuidados de drenajes quirúrgicos temporales.

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: drenajes realizados a lo largo de la historia, drenaje, drenaje quirúrgico temporal, tipos de drenajes quirúrgicos temporales y actuaciones del técnico en cuidado de auxiliar de enfermería en el cuidado de drenajes quirúrgicos temporales.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: drenajes realizados a lo largo de la historia, drenaje, drenaje quirúrgico temporal, tipos de drenajes quirúrgicos temporales y actuaciones del técnico en cuidado de auxiliar de enfermería en el cuidado de drenajes quirúrgicos temporales, artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Los drenajes quirúrgicos temporales son puestos por el facultativo correspondiente en función de la herida y cantidad de líquidos que crea que se van a expulsar. El drenaje se coloca realizando una pequeña incisión cerca de la incisión quirúrgica y debe ser retirado trascurridas aproximadamente 24 horas de la intervención quirúrgica y nunca después de las 48 horas.

El drenaje, o lo que es lo mismo, poner dispositivos de drenaje es una técnica muy habitual, sobre todo para tras una intervención quirúrgica para eliminar resto de sangre y exudado (fluidos corporales y pus). Esta técnica previene la aparición de infecciones y agiliza la cicatrización pero necesita de unos cuidados generales (que se van a desarrollar en este capítulo) y otros específicos.

Dentro de los drenajes quirúrgicos temporales nos encontramos con los drenajes activos (abiertos o cerrados) a base de aspiraciones y los drenajes pasivos (abiertos o cerrados) que funcionan por la gravedad.

Se dice que el drenaje es abierto cuando no está tapado y se habla de drenaje cerrado cuando los líquidos son recogidos por un colector.

Cuidados generales del drenaje quirúrgico temporal por parte del equipo de enfermería conformado por DUE y TCAE:

- Control asiduo de la permeabilidad del drenaje(carencia de acodos en tubos o cualquier otra complicación).
- Cuando se manipule el sistema de drenaje nunca hay que dejar el colector a un nivel más elevado de la herida, si no tenemos en cuenta este nivel se puede provocar el reflujo.
- Si el drenaje utilizado es del tipo rendón, hay que cambiarlo cuando pierda las características propias del vacío.
- Al realizar la limpieza del punto de inserción del drenaje hay que hacerlo siempre desde la zona más limpia a la zona mas contaminada.
- Utilizar siempre apósitos estériles en los alrededores y sobre el drenaje para su cuidado.
- Utilizar bolsas colectoras adecuadas a la recogida del líquido a drenar y cambiar tantas veces como sea necesario.
- Tras el cambio la higiene o cambio de apósitos, bolsa colectora registrar en la historia de la paciente el tratamiento como así mismo el color, el olor y el volumen del líquido retirado.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería deben conocer los tipos de drenajes quirúrgicos temporales que existen (activos y pasivos), los cuidados generales que se deben aplicar, el material que debe preparar para llevar a cabo estos cuidados, posición adecuada de la bolsa colectora para evitar reflujos, detección de signos que debe comunicar de forma inmediata al DUE o al facultativo responsable de la atención del paciente y sobre todo como hacer todo el proceso del cuidado del drenaje quirúrgico temporal de forma aséptica para evitar cualquier tipo de infección en el paciente, que pueda ocasionar daños extras al paciente intervenido.

6 Bibliografía

1. <https://revistas-portalesmedicos.com>.
2. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>
<https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-guia-enfermeria-extraccion-drenaje-quirurgico-S021253821630053X>.
4. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992016000100035.

Capítulo 101

CUIDADOS DE LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA EVITAR ULCERAS POR PRESIÓN

ROCÍO CAMACHO TORRES

ELENA BARRIO HERRERO

CLOTILDE MARTINEZ MAGAN

ANA VANESA CIUDAD RUIZ

1 Introducción

Las úlceras por presión también conocidas por úlceras de decúbito o escaras son lesiones que se producen en la piel (dermis y/o epidermis), el tejido inferior, músculo, articulación y/o hueso (dependiendo de su grado) que puede llegar a necrosar la parte que afecta. La mayoría de las úlceras por presión se localizan en: talones, tobillos, caderas y/o coxis de pacientes con problemas de movilidad que pasan muchas horas encamados (en la misma posición) y/o sentados.

Las úlceras por presión en su primera etapa se presentan como rojez dolorida de la piel con temperatura superior al resto de la piel. En su segunda etapa se abre (es decir, se forma propiamente la úlcera). En la tercera etapa el daño se va

extendiendo a través la piel pudiendo llegar la afectación hasta el tejido adiposo. Y en la cuarta etapa puede afectar al músculo, tendón y/o hueso.

Cuando las úlceras por presión van pasando de una etapa a otra aumenta la posibilidad de la aparición de complicaciones que pueden llegar a ser graves para la salud del paciente, incluso le pueden llegar a producir la muerte de ahí que nosotros hayamos decidido desarrollar las medidas a llevar por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para evitar la aparición de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

2 Objetivos

- Desarrollar las medidas a llevar a cabo por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para evitar la aparición de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

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: úlcera por presión, etapas de las úlceras por presión y cuidados de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para evitar la aparición de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: úlcera por presión, etapas de las úlceras por presión y cuidados de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para evitar la aparición de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados, artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Sintomatología previa a la aparición de una úlcera por presión:

- Inflamación o abultamiento de la piel.
- Cambio de coloración en la piel respecto al resto de esta.
- Cambio textura de la piel.

- Eliminación de líquido purulento.
- Aparición de áreas más sensibles a cualquier estímulo.

Ubicaciones habituales de las úlceras por presión:

- Con posición de decúbito supino: occipital, escápula, codo, sacro y talón.
 - Con posición de decúbito lateral: costillas, oreja, cresta iliaca, hombros, y trocánter.
 - Con decúbito prono: mejillas, mamas, genitales, rodillas y nariz.
- Cuidados de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para evitar la aparición de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados:
- Realizar el tendido de cama de tal forma que no deje ninguna arruga.
 - Durante la higiene personal hacer una correcta higienización y secado de la piel(no friccionar la piel) y realizar un estudio exhaustivo de la piel para detectar cualquiera de los síntomas que evidencian la aparición de una úlcera por presión.
 - Realizar cambios posturales cada hora, de esta forma se cambia el punto de apoyo y se evita la aparición de las úlceras por presión(si el paciente no puede moverse por sí solo) en caso que el paciente pueda realizar cambios fomentar la necesidad de que el paciente haga estos cambios posturales.
 - Fomentar en caso de poca movilidad, o estar prescrita facultativamente el cambio de la cama al sillón unas horas al día. Ayudar a realizar esta transferencia en caso de que sea necesario.
 - Poner almohadas o protectores en puntos gatillos(taloneras, colchones anti escaras, protector orejas, etc.) para bajar la presión.
 - Si no está contraindicado medicamente, elevar la parte del cabecero de la cama (máximo 30 grados).

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es una pieza importante en la prevención de la aparición de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados, ya que se ocupa de cuatro de las cosas que pueden dar origen a la aparición de ellas: la existencia de arrugas en la ropa de camas debido a la realización de un mal tendido de esta, la no realización de los cambios posturales aproximadamente cada hora, friccionar la piel del paciente durante su secado y no poner al paciente los medios existentes para evitar la aparición de la aparición de las escaras en los puntos gatillos. Y la mas importante el detectar en la primera etapa la existencia de una úlcera por presión y su comunicación a sus superiores para que sea tratada lo antes posible.

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.
- <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
- Definición y clasificación de las úlceras por presión. Blanco López.
- <https://ulceras.net/monografico/112/100/ulceras-por-presion-prevencion.html>
- <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion-prevencion-tratamiento-13059416>

Capítulo 102

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS DE UN PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA)

MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO

JOAQUÍN MORAL CHICA

DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ

ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA

1 Introducción

La Esclerosis Lateral Amiotrófica, o más comúnmente conocida como ELA, es una enfermedad neurodegenerativa, la cual afecta sobre todo al sistema nervioso central, como una degeneración progresiva de las neuronas motoras de la corteza cerebral (neuronas motoras superiores), el tronco encefálico y la médula espinal (neuronas motoras inferiores). Esta enfermedad afecta a 3-6 personas por cada 100.000 personas, afectando sobre todo a los hombres y la mayoría de la población que padece esta enfermedad, aparecen los síntomas entre los 40 y 60 años, sin haber diferencias entre razas, ya que afecta a todas aproximadamente por igual. La esperanza de vida de estos pacientes es de 2 a 5 años tras su diagnóstico.

Aunque esta enfermedad no se asocia a ningún contagio patógeno. Pero sí hay estudios realizados en la universidad de Harvard, demuestras que 97% de las personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica a las que se les realizó el estudio, han estado infectados por el virus de Epstein Barr. Este estudio demuestra que existe una estrecha relación entre la esclerosis lateral amiotrófica y la mononucleosis, aunque en la clínica sean dos patologías totalmente diferentes, y aun así, todavía no se puede demostrar que tengan una relación de causalidad.

Además de todo lo mencionado anteriormente, podemos objetivar que la enfermedad de esclerosis lateral amiotrófica no es una enfermedad hereditaria, ya que solamente el 10% de los enfermos de esclerosis lateral amiotrófica tienen casos de ELA en su entorno familiar, y se cree que son causados por mutaciones en alguno de los genes que son asociados con la esclerosis lateral amiotrófica.

2 Objetivos

- Conocer la enfermedad de esclerosis lateral amiotrófica.
- Reconocer los cuidados que un paciente con esclerosis lateral amiotrófica necesita.
- Mejorar la calidad de vida de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica.

3 Metodología

Para la propia realización del presente capítulo de libro se ha hecho una grandísima investigación la cual consiste en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura sobre ciencia existente sobre la esclerosis lateral amiotrófica. Además, se ha realizado con exactitud una grandiosa búsqueda de artículos científicos y libros que proceden de publicaciones académicas que están revisadas.

4 Resultados

Como hemos mencionado anteriormente, la esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad neurodegenerativa, la cual afecta a unas 5 personas cada 100.000 pacientes. Esta patología afecta sobre todo al sistema nervioso central, degenerando o matando las neuronas motoras.

La sintomatología de esta enfermedad comienza por espasmos y debilidad muscular en un brazo o el pierna, además de ocasionar dificultad para hablar y/o tragar.

En pacientes con esclerosis lateral amiotrófica muy avanzada, su sintomatología es mucho más severa, afectando al control de la musculatura para moverse, andar, hablar, comer e incluso para respirar. Esta enfermedad no afecta a las facultades intelectuales, ni a los órganos de los sentidos como la vista, el oído, el gusto o el olfato, además de no existir afectación de los esfínteres ni de la función sexual.

La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad que cursa sin dolor, aunque sí presenta dentro de su cuadro clínico que los pacientes sufran calambres, pérdida de movilidad y la función muscular acarrea cierto malestar. Algunos pacientes además presentan alteraciones en el estado emocional (risas, lloros, y respuestas emocionales desproporcionadas como reacción a la afectación física).

La esclerosis lateral amiotrófica se diagnostica a partir de la sintomatología prescrita y de una prueba denominada electromiografía.

Existen muchas patologías que cursan con sintomatología inicial similar a la de la esclerosis lateral amiotrófica, como pueden ser la artrosis cervical o hernia cervical los cuales comprimen la médula espinal, intoxicación por metales pesados como el plomo, o enfermedades infecciosas como la borriolosis y sífilis, tumores, hipertiroidismo, etc.

En ocasiones, para confirmar que un paciente tiene esclerosis lateral amiotrófica, es necesario realizar analíticas de sangre y en ocasiones, de líquido celalorraquídeo (a través de una punción lumbar), y resonancias magnéticas, tanto a nivel cerebral como cervical. Y en algunos casos, si todavía no se diagnostica la esclerosis lateral amiotrófica, es necesario ampliar el estudio con una biopsia muscular.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido comprobar a través del presente capítulo la enfermedad de esclerosis lateral amiotrófica, afecta a una pequeña parte de la población, pero es una enfermedad muy agresiva, además de ser una enfermedad que en la actualidad no tiene cura. Se ha demostrado a través de estudios en la universidad de Harvard que la esclerosis lateral amiotrófica tiene una cierta relación con el virus de Epstein Barr. Como hemos podido aprender en este capítulo, el diagnóstico de esta enfermedad es complejo, ya que hay diversas patologías cuya clínica coincide con la clínica de la esclerosis lateral amiotrófica. Además de todo lo mencionado, debemos tener en cuenta que es una enfermedad muy agresiva, ya que la esperanza de vida media de un paciente con esclerosis lateral amiotrófica es de 3 a 5 años de vida, desde la aparición de los síntomas.

6 Bibliografía

1. ELA: síntomas y tratamiento [Internet]. Neuronrehab.es. [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://neuronrehab.es/que-tratamos/enfermedades-neurodegenerativas/ela-sintomas-y-tratamiento/>.
2. ¿Qué relación existe entre la infección del virus Epstein-barr y la esclerosis múltiple? [Internet]. Clínic Barcelona. [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/que-relacion-existe-entre-la-infeccion-del-virus-epstein-barr-y-la-esclerosis-multiple>.
3. Esclerosis lateral amiotrofica (ELA): Síntomas, diagnosis y tratamiento. CUN [Internet]. <https://www.cun.es>. [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/esclerosis-lateral-amiotrofica>.

Capítulo 103

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL PERSONAL SANITARIO. EL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

MARÍA CARMEN LÓPEZ JAREÑO

JOAQUÍN MORAL CHICA

MARIA DEL MAR MARTINEZ HARO

ALEJANDRA BUENO ANTEQUERA

DANIEL BLÁZQUEZ LÓPEZ

1 Introducción

La intimidad en el ámbito sanitario es un aspecto fundamental, pues permite una relación de confianza entre médico y paciente necesario para la práctica médica con todas garantías.

Un aspecto de esta intimidad es la protección de datos de carácter personal que, desde la aprobación del Reglamento General de Protección de Datos (y de la Ley

Orgánica de Protección de Datos y la Ley de Autonomía del Paciente) rige en Europa y es directamente aplicable en la actuación sanitaria.

La importancia que el marco legal le ha concedido a la protección de datos puede comprobarse en las cuantiosas sanciones de carácter administrativo que dispone la norma.

Siguiendo el artículo 9 del Reglamento General de Protección de Datos (un documento que rige en toda la Unión Europea, y que es de aplicación directa en España, aunque se ha venido a adaptar por la Ley Orgánica de Protección de Datos) queda prohibido todo tratamiento de datos personales que afecte al origen étnico o racial, las opiniones políticas, las creencias, la afiliación sindical, los datos biométricos de identificación y, con una importancia más acusada en el ámbito sanitario, los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos genéticos.

Este mismo artículo establece una serie de supuestos en que este tratamiento no está prohibido, siendo estudiados a continuación desde un punto de vista sanitario.

2 Objetivos

- Contextualizar la protección de datos en el ámbito de la intimidad personal sanitaria.
- Analizar, desde el punto de vista sanitario, las posibilidades de tratamiento de datos de carácter personal que permite la normativa.
- Analizar el derecho de acceso a la historia clínica.

3 Metodología

Para la realización de este estudio sobre la incidencia que tiene la normativa de protección de datos en el ámbito sanitario se ha procedido a consultar algún trabajo previo realizado en el ámbito de la intimidad en la práctica sanitaria para dotar de contexto un posterior análisis de la normativa de protección de datos desde el punto de vista sanitario.

Se analizan aquí los casos en que la normativa permite el tratamiento de datos de carácter personal así como el derecho de acceso a la historia clínica, recopilando

para ello información publicada en su web por la Agencia Española de Protección de Datos.

4 Resultados

Tratamiento de datos de carácter personal

La serie de supuestos en que la ley permite el tratamiento de datos de carácter personal es la siguiente:

- Autorización del paciente. El paciente puede aceptar el tratamiento de sus datos personales mediante su consentimiento explícito. Es decir, siguiendo el Reglamento en este supuesto, no valdría el consentimiento tácito del paciente en la gestión de sus datos.
- El tratamiento es necesario para cumplimiento de las obligaciones y ejercicio de derechos. Cuando el tratamiento de los datos es un requisito indispensable para que el responsable del tratamiento pueda cumplir con sus obligaciones o para que el interesado pueda ejercitar un derecho estará permitido ese tratamiento. Un ejemplo en la gestión sanitaria puede ser los datos que se introducen en la historia clínica, pues esta es indispensable para el cumplimiento de las obligaciones de los profesionales sanitarios y también para garantizar el derecho de acceso a la sanidad en condiciones apropiadas para los pacientes.
- Es necesario para proteger intereses vitales del interesado. Un ejemplo en la práctica sanitaria son las operaciones de urgencia, en las que está permitido recabar datos sin la autorización explícita del paciente.
- Tratamiento efectuado por fundaciones o asociaciones sin ánimo de lucro. Este precepto carece de aplicación práctica en el ámbito sanitario, ya que el reglamento especifica que la finalidad del tratamiento ha de ser política, filosófica, religiosa o sindical de los miembros de la organización.
- Datos que el interesado ya ha hecho públicos. Si el interesado ya ha publicado un determinado dato perteneciente a su vida privada, todo tratamiento del mismo está amparado por el Reglamento. Un ejemplo en la práctica sanitaria podría ser el de un enfermo de VIH que ha hecho abiertamente pública su afección, este no podría pretender iniciar acciones legales contra el responsable del tratamiento de los dato que recaba dicho dato.

-Tratamiento necesario para reclamaciones o tribunales en ejercicio de su función judicial. Cuando los datos sanitarios de una persona son necesarios para llegar a una resolución judicial o para interponer una reclamación en vía administrativa, está permitido el tratamiento de datos personales. Un ejemplo puede ser un juicio en materia social en que se está determinando una incapacidad para un trabajador, en este caso, el juez necesitaría acceder a los datos médicos del demandante a fin de poder dictar una resolución.

-Tratamiento necesario por un interés público esencial. Más adelante se establece otra excepción específica que protege en interés público en el ámbito de la salud. Un ejemplo que puede encajar en esta excepción es una afección grave incapacitante de un importante cargo público que puede afectar a su labor.

-Tratamiento necesario para asistencia médica. El precepto cubre diversos ámbitos de la sanidad, como la medicina preventiva o laboral incluyendo la evaluación de la capacidad laboral del trabajador, la asistencia médica que se haga del paciente (diagnóstico, asistencia, tratamiento) y la gestión de los servicios de asistencia sanitaria y social. Un ejemplo en la práctica médica es que, para que el profesional sanitario realice sus funciones, este debe recabar datos del paciente y podrá hacerlo sin necesidad de consentimiento alguno amparado en esta excepción.

-Tratamiento necesario por razones de interés público en el ámbito de la salud pública. Este apartado cubre desde la protección ante posibles enfermedades contagiosas que puedan ocasionar problemas de salud pública, hasta la garantía de niveles altos de calidad y seguridad en la asistencia sanitaria y administración de medicamentos. Un ejemplo que puede relacionarse con esta excepción es la posible creación de registros de afectados por una determinada enfermedad contagiosa para posibilitar el control de la misma, siempre velando porque los datos recogidos en los registros no sean objeto de publicación y tengan un acceso limitado.

-Tratamiento necesario con fines de archivo, investigación o estadísticos. Este precepto ampara la recogida de datos para un fin de investigación sobre datos reales, para mejorar con ello la práctica sanitaria. Por ejemplo se podrían recabar datos de las distintas enfermedades que se dan en un determinado territorio con fines estadísticos.

Derecho de acceso a la historia clínica

En la protección de datos en el ámbito de la práctica sanitaria reviste de cierta significación el derecho de acceso a la historia clínica.

El artículo 18 de la Ley 41/2002 básica de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica reconoce el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuren en ella.

Para ello, los pacientes pueden solicitar acceso al responsable del tratamiento, ya sea a la documentación digital o física.

El derecho de acceso incluye, entre otros, el derecho a obtener copia de los datos, a conocer los fines del tratamiento y los destinatarios a quien han sido comunicados los datos. Así como tendría derecho a la rectificación o supresión de los datos, a limitar el tratamiento de los datos o a oponerse al mismo.

El derecho de acceso no puede ejercerse en perjuicio de derechos de terceros ni de los profesionales. Este derecho no incluye conocer la identificación de los profesionales sanitarios que han accedido a la historia clínica.

5 Discusión-Conclusión

La sensación que tiene una persona que asiste a su médico de que lo que le cuente está protegido por el secreto profesional y que los datos que suministre al profesional serán tratados con unas limitaciones establecidas en el Reglamento General de Protección de Datos y en la Ley Orgánica de Protección de Datos es de gran importancia y redundará en una mayor calidad de la asistencia médica y en un mejor labor de los profesionales sanitarios.

Este estudio ha puesto el foco en la prohibición del tratamiento de los datos de carácter personal en el ámbito médico analizando, desde un punto de vista sanitario, los supuestos en que dicho tratamiento pasa a ser legitimado y puede realizarse, sin que ello suponga una libertad para la publicación de los datos tratados. También se analiza el derecho de acceso, por parte del paciente, a los datos que figuran en su historia clínica.

6 Bibliografía

-González de la Peña Santiago, A. El secreto profesional sanitario: limitaciones y singularidades. Universidad San Pablo CEU.

-Iraburu, M. (2006). Confidencialidad e intimidad. Anales del Sistema Sanitario de Navarra.

-Agencia Española de Protección de Datos. Tus derechos en relación con tus datos de salud. <https://www.aepd.es/es/areas-de-actuacion/salud/tus-derechos-en-relacion-con-tus-datos-de-salud>

Capítulo 104

UNIDAD DE SALUD MENTAL Y EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE)

MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA

RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS

JOSE CHACON AGUILAR

CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE

MAIRENA LÓPEZ CABALLERO

1 Introducción

La unidad de salud mental es un espacio hospitalario especializado y educado a la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los trastornos mentales y emocionales de los pacientes que lo sufran. Acoge a todos aquellos enfermos que presenten manifestaciones psiquiátricas que necesiten asesoramiento y cuidado por parte de los profesionales sanitarios de esta unidad. Para poder ingresar en esta unidad es necesario superar unas pruebas diagnósticas previamente en atención primaria para que así se considera por parte del equipo médico y psiquiátrico le pautarían el internamiento en esta unidad.

Estas unidades específicas brindan una atención y cuidado integral a personas que pueden sufrir problemas de salud mental como trastornos de ansiedad, depre-

sión, trastornos de personalidad, esquizofrenia, trastornos de ánimo o cualquier otra enfermedad mental relacionada con las anteriormente mencionadas.

En una unidad de salud mental, el equipo multidisciplinario incluye profesionales especializados de diferentes categorías profesionales, como son los psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros de salud mental, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), entre otros. Cada miembro del equipo tiene un rol específico y trabaja en conjunto para proporcionar una atención integral y personalizada a los pacientes que pueden sufrir cualquiera de las diferentes enfermedades mentales que hemos mencionado anteriormente y que requieran de atención especializada.

2 Objetivos

- Conocer qué es la unidad de salud mental y las principales características que tiene.
- Saber las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de salud mental 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 en internet sobre qué es la unidad de salud mental y el papel que tiene el TCAE junto con otros sanitarios en dicha unidad. 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 Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel importante y con diferentes tareas en la unidad de salud mental, colaborando en diferentes aspectos del cuidado y bienestar de los pacientes siempre guiados y con la cooperación de los diferentes profesionales sanitarios que se encuentran en esta unidad. Algunas de las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en esta unidad pueden incluir:

- Asistencia y colaboración en las actividades diarias de los pacientes que tienen problemas de salud mental, ayudando en sus necesidades básicas como pueden ser la higiene, la alimentación, la vestimenta o la movilidad de estos.
- Tener bajo control de los signos vitales de los pacientes de la unidad de salud mental como la presión arterial y temperatura, todo ello siempre bajo la supervisión del personal de enfermería y psiquiatría que se encuentren con la responsabilidad de cada paciente.
- Colaborar y asistir en actividades y terapias grupales que se realizan para intentar conseguir la recuperación a nivel cognitivo y el bienestar de los pacientes con problemas de salud mental.
- Observación y registro de los diferentes comportamientos que tengan los pacientes, así como la interacción que puedan llegar a tener con el resto de pacientes o con el propio personal sanitario. Además, se deberá tener en cuenta el documentar las interacciones, el estado emocional de los pacientes y el apoyo que tiene por parte del equipo de salud mental.
- Debe brindar un apoyo emocional a través del acompañamiento y la contención a los pacientes durante las diferentes situaciones de crisis o angustia que pueden llegar a sufrir los pacientes.
- Mantenimiento y cuidado del entorno para contribuir a tener un ambiente limpio, seguro y tranquilo para que la comodidad de los pacientes sea la mejor y se garantice una seguridad en todo momento en la unidad de salud mental del centro hospitalario.
- Administración de medicamentos si fuera necesario y siempre bajo la supervisión y prescripción del personal de enfermería o médico que cuentan con la responsabilidad de los pacientes.
- Colaboración constante con el equipo de salud mental para poder proporcionar una atención integral y centrada en el bienestar del paciente con problemas mentales.

5 Discusión-Conclusión

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la unidad de salud mental es tan fundamental e importante porque debido y gracias a sus funciones y responsabilidades los pacientes pueden desarrollar con normalidad sus actividades diarias, manteniendo de este modo un estado emocional estable dentro de sus posibilidades y son un punto crucial en el mantenimiento o recuperación de los pacientes que padecen de una enfermedad mental.

Además, cabe destacar que los que desarrollen sus funciones en estas unidades deberán de poseer unas habilidades sociales bastante elevadas y un poder de empatía también alto puesto que para muchos de los pacientes de esta unidad de salud mental, estas instalaciones y espacio será como su casa de por vida y al mínimo cambio o problema, lo notarán.

Es importante destacar que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería trabaja en coordinación y bajo la supervisión del personal de enfermería y otros profesionales de la salud mental en dicha unidad para garantizar un cuidado integral del paciente. Su dedicación y cuidado son fundamentales para mejorar la calidad de vida y promover la recuperación de los pacientes que enfrentan desafíos de salud mental.

6 Bibliografía

- Martínez, S. P. (2021). Funciones del TCAE en la Unidad de Salud Mental. En Gómez, L. M. (Ed.), *Cuidados en Salud Mental: Perspectivas Interdisciplinarias* (pp. 89-102). Editorial Caring.
- López, M. G., & García, A. B. (2021). El papel del TCAE en la Unidad de Salud Mental. *Revista de Enfermería en Salud Mental*, 8(2), 45-58.

Capítulo 105

GERONTOLOGÍA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA

CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE

MAIRENA LÓPEZ CABALLERO

JOSE CHACON AGUILAR

RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS

1 Introducción

La gerontología es la rama de la medicina que se enfoca en el estudio del envejecimiento y los aspectos relacionados con la vejez, abarcando tanto aspectos clínicos como el trato con los familiares y sociales. Esta área de conocimiento se centra en el proceso de envejecimiento desde una perspectiva diversa como es la biológica, la psicológica, la social y de la salud, con el objetivo de comprender los cambios físicos y mentales que ocurren en las personas mayores.

La unidad de geriatría de un centro hospitalario acoge a una gran cantidad de usuario de edad avanzada que pueden sufrir algún cuadro de pluripatología o polifarmacia, y además, tienen un alto grado de dependencia para las actividades cotidianas del día a día. La gerontología es una disciplina multidisciplinaria que involucra a profesionales de diversos campos y ramas como son los médicos

geriátricos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras gerontológicas, terapeutas ocupacionales, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería entre otros. Su objetivo principal es mejorar la calidad de vida de las personas mayores y promover un envejecimiento activo y saludable.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAES) en esta unidad tienen un papel fundamental ya que se encargan de que los ancianos mantengan su propia independencia el mayor tiempo posible hasta que su físico se lo permita, y les ayuda a colaborar en sus relaciones sociales y capacidades cognitivas.

2 Objetivos

- Conocer qué es la gerontología y sus principales características.
- Saber las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de gerontología.

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 la gerontología y las funciones que desarrolla el TCAE en el tratamiento de este tipo de enfermedad. 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

Algunos de los temas que abarca la Gerontología incluyen la fisiología del envejecimiento, estudiando los cambios biológicos del organismo con los años; la psicología del envejecimiento para ver los aspectos cognitivos y emocionales; la salud y la calidad de vida en relación a la vejez para poder prevenir enfermedades y mejorar la independencia y bienestar emocional, social y físico.

Algunas de las funciones del TCAE en Gerontología son las siguientes:

- Cuidados básicos de higiene y cuidado personal de los pacientes mayores, a través del baño/ducha, el aseo o incluso la vestimenta de los pacientes.
- Movilización y transferencia de las personas mayores con movilidad reducida o limitada en sus traslados, siempre garantizando la seguridad y evitando caídas

y lesiones. Dentro de este punto, también podríamos indicar que debe realizarse diferentes cambios posturales con el fin de evitar posibles úlceras por presión.

- Deberán realizarse en caso de que sea necesario diferentes curas y aplicar cualquier crema o apósito si así es necesario según le haya indicado el equipo de equipo de enfermería o medicina.
- Control de la alimentación y la nutrición de los pacientes, garantizando que reciban una dieta adecuada y adaptada a cada necesidad nutricional que tengan.
- Control y seguimiento de signos vitales de los pacientes, algunos como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura son los principales que deben vigilarse con asiduidad.
- Asistencia en tratamientos, colaborar en la administración de medicamentos, bajo la supervisión siempre del personal de enfermería o medicina que son los que lo prescriben previamente. Además, deberá participar en las terapias de rehabilitación o actividades de estimulación cognitiva y física para mejorar la calidad de vida de estas personas mayores.
- Mostrar apoyo emocional tanto al paciente como a los familiares, fomentando una comunicación correcta e informando en todo momento de los cuidados o situaciones específicas que se lleven a cabo.

5 Discusión-Conclusión

Los avances en la gerontología han permitido un mayor entendimiento del envejecimiento y han impulsado la implementación de programas y políticas dirigidas a mejorar el bienestar de la población de adultos mayores, promoviendo su autonomía, independencia en su día a día, participación social y cuidado integral de los pacientes de esta rama.

Es importante destacar que el TCAE trabaja en equipo con el personal de enfermería, terapeutas y médicos para brindar una atención multidisciplinar, completa y de calidad a las personas mayores que se encuentran en la unidad de gerontología. Su presencia y cuidados son fundamentales para promover la autonomía, el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores en el ámbito gerontológico.

6 Bibliografía

1. López, M. G., & García, A. B. (2021). El rol del TCAE en el cuidado de pacientes geriátricos. *Revista de Enfermería Gerontológica*, 15(3), 78-86.

2. Smith, J. R. (2022). Gerontología: Cuidados y desafíos del envejecimiento. Editorial Salud y Bienestar.

Capítulo 106

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

MARÍA DE LA O DÍAZ-GUERRA LORENZO GARCÍA

JOSE CHACON AGUILAR

RAQUEL SÁNCHEZ MACÍAS

MAIRENA LÓPEZ CABALLERO

CAROLINA MARTÍNEZ DE LA TORRE

1 Introducción

Las úlceras por presión, también conocidas como úlceras de decúbito o escaras, son lesiones de la piel y los tejidos subyacentes que se producen debido a la presión constante y prolongada sobre una determinada área del cuerpo. Es decir, son el resultado de una necrosis isquémica de la piel que puede afectar también a los tejidos subcutáneos. Estas úlceras suelen ocurrir en personas que tienen movilidad reducida y que pasan mucho tiempo en la misma posición, como pacientes hospitalizados o aquellos que están confinados a una silla de ruedas o una cama. Las úlceras por presión se desarrollan en áreas donde los huesos están cerca de la superficie de la piel, como los talones, los tobillos, los codos, los hombros, la

espalda baja y la parte posterior de la cabeza. La presión constante y la falta de circulación sanguínea adecuada en estas áreas pueden provocar daño a los tejidos, lo que conduce a la formación de úlceras. Estas úlceras por presión son un problema bastante grave para los enfermos que las padecen ya que afectan a la calidad de vida e incluso en casos extremos provocar la muerte.

La prevención de las úlceras por presión es fundamental y necesaria. Esta se logra mediante cambios de posición frecuentes en pacientes con movilidad reducida, el uso de colchones y cojines especiales para distribuir la presión de manera uniforme por todo el cuerpo, mantener la piel limpia de cualquier infección y seca, y proporcionar una dieta equilibrada para mejorar la salud de la piel y los tejidos que la componen.

Trabajando en conjunto con el equipo de salud, el TCAE contribuye a proporcionar una atención integral y adecuada a los pacientes afectados por úlceras por presión como podremos ver en este trabajo científico.

2 Objetivos

- Dar a conocer qué son y por qué se producen las úlceras por presión.
- Describir las medidas preventivas básicas para evitar su aparición.
- Saber las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en pacientes de úlceras por presión.

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 son las úlceras por presión y la importancia que tiene el TCAE en el tratamiento de este tipo de enfermedad. 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 tratamiento de las úlceras por presión se basa en aliviar la presión en el área afectada, mantener una buena higiene y cuidado de la piel, y proporcionar una nutrición adecuada para favorecer la cicatrización. En casos más graves, pueden

ser necesarios procedimientos médicos para desbridar y limpiar la úlcera, así como el uso de apósitos especiales para promover la cicatrización.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel importante durante todo el proceso de las úlceras por presión, empezando por la prevención, siguiendo por la detección y terminando por el cuidado de estas. Algunas de las funciones del TCAE en relación a las úlceras por presión son las siguientes:

- Prevención de las úlceras por presión ayudando a los pacientes a cambiar de posición regularmente, sobre todo en casos de movilidad reducida. Esto implica realizar cambios posturales cada cierto tiempo, utilizando cojines y almohadas especiales para aliviar la presión en áreas vulnerables para garantizar una prevención buena. Para ello, también deberán hidratar correctamente la piel.
- Observación y detección de posibles úlceras por presión estando atento a la piel del paciente durante los cuidados diarios. El TCAE debe buscar signos tempranos de enrojecimiento o irritación que puedan indicar el inicio de una úlcera por presión, ya que es fundamental una detección temprana para evitar que las úlceras empeoren hasta casos extremos.
- Higiene y cuidado de la piel manteniéndola seca y limpia en todo momento. El TCAE es responsable de la que la higiene sea adecuada para prevenir las úlceras por presión, ya que si la piel está limpia y seca es menos susceptible a la irritación y el daño por este tipo de enfermedad.
- Registrar y documentar correctamente cualquier mínima aparición de unas posibles úlceras por presión. Además, deberá proporcionar ese apunte de los cuidados proporcionados en el expediente del paciente para un seguimiento adecuado para su evolución y desarrollo.
- Colaboración y asistencia continua con el equipo multidisciplinar sanitario. El TCAE trabaja en estrecha colaboración con el personal sanitario del centro hospitalario para brindar y garantizar una atención integral al paciente, comunicando cualquier cambio en la piel y asegurando una respuesta rápida y efectiva en caso de detectar una úlcera por presión.

5 Discusión-Conclusión

El mejor tratamiento contra las úlceras por presión es evitar y prevenir que aparezca y se desarrolle. Uno de los factores de riesgos más importante para la aparición de este tipo de úlceras es la no movilidad, para ello es de vital importancia una buena formación del personal sanitario para atender a estos pacientes que puedan sufrir la enfermedad. Es esencial para lograr que este tipo de úlceras

disminuyan y lograr que la calidad de vida de estas personas se conserve de la mejor manera posible.

Es importante destacar que el TCAE desempeña un papel clave en la prevención de las úlceras por presión, ya que una atención adecuada y oportuna puede evitar que estas lesiones se desarrollen y contribuir al bienestar y recuperación del paciente.

6 Bibliografía

1. Campos, Inmaculada Campos. Úlceras por presión en cuidados paliativos. NPunto, 2021, vol. 4, no 39, p. 76-94.
2. López-Casanova, Pablo, et al. Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. Gerokomos, 2018, vol. 29, no 2, p. 92-99.

Capítulo 107

EL TRASTORNO ANTISOCIAL Y LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANDREA LÁZARO VIÑA

1 Introducción

Este tipo de trastorno afecta en la salud mental de las personas. Por lo que las personas no siguen o cumplen una serie de normas como las leyes y los derechos impuestos. Suele aparecer en la adolescencia.

Estas personas que sufren este tipo de trastorno mental, no saben acatar las normas por lo que les conlleva graves problemas en sus vidas diarias.

Son conscientes de que están haciendo las cosas mal, pero actúan mediante impulsos que no controlan lo que les lleva a cometer delitos graves en los que suelen intervenir los agentes en algunos casos.

Puede ser causado porque la persona haya carecido de atención durante su infancia por parte de algunos de sus familiares como ambos progenitores, o educadores.

Este trastorno se caracteriza por la repetición, generosidad y diversas formas de ser de la persona. Tienden a aislarse, a ser independientes y realizar cosas ellos solos por sí mismos. No les agrada o les gusta estar entre gente, porque sienten odio o desprecio hacia las personas, y en caso de que estas se acerquen a ellos, los tratan mal y con una gran cantidad de desprecios, humillándoles y haciéndoles sentir mal porque repelen estar rodeados de personas porque se sienten molestos.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las funciones que puede desempeñar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en personas con trastorno antisocial.

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 este tipo de trastorno es multifactorial, muchos factores pueden ser genéticos pero también influye mucho el entorno del que se rodee la persona, principalmente sus familiares, también tienen que ver factores biológicos. Pueden observarse anomalías en el sistema nervioso y algunas zonas del cerebro dañadas que provocan que la persona se comporte de una forma agresiva o por impulsos. También puede ser por un consumo excesivo y descontrolado de drogas u otras sustancias nocivas para la salud.

Suele ser más habitual que se de en hombres que en mujeres, pero suele diagnosticarse cuando la persona tiene 18 años de edad aproximadamente aunque siendo menor también se puede ver la presencia de algunos síntomas.

Destacan algunos rasgos como la carencia de empatía, remordimiento, una visión de la realidad que no es la adecuada, si realizan malas acciones no se preocupan o piensas en las consecuencias que estos actos le pueden traer, son muy irresponsables, son muy egocéntricos, son muy impulsivos, puede ir acompañado de la esquizofrenia o de ataques de pánico.

Estas personas intentar huir o evitar a el mayor número de gente posible, evitar las relaciones sociales, se sienten que son rechazados por la sociedad y por todo el mundo por lo que su forma de actuar es un mecanismo de defensa que su cuerpo crea ante estas ciertas situaciones.

En muchas ocasiones, se sienten frustrados porque quieren tener relaciones sociales pero a la vez les corroe el sentimiento de temor y rechazo por lo que les cuesta más.

El TCAE puede apoyar tanto al paciente como a su familia en todo momento, interactuar con la persona, mantener una conversación intentando convencerle de los beneficios de las relaciones sociales, hacerle sentirse seguro y cómodo.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos mentales son problemas que afectan o influyen de manera negativa en la salud mental de las personas que lo padecen, causando unos comportamientos diversos que son fuera de lo común en las personas que lo sufren y que en muchos casos, a estas personas les origina graves problemas en sus vidas diarias por lo que necesitan ayuda profesional sanitaria como psicoterapia o fármacos administrados por el médico para su mejoría.

Hay una gran variedad de trastornos mentales, en el que cada uno se presenta de una forma y con diversas características.

6 Bibliografía

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

Capítulo 108

LA UNIDAD DE PACIENTES QUEMADOS ESPECÍFICA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ESA UNIDAD

MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO

BELEN SIMARRO CARRETERO

MARÍA DOLORES BUENO LAYA

ANGELES SANCHEZ SANCHEZ

CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO

1 Introducción

La piel proporciona una barrera física al cuerpo para prevenir infecciones e invasiones microbianas. Cuando una quemadura rompe esta barrera, los microorganismos invadirán y atacarán la piel a través de la herida abierta, cambiando así la barrera inmunológica.

Debido a la ansiedad de los pacientes ante el dolor, la deformidad y limitación de movimiento, y la inseguridad de reintegrarse a la sociedad, la atención al paciente quemado es y seguirá siendo un desafío para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en su día a día.

Las agresiones térmicas dan lugar a respuestas metabólicas más elevadas que son más pronunciadas que otros tipos de agresiones y traumas. Las quemaduras

producen una degradación proteica excesiva mediada por respuestas hormonales relacionadas con la superficie corporal quemada, aumenta la resección quirúrgica de las quemaduras, el gasto energético, la presencia de infecciones y se acompaña de un aumento del consumo de oxígeno.

Un aporte nutricional precoz es un pilar en el tratamiento del paciente quemado. Este aporte nutricional se realizará por vía gástrica, ya sea por sonda nutricional nasoduodenal o nasogástrica cuando se den varios factores que coincidan una situación de riesgo nutricional como son: intensidad de estrés catabólico, disminución del apetito, intubación endotraqueal, etc.

2 Objetivos

El objetivo es describir e indicar la aportación del TCAE en la tarea de alimentación e hidratación en los pacientes quemados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado acabo 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 nutrición del paciente quemado es una de las tareas asistenciales fundamentales del TCAE. Un aporte nutricional precoz es un pilar en el tratamiento del paciente quemado debido a la degradación exagerada de proteínas que producen las quemaduras y a una respuesta hipermetabólica muy marcada por la agresión térmica. Este tipo de pacientes requiere una dieta hipercalórica e hiperproteica, que será solicitada por el TCAE.

Existen diferentes vías para aportar los nutrientes necesarios que necesita el paciente. Las más habituales en el paciente quemado son:

- Vía parenteral: para pacientes que no pueden recibir nutrición enteral por intolerancia digestiva de la dieta o para aquellos que no alcanzan las necesidades nutritivas necesarias.

- Vía enteral: vía óptima para administrar los nutrientes necesarios ya que suele ser bien tolerada por el paciente, preserva la integridad de la mucosa intestinal, mantiene el aporte calórico, reduce el grado de respuesta hipermetabólica al estrés, evita el fenómeno de traslocación bacteriana y produce menos complicaciones e infecciones.
- Vía oral: constituye la forma de nutrición más fisiológica y requiere la colaboración del paciente que debe tener un adecuado nivel de consciencia y reflejo de deglución.

La nutrición del paciente quemado es una de las tareas asistenciales fundamentales del TCAE, somos los encargados de:

Al ingreso, una vez terminada la cura y acomodado el paciente en la habitación, le preguntamos sobre sus gustos alimenticios. Verificar por orden médica la dieta prescrita. Si el paciente no sufre ninguna enfermedad lo más probable es que sea una dieta hipercalórica e hiperproteica. En nuestra unidad existe un programa informático para la petición de dietas en las que elegiremos el desayuno, comida, merienda y cena.

Preparación del paciente para la ingesta:

El TCAE incorporará la cama hasta conseguir una postura adecuada y cómoda para el paciente. Le preguntará qué le apetece comer. El TCAE se encargará de elegir los alimentos más convenientes y triturarlos si el paciente los requiere. En la ingesta se pueden dar cuatro situaciones según las zonas quemadas y el estado del paciente:

- Paciente autónomo: se le colocará un protector, para evitar que le caigan restos de comida en la cura y en la cama que le puedan incomodar. Se le pondrá la mesa y se colocarán los platos, cubiertos, pan, el agua, el batido hiperproteico y se le facilitará la medicación oral que tenga prescrita, colocándose todo a mano. Aprovecharemos para escuchar y hablar al paciente.
- Paciente parcialmente incapacitado: se realizará el mismo proceso que con el paciente autónomo pero, el TCAE le ayudará a partir la comida, pelar y trocear la fruta y a la vez se le enseñará a coger los cubiertos de la forma más adecuada para que no se le caiga la comida. Al principio estos pacientes se sienten frustrados, nuestra labor es darles confianza en sí mismos, animarles e intentar que coman solos. Al principio no podrán hacerlo todo ellos solos ya que sufren dolor y los vendajes les impide la movilidad necesaria, por eso debemos estar con ellos para ayudarles, escucharles y animarles en esos momentos bajos que tiene el paciente.
- Paciente incapacitado totalmente: actuaremos de la misma forma que con el paciente parcialmente incapacitado, pero dándole el TCAE la comida. Comprobaremos que la temperatura de la comida es la adecuada, no le daremos mucha can-

tividad de una sola vez para evitar atragantamientos, le ofreceremos agua, evitaremos la sensación de tener prisa.

- Paciente traqueostomizado con cánula estándar (con balón de baja presión): se le pedirá la dieta prescrita por el médico, se incorporará la cama entre 45-60° para evitar regurgitaciones, comprobaremos que la presión del balón de la cánula esté a 30mmhg, mantendremos preparado y en funcionamiento el equipo de aspiración, tendremos siempre a mano una cánula limpia para qué, en caso de emergencia, nos permita una rápida sustitución y una eficaz ventilación. Comprobaremos la temperatura de los alimentos antes de dársela. Le explicaremos lo que va a comer, le ofreceremos agua, procuraremos que el paciente se sienta cómodo. Mantendremos al paciente incorporado durante 20- 30 minutos después de finalizada la comida para evitar que se produzca una broncoaspiración.

Finalizada la ingesta, en todos los pacientes:

Retiraremos los platos de la mesa y los colocaremos en la bandeja. Limpiaremos la mesa y acercaremos los utensilios para la limpieza bucal. En los pacientes que no pueden realizarla por ellos solos lo realizará el TCAE. Acomodaremos al paciente en la posición funcional adecuada. Registraremos en la gráfica la ingesta, los líquidos y el batido hiperproteico tomados. Se comunicará a la enfermera responsable cualquier incidencia que surja.

5 Discusión-Conclusión

La ingesta nutricional temprana de los pacientes quemados es esencial para la curación. La nutrición del paciente quemado es una de las tareas básicas de enfermería de TCAE, además de brindarle e informarle sobre los alimentos necesarios para la curación, también escucha y habla con los pacientes porque es un momento de relajación para él.

El cuidado del paciente con quemaduras es y seguirá siendo un reto para el TCAE por la ansiedad que presenta el paciente ante el dolor, la deformidad y la limitación de la movilidad, así como por la inseguridad para reintegrarse a sus actividades cotidianas y ante la posibilidad existente al rechazo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 109

EL PROCESO DE UNA COLOSTOMÍA DE UN PACIENTE Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO

BELEN SIMARRO CARRETERO

MARÍA DOLORES BUENO LAYA

ANGELES SANCHEZ SANCHEZ

CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO

1 Introducción

Una ostomía es un procedimiento quirúrgico en el que se realiza una abertura (estoma) entre dos órganos u órganos internos y la piel abdominal con el fin de expulsar los desechos del cuerpo. Esta intervención se realiza para aliviar la obstrucción, corregir defectos anatómicos o tratar infecciones del tracto urinario. El término colostomía se utiliza cuando la ostomía se encuentra en el colon. Las alteraciones a las que se enfrenta el paciente colostomizado son tanto biológicas, psicológicas y sociales, entendiendo por ellos cambios higiénicos, afectación de la propia imagen o dificultad de la integración, entre otros muchos. Si bien hablamos de los objetivos básicos que debe de llevar a cabo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) cuando se expone a estos pacientes y

sus cuidados, cabe destacar el tratamiento y la prevención de los tejidos peristomales y la importancia de concienciar al paciente de su autocuidado.

El principal objetivo del TCAE frente al paciente ostomizado, es el intentar que lleve una vida normal, después de habersele realizado una intervención quirúrgica, ayudarle en sus cuidados e higiene del estoma; y en la reinserción en su vida social.

Si el cuidado es muy próximo a la cirugía y la herida todavía no está cicatrizada, la cura y el cambio de bolsa lo hará el/la enfermero o enfermera en condiciones estériles.

2 Objetivos

- Definir el término colostomía y sus posibles complicaciones.
- Determinar el correcto cuidado de las ostomías y el papel del TCAE en estos pacientes.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos pertenecientes a estudios y protocolos de varios hospitales relacionados con el tema tratado a través de bases de datos como Medline, Scielo y Dialnet. Se emplearon las siguientes fórmulas de búsqueda: “colostomía”, “ostomía” y “paciente colostomizado”.

4 Resultados

La realización de la colostomía radica en una abertura abdominal que se llama estoma. La realización de este procedimiento se lleva a cabo debido a una resección intestinal o una lesión pendiente de ser temporal o permanente. Podemos hablar de varios tipos de colostomías teniendo en cuenta su temporalidad o localización, sin olvidarnos de que todas ellas necesitan unos cuidados para evitar las complicaciones. Dentro de las complicaciones que pueden surgir, podemos clasificarlas en menores, cuando se dan reacciones de tipo alérgico o infecciosas o mayores, cuando hablamos de necrosis, obstrucción intestinal, peritonitis...

El TCAE tiene un importante papel ya que no solo se encarga de la limpieza de la misma sino de enseñar y concienciar al paciente para su correcta autonomía, así como de determinar que tipo de ostomía se ha realizado y su localización, el tipo

y tamaño de la bolsa que se debe usar y las sustancias que hacen de barrera para la piel. También se debe tener en cuenta las reacciones que se dan en el paciente (alergia al adhesivo, sangrado en el estoma, enrojecimientos en la piel...).

Se valora la importancia de hacer un seguimiento y anotación sobre la cantidad de heces evacuadas para controlar si presentan elementos anormales (pus, sangre...). Debemos citar algunas de las precauciones que el TCAE debe tener en cuenta para conservar la integridad cutánea y del estoma:

- No usar soluciones con alcohol y agua oxigenada.
- No frotar la piel.
- Estar pendiente de la aparición de úlceras o hemorragias
- Evitar la presencia de estenosis en el anillo del estoma.
- Realizar los cambios de bolsa necesarios.
- Vaciar la bolsa cuando esta llena hasta un tercio de su volumen total.
- Retirar la bolsa suavemente limpiando y secando la piel periestomal.

Es importante que el paciente ostomizado tenga en cuenta consejos como la realización correcta de su higiene corporal, el uso adecuado de ropa, la buena práctica de la actividad física y la alimentación que se debe de llevar a cabo.

En relación con lo expuesto anteriormente debemos destacar la importancia de que el TCAE tenga adquiridos los conocimientos imprescindibles para el cuidado del paciente ostomizado así como, la higiene de la ostomía. Mantener una buena relación TCAE/paciente es un factor favorecedor ya que ayudará a mantener una situación mas cómoda, a cuidar y favorecer la autoestima del paciente

A medida que el estado de salud vaya mejorando después de la operación, es conveniente comenzar con las actividades a nivel social como pasear, nadar, bailar, trabajar e incluso poder practicar todos aquellos deportes que no sean agresivos para que no exista la posibilidad de dañar el estoma, dándole una mejor calidad de vida sin tener complejos por estar ostomizado.

5 Discusión-Conclusión

Relacionado con lo anterior, debemos enfatizar la importancia de la TCAE para adquirir conocimientos básicos sobre el cuidado del paciente con estoma y la higiene del estoma. Mantener una buena relación TCAE / paciente es un factor favorable, ya que ayudará a mantener una situación más cómoda, cuidar y potenciar la autoestima del paciente.

Con la mejora del estado de salud posterior a la operación, es conveniente comenzar con actividades sociales, como caminar, nadar, bailar, trabajar, e incluso todos

estos deportes no agresivos, por lo que no hay posibilidad de dañar el estomago y hacer que su calidad de vida sea mejor sin la formación de complejos negativos.

.

6 Bibliografía

1. P.Farreras, C.ROZMAN (2012), Medicina Interna, Elsevier.
2. Crespillo Díaz, Antonia Yolanda, & Martín Muñoz, Begoña. (2012). La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado: Estudio cualitativo de un caso. Index de Enfermería, 21(1-2), 43-47.
3. Arenas Villafranca, José Javier, Abilés, Jimena, Moreno, Gloria, Tortajada Goitia, Begoña, Utrilla Navarro, Pilar, & Gándara Adán, Norberto. (2014). Ostomías de alto débito: detección y abordaje. Nutrición Hospitalaria, 30(6), 1391-1396.

Capítulo 110

LOS PACIENTES CON ATAQUES CONVULSIVO DE EPILEPSIA Y LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA DEL ROCIO AROCA CARRASCO

BELEN SIMARRO CARRETERO

MARÍA DOLORES BUENO LAYA

ANGELES SANCHEZ SANCHEZ

CELIA KARINA ARGÜELLO ARGÜELLO

1 Introducción

La epilepsia se trata de un trastorno derivado del mal funcionamiento de un grupo de neuronas que se produce en una zona del cerebro y de una manera esporádica.

Según la League Against Epilepsy, se considera que una persona tiene epilepsia cuando sufre una alteración cerebral caracterizada por la predisposición permanente para generar crisis y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales derivadas de esta condición siendo posible su diagnóstico tras una crisis aislada (no provocada).

Clasificada como enfermedad crónica que bien diagnosticada y bien tratada tiene un alto porcentaje de buen control.

Las crisis convulsivas se presentan con frecuencia en la población hasta un 5% de la población puede llegar a padecer un tipo de crisis a lo largo de su vida. Esta aparición es repentina y se puede presentar tanto en el medio extrahospitalario como en el ámbito hospitalario. La etiología más frecuente, por edad, incluye: Neonatos. Debidas a hipoxia neonatal. Primera semana de vida. Suelen estar ocasionadas por metabopatías.

Niños menores de 12 años. La causa más frecuente es la fiebre.

Adolescentes. Suelen ser por causas idiopáticas y traumáticas.

Adultos de entre 18-35 años. Por traumatismos craneoencefálicos.

Adultos entre 35-50 años. Debido a tumores cerebrales.

Adultos mayores de 50 años. Son debidas a accidentes cerebrovasculares.

2 Objetivos

Conocer el protocolo de actuación ante una crisis epiléptica o convulsión cuando nos encontremos en un medio extrahospitalario como puede ser la vía pública.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la Literatura científica existente. Se ha procedido a la consulta de bases de datos, destacando Pubmed, Medline y diferentes libros científicos de referencia electroencefalográfica.

4 Resultados

Existen diferentes crisis epilépticas

CRISIS GENERALIZADAS

Afectará a ambos hemisferios. Se clasifican:

Crisis generalizadas tónico- clónicas:

Las más conocidas de las crisis generalizadas. Comienzan con rigidez seguidas de sacudidas.

Lo más habitual que ocurra es caída del paciente al suelo, relajación de esfínteres o mordedura de lengua.

Crisis generalizadas mioclónicas:

Se trata de contracciones rápidas y breves de los músculos. Son muy breves, suelen durar unos segundos y algunas veces pasan desapercibidas. El paciente puede caerse o que se le caigan objetos que tenga en las manos.

Crisis generalizadas atónicas:

Se produce una pérdida brusca del tono muscular pudiéndose provocar traumatismos en la caída.

CRISIS FOCALES

Se producen de forma espontánea y pueden tener recaídas.

Crisis focales simples:

Sin pérdida de conciencia, dependiendo de que zona del cerebro se produzca tendrá unos síntomas u otros.

Por ejemplo, sensoriales que se pueden presentar como alucinaciones, motoras, moviendo una parte del cuerpo de manera involuntaria.

ACTUACIONES ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA

- Poner al paciente en el suelo, y una vez aquí, en posición lateral de seguridad, se elegirá, si es posible, la posición de decúbito lateral izquierdo.
- Retirar todos los objetos con los que se pueda golpear o dañar la víctima.
- Si el paciente presenta movimientos o sacudidas no sujetarlo durante la crisis.
- Aflojar la ropa para favorecer una correcta ventilación sin que le pueda oprimir la vía aérea, de esa manera se objetivará perfectamente la correcta ventilación de la víctima.
- Si por la contracción tiene contraídos los maxilares, nunca se deben forzar para introducir en la boca ningún objeto, ya que se puede provocar lesiones en lengua, labios o dientes incluso fracturas de mandíbula.
- Avisar a los servicios de emergencias 112.
- Contabilizar la duración de la crisis convulsiva.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión de este artículo es que tener conocimientos en profundidad de la aplicación de los primeros auxilios en un ataque epiléptico o crisis convulsiva es de vital importancia a la hora de la supervivencia de una persona que lo sufra en el medio extrahospitalario.

Cuando una persona sufre una crisis convulsiva es de vital importancia reaccionar lo antes posible y tener claro qué hacer y qué no hacer ante esta situación, ya que la supervivencia de la persona o posibles secuelas que pueda sufrir depende las primeras actuaciones que le realicen los testigos circunstanciales que presencien esta crisis epiléptica.

6 Bibliografía

- 1- Schomer Donald L. , Lopes da Silva Fernando H. Niedermeyer s Electroencephalography:
Basic Principles, Clinical Applications, and Related Fields. Sexta edición. Lippincott Williams&Wilki, 1 enero 2011
- 2- A. James Rowan, M.D., Eugene Tolunsky, M.D. Conceptos básicos sobre EEG con mini- atlas. Edición en español. Elsevier España; 2004

Capítulo 111

LA IGUALDAD DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO

PATRICIA CALZÓN FERNÁNDEZ

JOSE LUIS SALMERON SUAREZ

1 Introducción

Tras el estudio de las distintas definiciones que nos podemos encontrar en las diferentes fuentes disponibles, a nuestro criterio, definiremos la igualdad de género como: "existencia de una igualdad de oportunidades y de derechos entre las mujeres y los hombres en los ámbitos privado y público que les brinden y garanticen la posibilidad de realizar la vida que deseen". Podemos derivar de esta definición, que dicha igualdad, no es que al hablar de mujeres y de hombres estemos hablando de lo mismo, sino los derechos, oportunidades y responsabilidades no tienen nada que ver con la identidad sexual del individuo. Cuando nos referimos a la igualdad de género, nos referimos principalmente a que los intereses, necesidades y prioridades se tienen en cuenta con total indiferencia de es hombre o mujer.

En nuestras leyes encontramos legislación específica a este respecto que buscan combatir cualquier tipo de discriminación que tenga como base el sexo de la persona, Discriminaciones tanto directas como indirectas, procurando siempre la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres. Podemos encontrar políticas enfocadas evitar la discriminación salarial y hacer efectivo el principio de igualdad, buscando también una mayor tasa de empleo femenino y paliar la escasez de mujeres en los puestos directivos o de responsabilidad. Algunas de estas políticas

han supuesto hitos muy importantes, como la equiparación de los permisos de maternidad y paternidad, haciéndolos iguales e intransferibles.

2 Objetivos

Buscamos definir y dar a conocer el Principio de Igualdad entre mujeres y hombres. También intentaremos explicar lo que consideramos acoso por razón de sexo o acoso sexual, así como la discriminación directa e indirecta.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente para la realización de este capítulo. Hemos realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Como filtros hemos utilizado palabras clave como: “Igualdad efectiva de mujeres y hombres” y “principio de igualdad”.

4 Resultados

En nuestro reglamento jurídico se hace plenamente efectivo el derecho de trato y de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. Nuestras leyes nos dejan claro que tanto en deberes como en derechos como en dignidad no existe ningún tipo de diferencia entre hombres y mujeres. Con las últimas reformas de nuestra legislación, se busca erradicar la discriminación de la mujer en cualquier ámbito de nuestras vidas. Hablamos de cualquier ámbito, circunstancia o condición, centrándonos de forma especial en la vida laboral, civil, política, económica y cultural, buscando una sociedad más solidaria, democrática y justa.

Pasaremos ahora a intentar exponer el Principio de Igualdad de Trato entre Hombres y Mujeres. Supone este principio la total desaparición de la discriminación tanto directa como indirecta por razón de sexo. También debemos remarcar con especial ímpetu aquellas que se deriven de otras razones como por ejemplo maternidad, estado civil o responsabilidades por obligaciones o cargas familiares.

El Principio de Igualdad de Trato entre Hombres y Mujeres es aplicable tanto en el ámbito del empleo público como el ámbito privado, de manera que se garantizará en toda la normativa que se deba aplicar en los términos previstos por esta a la

la formación profesional, la promoción profesional, las condiciones de trabajo, el acceder al empleo, la afiliación y la participación en organizaciones sindicales Y empresariales así como a otras organizaciones donde los miembros tengan una profesión concreta y donde se incluyen prestaciones específicas concedidas a las mismas.

Definamos ahora la diferencias entre discriminación directa e indirecta:

- Discriminación directa: En este tipo de discriminación se puede encontrar cualquier tipo de persona que por razón de sexo pueda ser tratada de forma desfavorable con respecto al trato que reciba otra persona de distinto sexo. Ponemos especial énfasis en las mujeres y cualquier circunstancia que tenga que ver con el embarazo o la maternidad.
- Discriminación indirecta: En este tipo de discriminación nos encontramos ante situaciones en los que los criterios, las disposiciones o las prácticas neutras ponen a las personas de un sexo en desventaja. Este tipo de prácticas no son permisibles, excepto que objetivamente puedan justificarse atendiendo a una finalidad legítima y que los medios sena los necesarios y los adecuados para conseguir la finalidad buscada.

Debemos tener en cuenta, que sea cual sea el caso, la situación o la circunstancia, se considera como discriminatoria cualquier tipo de discriminación, sea esta directa o indirecta por razón de sexo.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios en nuestra sociedad se hacen claramente necesarios. Se debe de transformar nuestras relaciones de género buscando impulsar medidas donde sean más equitativas las opciones para los hombres y para las mujeres, tanto en temas de seguridad, como en integración pública o privada. Es necesario que todos tomemos conciencia de que los problemas y las responsabilidades no son exclusivos ni se le asignan en exclusiva aún solo sexo, sino que deben de ser responsabilidades compartidas entre ambos.

La mejor forma de aumentar el valor de la igualdad será promover la educación. Antaño, por la educación y las condiciones de vida, los hombres y las mujeres tenían roles muy diferentes. Esta circunstancia no debe de tener efectos negativos en la actualidad sobre las condiciones y las distintas posibilidades de la vida de los distintos sexos. Debemos evitar a toda costa la discriminación, favoreciendo la igualdad de condiciones entre hombres y mujeres, tanto en sociedad, como en la vida privada, como en la economía, como en todos los ámbitos de la vida y del día a día, para mejorar de forma global la calidad de vida de toda la sociedad.

6 Bibliografía

1. <https://www.redalyc.org/pdf/3221/322127621004.pdf>.
2. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>.
3. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-6115-consolidado.pdf>

Capítulo 112

LA ENFERMEDAD DE ESPTEIN BARR O TAMBIÉN DENOMINADA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA Y LA ASISTENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

JADWIGA MARÍA SAK

1 Introducción

La enfermedad llamada mononucleosis es una enfermedad producida por un tipo de Herpes. Esta enfermedad es más habitual que la padezcan los adolescentes y las personas jóvenes. Los síntomas que la diferencian del resto de enfermedades pueden ser el dolor de garganta, episodios de fiebre, hinchazón excesivo de los ganglios linfáticos, fatiga.

Esta enfermedad infecciosa es transmitida por los besos, al compartir vasos con las bebidas o comer del mismo recipiente o utensilios. Dependiendo de la persona, la enfermedad tiene un período de duración más o menos extenso teniendo en cuenta las características de cada persona. Los episodios de fiebre suelen durar aproximadamente 10 días pero el hinchazón de los ganglios linfáticos entre cuatro meses o un año aproximadamente.

Estas personas deben de cuidarse puesto que es una enfermedad riesgosa y si la persona tiene otro problema de salud al contraer esta enfermedad, puede que se

le complique llevándolo al ingreso hospitalario debido a la gravedad de la enfermedad por la complicación junto con otros problemas de salud que el paciente ya tenía.

Puede llegar a llevar a la persona al área de cuidados intensivos pero sería el caso de personas que tengan otras patologías de salud graves y se le complique.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la atención a pacientes con mononucleosis infecciosa.

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

La aparición de la fiebre es muy común en pacientes con esta enfermedad. Los ganglios linfáticos del paciente, presentan una gran inflamación que deben de ser palpados por el doctor a la hora de realizar un chequeo para que este observe el estado del paciente y el avance de la enfermedad.

La presencia de faringitis también es frecuente en este tipo de enfermedad. También experimenta síntomas como escalofríos, sudoración de forma exagerada, fuertes dolores de cabeza, dolor en las articulaciones tanto inferiores como superiores, cansancio corporal, vómitos, náuseas.

En la mayoría de casos de esta enfermedad conocida como mononucleosis, no se recomienda algún tipo de tratamiento concreto sino que el médico recomienda que el paciente guarde reposo y ingiera una buena cantidad de agua para mantenerse hidratado en todo momento. El reposo también es variable en función de la edad del paciente como por ejemplo los niños y jóvenes deben de evitar

realizar actividades que requieran esfuerzos físicos aproximadamente entre 4 a 6 semanas.

Algunos de los medicamentos que el médico indique pueden ser: el paracetamol o ibuprofeno para reducir los episodios de fiebre o la sensación de malestar general. También los corticosteroides, pero los medicamentos antivirales no dieron buenos resultados contra este tipo de enfermedad por lo que el médico se abstiene de recetarlos.

Ante la aparición de este tipo de enfermedad infecciosa como lo resulta ser la mononucleosis, veremos a continuación la ayuda que el TCAE realiza para la mejoría de estos pacientes:

Deberá de informar a la familia o seres del entorno sobre los métodos de protección a adoptar para evitar el contagio, también indicará una serie de medidas higiénicas para evitar que haya la menor contaminación posible ni que se expanda, controlar los síntomas del paciente, ingerir el tratamiento indicado por el médico.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro de las enfermedades infecciosas, debemos de tener en cuenta que las enfermedades infecciosas son altamente contagiosas por lo que debemos de adquirir unos hábitos o métodos para evitar el contagio o que se expanda más la infección, para ello debemos de lavarlos las manos con jabón y desinfectante de forma correcta y repetitiva cuando estemos en contacto con esa persona, evitando estar el mayor tiempo posible con ella porque también se provoca mediante la saliva.

Debemos de cuidarnos y protegernos siempre en la medida de lo posible del mayor número de riesgos que se nos presenten.

6 Bibliografía

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

Capítulo 113

EL BIENESTAR LABORAL

MONTSERRAT GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ANGELES IBÁÑEZ ALONSO

BEATRIZ GONZÁLEZ CHICHARRO

JOSÉ MARÍA MEDINA BERNARDO

ROSALIA GOMEZ MURCIEGO

1 Introducción

El ámbito aboral supone una parte muy importante de la vida de la sociedad actual. De acuerdo con los datos de UP Spain, una persona trabajadora española media dedica en torno a 3.500 días de su vida a su actividad profesional. Por lo tanto es obvio, que cuidar el bienestar laboral tiene una repercusión directa en la calidad de vida.

El bienestar laboral es la acepción con la que nos referimos a un planteamiento de equilibrio entre todos los aspectos que construyen la opinión que una persona trabajadora construye sobre su entorno de trabajo. A mayor sensación de bienestar, mejor será la predisposición del trabajador en el cumplimiento de sus deberes. Existe, por tanto, una relación directa entre este concepto y la productividad en el puesto de trabajo.

Algunos sociólogos relacionan el bienestar de los trabajadores en la empresa con el concepto todavía más extenso de la felicidad, concluyendo que, así como la vida personal puede condicionar el rendimiento laboral, las condiciones del trabajo

(y no solamente las económicas) también puede afectar a la vida privada y a la personalidad de las personas trabajadoras.

En definitiva, el bienestar laboral representa cómo se sienten las personas trabajadoras en sus lugares de trabajo y cuál es su grado de conexión con la empresa. Es por ello que, el nivel de bienestar laboral está estrechamente relacionado con los niveles de compromiso y satisfacción de las plantillas.

2 Objetivos

-Dar a conocer la repercusión del bienestar laboral en la productividad de las personas trabajadoras así como plantear propuestas de aplicación para garantizar el mismo en los centros de trabajo

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una 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 son: empresa, bienestar, laboral, personal.

4 Resultados

El bienestar laboral tiene una relevante importancia tanto para la plantilla como para la empresa. No solo está estrechamente relacionado con el ambiente en el trabajo, sino que puede llegar a tener un impacto significativo en los resultados y en la productividad.

La plantilla que se siente a gusto en su entorno laboral está expuesta a una menor afectación de enfermedades y patologías como la depresión, el estrés o los episodios de ansiedad. Del mismo modo, gracias al bienestar laboral se manejan herramientas que permiten afrontar cada jornada con mayores niveles de motivación, siendo más susceptibles a colaborar y cooperar con el resto de sus compañeros.

La creación e implementación y revisión constante de políticas de bienestar para una empresa es la iniciativa más valiosa que se puede poner en práctica en este ámbito. Además, también puede mejorar la satisfacción de sus empleados y empleadas con otras actuaciones.

Para promover y conseguir un adecuado bienestar laboral, se han definido una serie de objetivos clave que abordan distintos ámbitos de la experiencia laboral de los empleados.

Debemos en cualquier destacar que estos objetivos están directamente interrelacionados y se complementan entre ellos para crear un entorno laboral saludable y que como consecuencia resulte productivo. Además, son esenciales para contribuir y garantizar el éxito de las empresas.

Mejorar la salud de los empleados y empleadas.

Promover el equilibrio entre trabajo y vida personal.

Impulsar la satisfacción en el ámbito del trabajo.

Mejorar la productividad y el rendimiento como consecuencia de lo anterior.

Reforzar el employee engagement.

Aumentar la participación en programas de desarrollo y capacitación del conjunto de la plantilla.

Reducir la tasa de absentismo laboral.

Mejorar la retención de talento en la empresa.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, cada entidad y sus plantillas son únicas, por lo que es esencial crear planteamientos individualizados para conseguir niveles óptimos de bienestar laboral en los centros de trabajo. Estas estrategias deben estar adaptadas a la realidad de la organización en la empresa y las personas que la conforman, reconociendo sus necesidades y prioridades específicas.

No podemos olvidar que promover el bienestar de las personas en su trabajo es una inversión inteligente, ya que cuando éstas se sienten cómodas y felices su productividad aumenta. Por ello, en consecuencia, también puedes mejorar el employee engagement en la empresa. No cabe duda: el bienestar laboral es una ventaja competitiva.

6 Bibliografía

https://nailted.com/blog/es/que-es-el-bienestar-laboral-tipos-y-objetivos/#5_Beneficios_del_bienestar_laboral_para_los_empleados
<https://www.bizneo.com/blog/bienestar-laboral/>

Capítulo 114

EL ACOSO LABORAL Y CÓMO DENUNCIARLO

SUSANA INSA SERRANO

1 Introducción

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define el acoso laboral como: “Acción verbal o psicológica de índole sistemática, repetida o persistente por la que, en el lugar de trabajo en conexión con el trabajo, una persona o un grupo de personas hiere a una víctima, la humilla, ofende o amedrenta”.

En realidad, hay muchas definiciones de acoso laboral, pero por sus causas, consecuencias y frecuencia, en la actualidad es considerado un problema jurídico, que surge en el marco de las relaciones laborales y requiere tratamiento legal.

De hecho, el fenómeno ha sido considerado no solamente por documentos de la OIT sino también por distintos organismos internacionales y leyes nacionales en todo el mundo.

El marco legal sobre el acoso laboral abarca desde las resoluciones y convenciones internacionales hasta la legislación nacional, regional y local y también los fallos judiciales.

Más allá de los tratados y declaraciones internacionales incorporados a la legislación como la Declaración Universal de los Derechos Humanos entre otros instrumentos, se deben mencionar como específicamente dedicados al acoso laboral de los que hablaremos en los resultados de esta investigación.

2 Objetivos

- Dar a conocer la existencia del acoso laboral así como informar sobre cómo denunciarlo y protegerse de manera efectiva contra él.

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 el acoso laboral. He cotejado esta información con mi experiencia.

4 Resultados

Comenzaremos hablando de los Instrumentos de la Organización Internacional del Trabajo, siendo estos una de las principales fuentes normativas. Estos instrumentos recogen definiciones y medidas de prevención, recursos, reparación y asistencia a las víctimas.

Entre estos podemos encontrar:

- Convenio 155 sobre seguridad y salud laboral.
- Convenio 111 sobre discriminación, recomendaciones e inclusión del riesgo psicosocial entre las enfermedades profesionales.
- Recomendación 206.
- Convenio 190 sobre eliminación de la violencia y acoso laborales.
- Declaración del Centenario de la OIT para el Futuro del Trabajo.
- Documentos de la Unión Europea.

¿Dónde se puede denunciar si estoy sufriendo un caso de acoso laboral?

Las personas afectadas por una situación de acoso laboral deben seguir un procedimiento, con el objetivo de salvaguardar sus derechos y su puesto de trabajo. Cuando una persona sospecha que está siendo víctima de alguna de las formas del acoso laboral puede recurrir a lo siguiente:

- Informar al Comité de Seguridad y Salud de la empresa. La mayoría de las empresas medianas y grandes cuentan con este tipo de comités.
- Informar al representante gremial. Es útil cuando el acoso laboral se da a nivel de pares y no proveniente del personal jerárquico.
- Consultar si existe un protocolo de actuación en casos de violencia o acoso laboral para activarlo.
- Informar a la Dirección de la empresa.

- Presentar una denuncia ante la Inspección de Trabajo.
- Realizar una denuncia ante los tribunales competentes. Es decir, iniciar un procedimiento penal o civil, o contencioso-administrativo en el caso de que se trate de un funcionario público.

Pruebas:

Antes de proceder a la denuncia por acoso laboral, lo mejor es recabar las pruebas necesarias, sobre la situación que se sufre.

Como ejemplos de estas pruebas, está la posible declaración de testigos del acoso, mensajes de texto, llamadas grabadas, informes periciales psicológicos, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los casos de acoso laboral están creciendo cada vez más en nuestro país. Muchos de los episodios, no se denuncian porque las víctimas desconocen qué es el acoso laboral o que la ley garantiza unos derechos y puede ampararles.

Así pues, los trabajadores y trabajadoras que sufren acoso, e incluso sus propios compañeros al ver la situación, se ven menos motivados de cara a dar lo mejor de sí mismos en el ámbito profesional. Además, estos problemas, pueden acabar derivando en otros de índole personal que sin dudar tendrán consecuencias negativas no solo para la persona afectada sino también para los intereses empresariales.

6 Bibliografía

- 1- Código Penal.
- 2- Estatuto de los trabajadores.
- 3- Constitución.
- 4- Ley Reguladora de la Jurisdicción Social.

Capítulo 115

LA DESINFECCIÓN

SUSANA INSA SERRANO

1 Introducción

A lo largo de la historia la prevención y el control de las enfermedades contagiosas estaban íntimamente ligadas a procedimientos como la salazón, el ahumado, la ebullición, etc., incluso sin tener muy claros los mecanismos por los cuales estos procesos evitaban la transmisión de infecciones. Con el descubrimiento de los microbios se comenzó a comprender la causa de las enfermedades infecciosas y sus mecanismos de transmisión, y de forma paulatina fueron surgiendo nuevos métodos para impedir dicha transferencia. El cirujano inglés Joseph Lister fue el primero en percatarse de la importancia de la asepsia en el ámbito quirúrgico, y desarrolló por primera vez la idea de prevenir las infecciones de herida quirúrgica con la utilización de métodos antisépticos.

El concepto de asepsia se refiere a la utilización de procedimientos que dificulten o imposibiliten el acceso de microorganismos patógenos a un medio libre de ellos, por ejemplo mediante el lavado de manos, la puesta en práctica de técnicas de barrera o la limpieza habitual.

Antisepsia se define como el compendio de procesos destinados a inhibir o destruir los microorganismos potencialmente patógenos. Para llevar a cabo la antisepsia se usan los biocidas, tanto en piel y tejido humanos (antisépticos) como en objetos, superficies o ambiente (desinfectantes).

La esterilización, otra piedra angular de la antisepsia, tiene como objetivo la eliminación de cualquier microorganismo, nocivo o no.

2 Objetivos

- Dar a conocer la desinfección y dejar claras sus diferencias con la limpieza y esterilización para hacer un buen uso de estas diferentes técnicas.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una 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 son: desinfección, esterilización y antisepsia.

4 Resultados

Según el nivel de alcance que posee un desinfectante, se puede clasificar como de nivel alto incluyendo esporas bacterianas, de nivel intermedio cuando incluye micobacterias pero no esporas, o de nivel bajo cuando no incluye ni micobacterias ni esporas.

Los criterios de elección del tipo de desinfección del material sanitario con desinfección, en sus diferentes niveles, o con esterilización, lo desarrolló Spaulding en 1968, y prevalece en la actualidad la clasificación que realizó de dispositivos, según el nivel de riesgo que estos materiales tuviesen de desarrollar infección

Las 3 categorías que describió son:

- Crítico: todo material contaminado por cualquier germen que tenga un alto riesgo de desarrollar infección. Incluye todo material que entra en contacto con cavidades estériles o sistema vascular.
- Semicrítico: material que entra en contacto con mucosas o piel no intacta. Estos dispositivos deberían estar libres de microorganismos, aunque pueden estar permitido un pequeño número de esporas bacterianas, ya que las membranas mucosas (pulmonar, gastrointestinal, etc.) tienen generalmente resistencia a la infección por esporas bacterianas comunes.
- No crítico: material que se utiliza sobre piel intacta.

La destrucción de una especie de organismo por un desinfectante determinado (siempre que los demás factores sean constantes) es proporcional a la concentración de dicho desinfectante y al tiempo de reacción (tiempo de contacto). Una concentración baja de desinfectante durante tiempos de contacto largos puede ser suficiente, mientras que si dichos tiempos son más cortos la concentración del desinfectante deberá elevarse para lograr un índice de destrucción semejante.

Una forma de medir la eficacia de un desinfectante viene establecida por la constante "K" que hace referencia a la concentración y el tiempo necesario de un desinfectante para inactivar al 99% de una población microbiana determinada.

5 Discusión-Conclusión

Es esencial conocer las diferencias entre desinfección y esterilización dado el papel que jugamos los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en dichos procedimientos.

La esterilización es un proceso que garantiza la eliminación de cualquier agente patógeno sobre una superficie determinada.

La desinfección es un proceso que se realiza en los contextos donde no se puede aplicar la esterilización como en artículos frágiles y en los hogares. Este proceso busca destruir microorganismos patógenos.

La esterilización destruye casi todos los microorganismos.

La desinfección solo destruye parte de los microorganismos o inhibe sus efectos nocivos.

La desinfección no mata esporas en ningún caso.

La esterilización puede eliminar esporas.

La esterilización requiere de más tiempo que la desinfección e implica una limpieza extrema.

6 Bibliografía

- 1- <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-fundamentos-antiseptia-desinfeccion-esterilizacion-S0213005X14001839>

Capítulo 116

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON PACIENTE CON SISTEMA DE BIPRESIÓN POSITIVA (BIPAP)

ESMERALDA SEVILLA MORENO

ANA TERCERO ALFARO

EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO

SONIA FAJARDO MELLINAS

SANDRA MELLINAS GARCIA

1 Introducción

El BIPAP es un dispositivo de ventilación mecánica no invasiva, lo que quiere decir que no lleva intubación orotraqueal.

Se usa para respirar cuando el problema de salud del paciente, se lo impide

Es un dispositivo de presión positiva con dos niveles de presión sobre la vía aérea: presión inspiratoria y espiratoria.

Se suministra un flujo continuo de gas que origina una presión positiva en la vía aérea a dos niveles o BIPAP, un nivel superior inspiratorio o IPAP y un nivel inferior espiratorio o EPAP

Es un modo de ventilación con presión positiva con el que le aportamos al paciente una “ayuda externa” para evitar el esfuerzo que tiene que hacer para ventilar. Es como un músculo accesorio externo que le aportamos al enfermo.

De esta manera, el paciente realizará la ventilación de un modo más efectivo y podrá eliminar mejor el CO₂.

El BIPAP está formado por un motor que genera un flujo, de una mascarilla para el paciente, que por ahí es por donde el paciente recibe el aire, una llave electrodinámica que regula el gas que pasa al paciente, tiene un circuito único y abierto con puerta espiratoria sin válvula, el mecanismo de disparo y un ciclado que reconoce el esfuerzo inspiratorio del enfermo.

El porcentaje de los pacientes que usan este sistema de ventilación en las unidades o servicios hospitalarios, aumenta cada vez más.

El BIPAP tiene los siguientes beneficios:

- Disminuir la fisiopatología
- Reducir el trabajo respiratorio.
- Mantener las vías aéreas abiertas
- Mejorar el intercambio gaseoso.
- Eliminar el CO₂ de manera más efectiva.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE en pacientes que portan BIPAP.

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 TCAE se encargarán de realizar labores en conjunto con el servicio de enfermería, o bien supervisados por ellos, aunque sepan realizar esas funciones o estén aptos para hacerlo, en ciertos casos el TCAE sabe hacer o realizar tareas del enfermero, pero deberán limitarse a sus funciones.

En ciertos casos o circunstancias, la realización del trabajo del auxiliar es importante, ya que cumplen funciones muy relevantes, por lo que con ello se agilizarán las labores médicas, las funciones a realizar y quitarán carga de trabajo o la minimizarán.

A veces solo se pueden llevar a cabo solo las atenciones o funciones específicas al paciente de primera mano o en primera línea por el TCAE.

En este caso del paciente con BIPAP, lo primero que debemos de realizar es localizar dónde encontrar los distintos aparatajes y saber del funcionamiento de ellos, aunque todos no pueden ser manejados por el técnico, sino con ayuda de enfermero, como es este caso. Una vez tengamos ubicado el BIPAP, porque a veces por trabajo o porque están llevando a cabo otras tareas, los enfermeros no pueden preparar el material y son los TCAE los que se encargan de ello y así ahorraremos tiempo y asistiremos lo antes posible. En cuanto al BIPAP debaremos saber qué tipo tabuladoras son necesarias para ello y el tipo mascarilla que requiere el paciente, si es facial que abarca toda la cara o solo para nariz-boca, en estos casos también van por numeración dependiendo de la amplitud de la cara del paciente, puesto que hay de mayor y menos medida. Dependiendo del paciente, también pueden requerir el BIPAP con humidificador o sin él, según prescripción médica. Cuando esté en el servicio con el box preparado para ello, se deberá conectar a corriente y el equipo de enfermería se encargará de poner los parámetros requeridos en el aparato. El auxiliar revisa que todo esté correcto y que el paciente esté acomodado y semisentado para una alcanzar una mejor ventilación.

5 Discusión-Conclusión

El BIPAP es útil tanto para adultos como para niños.

La necesidad de este aparato es porque sufren en sus vías respiratorias colapsos mientras duermen, por lo que les dificulta respirar libremente.

En la actualidad hay poca información sobre esta enfermedad de las vías respiratorias y se desconoce la necesidad del BIPAP, con ello se atrasa la ventilación mecánica no invasiva, que quiere decir que pasa oxígeno a través de una máscara facial, nasal o sistema cerrado (parecido a un casco).

Cada unidad o servicio deliberará bajo prescripción médica qué sistema es el más recomendable para cada paciente y cómo se llevará a cabo. También se tendrá en cuenta si posterior al ingreso o estancia hospitalaria, debe seguir de manera habitual o no con el BIPAP, que en estos casos y en la mayoría de pacientes les ocurre a la hora de dormir.

Hay que tener en cuenta las advertencias del BIPAP, no solo para el paciente, sino también para el funcionamiento o deterioro de la máquina, pudiendo producir consecuencias graves (como incendios).

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/>
2. http://congreso enfermeria.es/libros/2012/salas/sala4/p_11.pdf
3. Teschler H, Stampa J, Ragette, Konietzko N, Berthon-Jones M. Effect of mouth leak on effectiveness of nasal bilevel ventilatory assistance and sleep architecture. *Eur Respir J* 1999; 14: 1251-7.
4. Brochard L, Mancebo J, Wysocki M, Lofaso F, Conti G, Rauus A. Noninvasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive disease. *N Engl J Med* 1995; 333: 817-22.
4. V. Maheshwari, D. Paioli, R. Rothaar, N.S. Hill. Utilization of noninvasive ventilation in acute care hospitals: a regional survey. *Chest*, 129 (2006), pp. 1226-1233

Capítulo 117

LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA CON PACIENTES QUE SUFREN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA

ÁFRICA ARCOS ESPEJO

MARIA ROSA FAURA ROMERO

NOELIA TERUEL MONTAÑEZ

BÁRBARA CARRASCO ROJO

1 Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las enfermedades crónicas más comunes y representa un desafío significativo para millones de personas en todo el mundo. En este contexto, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es fundamental para brindar cuidados especializados y apoyo esencial a los pacientes que padecen esta condición. La Diabetes Mellitus tipo 2 afecta la capacidad del cuerpo para controlar los niveles de azúcar en sangre, lo que puede requerir un manejo cuidadoso y una atención integral.

El TCAE también desempeña un papel importante en la educación y asesoramiento a los pacientes sobre la dieta adecuada y la importancia de la actividad física en el manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2. Además, destacaremos la relevancia de su apoyo emocional, brindando palabras de aliento y comprensión en el proceso de manejo de la enfermedad.

La colaboración cercana del TCAE con el equipo de salud, trabajando en conjunto para garantizar una atención integral y segura para los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Su dedicación y profesionalismo son esenciales para contribuir al bienestar y control de la enfermedad de estos pacientes, marcando la diferencia en su calidad de vida y promoviendo un enfoque compasivo y centrado en el paciente en su cuidado.

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 trato con pacientes con diabetes.

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 que sufren de diabetes.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de marzo de 2023 y julio de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline 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 11 artículos.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (diabetes OR “patients with diabetes”) 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 Diabetes Mellitus tipo 2:

- Control y registro de glucosa: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede realizar el control y registro de los niveles de glucosa en sangre de los pacientes, siguiendo las indicaciones del personal de enfermería o médico.
- Administración de medicamentos: Bajo la supervisión del personal de enfermería o médico, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede colaborar en la administración de medicamentos orales o insulina, asegurando una adherencia adecuada al tratamiento.
- Asesoramiento en la dieta: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede proporcionar orientación básica sobre una dieta adecuada para pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, enfocándose en la importancia de una alimentación equilibrada y controlada en carbohidratos.
- Asistencia en la movilización y actividad física: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede brindar apoyo en la movilización y promover la actividad física regular, lo cual puede ayudar a controlar los niveles de azúcar en sangre.
- Cuidado de heridas y úlceras: Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 pueden ser más propensos a desarrollar heridas y úlceras, y el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede colaborar en su cuidado y prevención.
- Educación y autocuidado: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede proporcionar información educativa básica a los pacientes sobre la importancia del autocuidado en el manejo de la diabetes, como la vigilancia de síntomas y la atención a los pies.
- Apoyo emocional: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería brinda apoyo emocional a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, escuchando sus preocupaciones y ofreciendo palabras de aliento en el proceso de manejo de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Después de analizar los resultados obtenidos en nuestra revisión podemos concluir que, los cuidados del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) con pacientes que sufren de Diabetes Mellitus tipo 2 son esenciales para garantizar un manejo adecuado de la enfermedad y promover la salud y bienestar de los pacientes. La Diabetes Mellitus tipo 2 es una condición crónica en la que el cuerpo

no produce suficiente insulina o no utiliza adecuadamente la que produce, lo que afecta los niveles de azúcar en sangre. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un rol clave como miembro del equipo de salud, brindando cuidados especializados y apoyo a los pacientes que enfrentan esta enfermedad.

6 Bibliografía

1. Vazquez Vazquez, A. (2021). Diabetes Mellitus: Tratamiento y educación sanitaria. NPunto Diabetes, 4(44), 16. Obtenido de <https://www.npunto.es/revista/44/diabetes-mellitus-tratamiento-y-educacionsanitaria>
2. Gallardo Solarte, R., & Ortiz Nievas, V. (Febrero de 2021). Impacto de la intervención pedagógica en la competencia de cuidado. revista Ciencias de la Salud, 19(2), 9. Obtenido de <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56267150001/html/index.html>
3. Herrera Franco, E., & Taparcúa Cardona, F. E. (2019). Estrategias de Educación dirigidas a personas con Diabetes:Experiencias y Perspectivas de pacientes mayores de 14 años y profesionales de la salud, 2019. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Ciencias de la Salud, Colombia. Obtenido de https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/12900/1/HerreraElizabet_h_2019_EstrategiasEducacionDiabetes.pdf
4. Benavides, A., Carrasco, B., Chávez, C., Garrido, V., Javiera Orellana, M., & Pozo, A. (20 de Abril de 2020). Intervencion de enfermeria; Educación en cuidados del pie diabético. Revista en Enfermería Confluencia, 2(1), 5.
5. Organizacion Panamericana de la Salud. (2022). Diabetes. OPS, Belgica. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=Aproximadamente%2062%20millones%20de%20personas,a%20la%20diabetes%20cada%20a%C3%B1o.>

Capítulo 118

LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA COLOCACIÓN DEL SONDAJE HOSPITALARIO

MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA

BÁRBARA CARRASCO ROJO

NOELIA TERUEL MONTAÑEZ

MARIA ROSA FAURA ROMERO

ÁFRICA ARCOS ESPEJO

1 Introducción

La colocación del sondaje hospitalario es un procedimiento médico común y esencial en el ámbito de la salud, utilizado para diversas finalidades, como el drenaje de líquidos, la administración de medicamentos o el monitoreo de parámetros vitales. En este proceso, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un rol fundamental al colaborar con el personal de enfermería y médico para garantizar la correcta realización de este procedimiento.

El trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la colocación del sondaje hospitalario es una muestra de su profesionalismo y dedicación para

brindar una atención integral y compasiva a los pacientes. Al entender la importancia de su labor, podremos apreciar el impacto positivo que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene en la experiencia del paciente durante este procedimiento, contribuyendo a una atención de calidad y segura en el entorno hospitalario.

La colaboración cercana del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería con el equipo de salud durante la colocación del sondaje es esencial para optimizar la atención del paciente y garantizar la esterilidad y precisión del procedimiento. Resaltaremos la importancia de la asistencia al paciente, brindando apoyo emocional y tranquilidad durante el proceso, y explicando de manera comprensible el procedimiento que se llevará a cabo.

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 de la colocación de la sonda.

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 los enfermeros en el sondaje.

3 Metodología

Nuestra revisión se realizó entre los meses de julio 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 11 artículos.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“bladder catheterization” OR “hospital catheterization”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

Se describen los cuidados y funciones que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería realiza durante la colocación del sondaje hospitalario:

- Preparación del material: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ayuda en la preparación del material necesario para la colocación del sondaje, asegurando que esté esterilizado y listo para su uso.
- Asistencia al paciente: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería brinda apoyo y tranquilidad al paciente durante el procedimiento, explicando el proceso y respondiendo a sus preguntas o preocupaciones.
- Posicionamiento del paciente: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ayuda a posicionar al paciente de manera adecuada para facilitar la colocación del sondaje.
- Asistencia al personal de enfermería: Durante el procedimiento, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería colabora con el personal de enfermería, pasando los instrumentos y proporcionando el material necesario.
- Control y registro: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede tomar y registrar los signos vitales del paciente antes y después del procedimiento, asegurando su estabilidad y bienestar.
- Mantenimiento del entorno: Después de la colocación del sondaje, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se encarga de mantener el entorno limpio y ordenado, eliminando el material utilizado y desechos de manera adecuada.
- Cuidado posterior: Después del procedimiento, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería colabora en el cuidado y seguimiento del paciente, asegurándose de que esté cómodo y ofreciendo asistencia en las actividades de la vida diaria, según sea necesario.
- Documentación precisa: El TCAE debe asegurarse de que todos los detalles relevantes de la colocación del sondaje se registren de manera precisa y completa en el expediente del paciente. La documentación adecuada es esencial para el seguimiento del tratamiento y el historial médico del paciente.
- Actualización y formación continua: El TCAE debe mantenerse actualizado sobre las mejores prácticas y procedimientos relacionados con la colocación del sondaje. La formación continua y la actualización de conocimientos son fundamentales para brindar una atención de alta calidad y seguridad.
- Colaboración en el cuidado del sondaje: Después de la colocación, el TCAE puede colaborar en el cuidado y mantenimiento del sondaje, asegurándose de que esté en buen estado y sin complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Después de analizar los estudios de nuestra revisión podemos decir que, en conclusión, el TCAE desempeña un papel vital en la colocación del sondaje hospitalario, contribuyendo a garantizar la seguridad, eficacia y bienestar del paciente. Su colaboración con el equipo de salud y su atención compasiva son pilares fundamentales en el proceso de atención y recuperación del paciente durante este procedimiento. Al entender la importancia de su labor, podremos apreciar el impacto positivo y el compromiso del TCAE en el cuidado integral y especializado de los pacientes en el entorno hospitalario. Es importante mencionar que la colocación del sondaje hospitalario puede generar ansiedad y nerviosismo en los pacientes, por lo que la presencia tranquilizadora y compasiva del TCAE es de gran valor en este momento. Brindar empatía y comprensión es esencial para generar un ambiente de confianza y reducir el estrés del paciente.

6 Bibliografía

1. Rivas I. Efectividad de los cuidados de enfermería en pacientes con cateter urinario para la disminución de las complicaciones en el servicio de emergencia. Lima: (Tesis de Especialidad). Universidad Norbert Wiener; 2019.
2. Mendoza M, Zúñiga R. Protocolo de gestión para disminuir la incidencia de infecciones urinarias en adultos portadores de sonda vesical, clínica privada, Chiclayo. Lima: (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo; 2018.
3. Quijada P, Flores A, Labrador I, Araque M. Estudio clínico y microbiológico de la infección urinaria asociada a catéter, en los servicios de medicina interna de un hospital universitario venezolano. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017; 34(1).
4. De Almeida M, Gama P, De Dios M, Gómez S, Pina P. El modelo teórico enfermero de Florence Nightingale: una transmisión de conocimientos. *Rev Gaúchua Enferm*. 2021;(42)
5. Catagua A, Pinargote N. Infecciones Urinarias Asociadas a Cateter Vesical Intermitente Versus. *Pol. Con*. 2021 Diciembre; 6(12).
6. López D, Marrero C, Milá M. Infecciones urinarias y su relación con catéter vesical en pacientes ingresados. *Revista Médica Electrónica*. 2022; 44(1).
7. Escobar E, Mesa I, Ramírez A, Altamirano L. Efectividad de las medidas de prevención de la infección de vías urinarias en pacientes con sonda vesical: revisión sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2021; 40(3): p. 222-230.

Capítulo 119

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS CENTROS DE SALUD

MARÍA SALUD CHAMON ESPINOSA

MARIA ROSA FAURA ROMERO

ÁFRICA ARCOS ESPEJO

BÁRBARA CARRASCO ROJO

NOELIA TERUEL MONTAÑEZ

1 Introducción

El trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en Atención Primaria y los Centros de Salud es fundamental para proporcionar una atención integral y cercana a los pacientes en el nivel de atención más cercano a la comunidad. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un rol esencial en colaboración con el personal de enfermería y médico para asegurar la eficacia y calidad de los servicios de salud en estos entornos. La Atención Primaria de Salud es una piedra angular en los sistemas sanitarios, brindando servicios médicos esenciales y accesibles a la comunidad. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel crucial en los Centros

de Salud y Atención Primaria al proporcionar una atención cercana y compasiva a los pacientes. Su labor es fundamental para garantizar la eficiencia y calidad de los servicios médicos, contribuyendo al bienestar y salud de la población.

El trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Atención Primaria y los Centros de Salud. Desde la atención directa al paciente hasta la colaboración en procedimientos médicos y el apoyo en la educación para la salud, analizaremos las diversas funciones y responsabilidades que el TCAE desempeña en estos entornos de atención médica.

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 de la colocación de la sonda.

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 los enfermeros en el sondaje.

3 Metodología

Nuestra 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 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 12 artículos.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“primary care” OR clinic) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

Se describen algunas de las funciones y responsabilidades del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Atención Primaria y los Centros de Salud:

- **Atención al paciente:** El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería recibe a los pacientes, toma sus signos vitales y registra su información básica, preparándolos para su visita con el médico o enfermero.
- **Asistencia en procedimientos médicos:** El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ayuda en la realización de procedimientos médicos menores, como la toma de muestras de sangre, administración de vacunas o curas de heridas.
- **Preparación y organización:** El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se encarga de la preparación y organización de los consultorios y material médico necesario para las consultas.
- **Colaboración en la educación para la salud:** El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede colaborar en actividades de educación para la salud, proporcionando información básica sobre hábitos saludables y prevención de enfermedades.
- **Cuidado de pacientes crónicos:** En Atención Primaria, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede colaborar en el cuidado y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes o hipertensión.
- **Apoyo en el triaje:** En algunos Centros de Salud, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede colaborar en el proceso de triaje, evaluando la gravedad de los casos y asignando prioridades a las consultas.
- **Mantenimiento del entorno:** El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se asegura de mantener el área de trabajo y consultorios limpios y ordenados, creando un ambiente agradable y seguro para los pacientes.
- **Apoyo emocional:** El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería brinda apoyo emocional a los pacientes, mostrando empatía y escuchando sus preocupaciones.

El TCAE es un miembro valioso del equipo de salud, trabajando en estrecha colaboración con el personal de enfermería y médico para brindar una atención integral y compasiva. Su presencia tranquilizadora y empatía son esenciales para crear un ambiente de confianza y comodidad para los pacientes, fomentando una relación cercana entre el personal médico y la comunidad.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Atención Primaria y los Centros de Salud es valioso, ya que ayuda a descongestionar los servicios de urgencias y hospitales, al brindar una atención temprana y cercana a la comunidad. Su colaboración con el equipo de salud y su atención compasiva son fundamentales para generar un ambiente de confianza y bienestar para los

pacientes que acuden a estos centros en busca de atención médica. Al resaltar la importancia de su labor, esta guía busca reconocer el valioso aporte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la atención primaria de salud y en el bienestar de la comunidad.

6 Bibliografía

1. Fundación Atención Primaria. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Agilidad? (Adaptación al cambio en momentos de crisis). Actividad con número de registro 09/029335-MD acreditada por el Consell Català de la Formació Continuada de les Professions Sanitàries. 2021
2. Pedrera Carbonell V, Bonet Plá Á, Scharwz Chávarri G, et al. [Internet] Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria. Grupo de Gestión de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2020/11/2008.-DOCU-25-DESBURUOCRATIZACI%C3%93N.pdf>.
3. Informes CAMFIC. Atenció Primària en l'era post-COVID revolució per a la transformació. Barcelona. 2021 http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_14356_EBLOG_4160.pdf.
4. Criado Quesada B, Zorrilla Muñoz Vanessa, Agulló Tomás V. <https://doi.org/10.5209/TEKN.74199>.
5. Varela J, Roure C, Brugués A, Bayona X, Benavent J. Innovant en l'atenció primària a Catalunya. Una aproximació a la realitat. Observatori la Gestió importa. Atenció sanitària basada en el valor. <http://lagestioimporta.cat/arees/innovant-en-latencio-primaria-acatalunya-una-aproximacio-a-la-realitat/>. © 2021 Observatori La gestió importa.; Feb 2021;2-80.
6. Lam K, Lu AD, Shi Y, Covinsky KE. Assessing telemedicine unreadiness among older adults in the United States During the COVID-19 pandemic. JAMA Intern Med. 2020;180(10):1389-91. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2671>.
7. Cobos M, Rifà A. Uso adecuado de ... Consulta no presencial. AMF. 2011;7(2):96-9.

Capítulo 120

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL

MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ

BEATRIZ GONZALEZ PEREZ

SANDRA MARTÍN ANTONA

M^a ANGELES ORTIZ LÓPEZ

SILVIA SESMA MOLINA

1 Introducción

Un laboratorio hospitalario es una instalación médica esencial que desempeña un papel crucial en el diagnóstico, tratamiento y monitoreo de la salud de los pacientes. Este entorno está equipado con equipos y tecnología especializada para llevar a cabo una variedad de pruebas y análisis clínicos que permiten a los profesionales de la salud obtener información precisa sobre la condición de un paciente.

Los laboratorios hospitalarios realizan una amplia gama de pruebas, incluyendo análisis de sangre, orina, fluidos corporales y tejidos. Estas pruebas pueden ayudar a identificar infecciones, evaluar la función de órganos como el hígado y los

riñones, determinar los niveles de nutrientes y medicamentos en el cuerpo, y diagnosticar condiciones médicas como diabetes, enfermedades cardíacas, cáncer y más.

Los profesionales que trabajan en el laboratorio hospitalario, como técnicos de laboratorio y científicos médicos, son responsables de llevar a cabo las pruebas, garantizar la precisión de los resultados y comunicar la información al equipo médico. Los avances tecnológicos han permitido la automatización de muchas pruebas, lo que agiliza el proceso y mejora la eficiencia.

La colaboración entre el laboratorio hospitalario y el personal médico es esencial. Los médicos se basan en los resultados de las pruebas para tomar decisiones informadas sobre el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes. Los resultados de las pruebas también pueden ser clave en la planificación de cirugías, en el seguimiento de enfermedades crónicas y en la monitorización de la respuesta al tratamiento.

Un laboratorio hospitalario es una parte esencial de la atención médica moderna. Su capacidad para realizar pruebas y análisis clínicos juega un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento preciso de diversas condiciones médicas. La tecnología avanzada y el equipo especializado en estos laboratorios contribuyen significativamente a la atención integral y al bienestar de los pacientes.

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

En el laboratorio hospitalario, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en el apoyo a las actividades de labora-

torio y en la atención integral del paciente. Aunque el TCAE no realiza pruebas complejas como un técnico de laboratorio clínico, su colaboración es esencial para garantizar el flujo de trabajo eficiente y la comodidad del paciente.

Una función clave del TCAE en el laboratorio hospitalario es la preparación de los pacientes para las pruebas. Esto incluye asegurarse de que los pacientes estén debidamente informados sobre los procedimientos de las pruebas, ayudar en la toma de muestras como la extracción de sangre y asegurarse de que estén cómodos y tranquilos durante el proceso.

El TCAE también es responsable de la correcta identificación y etiquetado de las muestras recogidas, garantizando que la información del paciente sea precisa y coincida con las solicitudes médicas. Una identificación adecuada es fundamental para prevenir errores y asegurar resultados confiables.

Además, el TCAE puede realizar funciones administrativas en el laboratorio hospitalario. Esto incluye la programación de citas para las pruebas, el registro de las muestras recogidas en los sistemas de información y la comunicación con el equipo médico y los técnicos de laboratorio.

En situaciones en las que se requiera la colaboración del paciente en la recogida de muestras, como en las pruebas de orina, el TCAE puede proporcionar instrucciones claras y supervisión para garantizar una recogida adecuada y sin contaminación.

El TCAE también puede ser un apoyo emocional para los pacientes que pueden estar ansiosos o preocupados por las pruebas. Brindar consuelo y empatía durante el proceso puede aliviar la ansiedad y mejorar la experiencia del paciente. Las funciones del TCAE en el laboratorio hospitalario incluyen la preparación de los pacientes para las pruebas, la identificación y etiquetado preciso de las muestras, funciones administrativas, instrucción en la recogida de muestras y apoyo emocional. Su contribución es vital para garantizar un flujo de trabajo efectivo en el laboratorio y proporcionar una atención compasiva y de calidad a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En el laboratorio hospitalario, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en el apoyo a las actividades de laboratorio y en la atención integral del paciente. Aunque el TCAE no realiza pruebas complejas como un técnico de laboratorio clínico, su colaboración es esencial para garantizar el flujo de trabajo eficiente y la comodidad del paciente.

Una función clave del TCAE en el laboratorio hospitalario es la preparación de

los pacientes para las pruebas. Esto incluye asegurarse de que los pacientes estén debidamente informados sobre los procedimientos de las pruebas, ayudar en la toma de muestras como la extracción de sangre y asegurarse de que estén cómodos y tranquilos durante el proceso.

El TCAE también es responsable de la correcta identificación y etiquetado de las muestras recogidas, garantizando que la información del paciente sea precisa y coincida con las solicitudes médicas. Una identificación adecuada es fundamental para prevenir errores y asegurar resultados confiables.

Además, el TCAE puede realizar funciones administrativas en el laboratorio hospitalario. Esto incluye la programación de citas para las pruebas, el registro de las muestras recogidas en los sistemas de información y la comunicación con el equipo médico y los técnicos de laboratorio.

En situaciones en las que se requiera la colaboración del paciente en la recogida de muestras, como en las pruebas de orina, el TCAE puede proporcionar instrucciones claras y supervisión para garantizar una recogida adecuada y sin contaminación.

El TCAE también puede ser un apoyo emocional para los pacientes que pueden estar ansiosos o preocupados por las pruebas. Brindar consuelo y empatía durante el proceso puede aliviar la ansiedad y mejorar la experiencia del paciente. Las funciones del TCAE en el laboratorio hospitalario incluyen la preparación de los pacientes para las pruebas, la identificación y etiquetado preciso de las muestras, funciones administrativas, instrucción en la recogida de muestras y apoyo emocional. Su contribución es vital para garantizar un flujo de trabajo efectivo en el laboratorio y proporcionar una atención compasiva y de calidad a los pacientes.

6 Bibliografía

1- Alfonso Lainez, G. M., & Zumbado Fernández, H. M. (2022). Medidas de bioseguridad que aplica el personal de laboratorio clínico en la atención al paciente. Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante. Revista San Gregorio, 86-99.

Capítulo 121

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA

MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ

BEATRIZ GONZALEZ PEREZ

SANDRA MARTÍN ANTONA

M^a ANGELES ORTIZ LÓPEZ

SILVIA SESMA MOLINA

1 Introducción

La hemodiálisis crónica es un procedimiento médico esencial para el tratamiento de pacientes con enfermedad renal crónica en etapas avanzadas. Esta terapia se utiliza cuando los riñones no pueden eliminar adecuadamente los productos de desecho y el exceso de líquidos del cuerpo. La hemodiálisis crónica implica la utilización de una máquina de diálisis para filtrar la sangre y eliminar las sustancias acumuladas, replicando parcialmente la función renal.

En este proceso, se extrae la sangre del paciente a través de una vía de acceso vascular, como una fístula arteriovenosa o un catéter venoso central. La sangre se pasa a través de un filtro llamado dializador, donde se produce el intercambio

de sustancias y la eliminación de desechos. La sangre purificada se devuelve al cuerpo.

La hemodiálisis crónica generalmente se realiza tres veces a la semana y cada sesión puede durar varias horas. La frecuencia y duración dependen de la condición del paciente y la prescripción médica. El tratamiento crónico es esencial para mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos en el cuerpo y mejorar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

Para llevar a cabo la hemodiálisis crónica, se requiere personal médico y de enfermería altamente capacitado. El equipo controla constantemente el proceso y ajusta parámetros según sea necesario. Además, es esencial que los pacientes sigan una dieta y un régimen de medicamentos específicos para controlar su salud durante la terapia.

La hemodiálisis crónica puede prolongar la vida de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, pero también implica desafíos emocionales, físicos y sociales. La adaptación a un horario de tratamiento regular y los cambios en el estilo de vida pueden ser significativos. La educación y el apoyo a los pacientes y sus familias son fundamentales para gestionar estos aspectos.

La hemodiálisis crónica es un procedimiento vital para pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Mediante la eliminación de productos de desecho y líquidos, este tratamiento contribuye a mejorar la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes, aunque también presenta desafíos que requieren un enfoque integral y de equipo médico.

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 el equipo de atención a pacientes sometidos a hemodiálisis crónica. Sus funciones abarcan una variedad de tareas clave que contribuyen al bienestar y la seguridad de los pacientes durante el proceso de tratamiento.

Una de las funciones primordiales del TCAE es preparar adecuadamente al paciente antes de cada sesión de hemodiálisis crónica. Esto incluye verificar la identidad del paciente, su historial médico y asegurarse de que el acceso vascular (como una fistula arteriovenosa o un catéter venoso central) esté en condiciones óptimas para la diálisis. También colabora en la toma de signos vitales y el pesaje del paciente antes y después de la sesión.

Durante la hemodiálisis, el TCAE juega un papel activo al conectar al paciente a la máquina de diálisis. Esto implica el montaje y la desinfección del equipo, el establecimiento de conexiones adecuadas y la vigilancia continua del proceso. Durante la sesión, el TCAE mantiene un control constante de los monitores y alerta al personal de enfermería o médico ante cualquier cambio significativo en los signos vitales o en el funcionamiento de la máquina.

El TCAE también es responsable de proporcionar apoyo emocional a los pacientes durante la hemodiálisis crónica. La terapia puede ser larga y puede generar ansiedad o incomodidad, por lo que brindar consuelo, información y distracción puede mejorar la experiencia del paciente.

Posteriormente, el TCAE colabora en desconectar al paciente de la máquina de diálisis, cuidando de manera adecuada el sitio de acceso vascular y asegurándose de que el paciente esté estable antes de salir del área de tratamiento.

Además de su rol directo en el proceso de hemodiálisis, el TCAE también desempeña funciones administrativas como el registro de datos, el mantenimiento del equipo y la preparación del área de tratamiento.

El TCAE desempeña funciones vitales en el proceso de hemodiálisis crónica, que incluyen la preparación del paciente, la conexión y desconexión de la máquina de diálisis, la supervisión de signos vitales y la provisión de apoyo emocional. Su contribución en el equipo de atención es esencial para asegurar la calidad y seguridad del tratamiento, así como para mejorar la experiencia global del paciente durante la hemodiálisis crónica.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para la hemodiálisis crónica es mantener un compromiso constante con tu tratamiento. Asiste a todas las sesiones programadas de manera puntual y sigue las indicaciones médicas al pie de la letra. Cumple con las restricciones de líquidos y dieta para mantener un equilibrio adecuado en tu cuerpo. Cuida y protege tu acceso vascular para prevenir infecciones y complicaciones. Comunica cualquier cambio en tu salud o síntoma inusual al equipo médico de inmediato. Mantén un estilo de vida saludable, evitando el tabaco y el alcohol, y practicando el ejercicio regular. Busca apoyo emocional de tus seres queridos y grupos de apoyo para enfrentar los desafíos emocionales que puedan surgir. Tu compromiso y cuidado son esenciales para lograr una hemodiálisis crónica exitosa y mejorar tu calidad de vida.

6 Bibliografía

1- Sánchez-González, C., & Calvo, J. A. H. (2022). Fibrilación auricular no valvular en pacientes en hemodiálisis crónica. ¿Debemos anticoagular?. *nefrologia*, 42(6), 632-644.

Capítulo 122

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARS DE ENFERMERÍA EN EL EXITUS DEL ENFERMO

MARÍA DEL CARMEN SOBRINO GÓMEZ

BEATRIZ GONZALEZ PEREZ

SANDRA MARTÍN ANTONA

M^a ANGELES ORTIZ LÓPEZ

SILVIA SESMA MOLINA

1 Introducción

El término "exitus" se utiliza en el ámbito médico para referirse al fallecimiento o muerte de un paciente. Es una expresión técnica y neutral que se emplea para comunicar el deceso de manera formal y respetuosa en los registros médicos y las comunicaciones entre profesionales de la salud.

El "exitus" del paciente puede ocurrir debido a diversas causas, como enfermedades graves, accidentes, complicaciones médicas o condiciones crónicas. Los profesionales de la salud trabajan para prevenir, tratar y gestionar las enfermedades con el fin de prolongar la vida y mejorar la calidad de vida del paciente. Sin embargo, en algunos casos, a pesar de los esfuerzos médicos, el fallecimiento puede ser inevitable.

El proceso de enfrentar un "exitus" es emocionalmente desafiante tanto para el paciente como para sus familiares y seres queridos. Los profesionales de la salud brindan apoyo emocional y cuidados paliativos para aliviar el sufrimiento del paciente y garantizar que su transición sea lo más cómoda posible.

Es importante mencionar que el término "exitus" se utiliza en un contexto clínico y respetuoso, pero puede sonar impersonal. En las interacciones con los familiares, los profesionales de la salud tienden a usar términos más humanos y empáticos para comunicar el fallecimiento, brindando apoyo y comprensión en momentos de duelo.

En resumen, "exitus" es un término médico que se refiere al fallecimiento de un paciente. Los profesionales de la salud trabajan para prevenir y tratar enfermedades, pero en algunos casos, el fallecimiento puede ser inevitable. Durante este proceso, se brinda apoyo emocional y cuidados paliativos tanto al paciente como a sus familiares.

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

En el triste evento del "exitus" o fallecimiento de un paciente, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en brindar apoyo tanto al paciente como a sus familiares, así como en llevar a cabo tareas específicas para gestionar el proceso post mortem y garantizar el respeto y la dignidad del difunto.

Una de las funciones principales del TCAE es brindar apoyo emocional y empático a los familiares del paciente fallecido. Esto implica mostrar comprensión,

escuchar y responder a sus necesidades emocionales durante este momento difícil. El TCAE puede proporcionar información sobre los pasos a seguir y ofrecer consuelo.

En términos prácticos, el TCAE también es responsable de realizar tareas post mortem. Esto puede incluir cerrar los ojos y la boca del paciente, asear el cuerpo para presentarlo de la manera más digna posible, y prepararlo para su traslado a la morgue o la sala de autopsias, siguiendo los protocolos establecidos y respetando las creencias culturales o religiosas del paciente y su familia.

El TCAE colabora con el equipo de enfermería y médico en la documentación del fallecimiento, asegurando que todos los registros médicos y legales estén completos y precisos. También puede ayudar a organizar los efectos personales del paciente y a entregarlos a los familiares o al personal designado.

Además, el TCAE puede ser parte del equipo que traslada el cuerpo a la morgue o a la sala de autopsias, asegurándose de que se haga de manera respetuosa y siguiendo los protocolos establecidos.

Es fundamental que el TCAE trate el proceso con la máxima compasión, dignidad y profesionalismo, ya que el apoyo y la atención en este momento son fundamentales para ayudar a los familiares a lidiar con su pérdida.

En el caso del "exitus" del paciente, las funciones del TCAE incluyen brindar apoyo emocional a los familiares, realizar tareas post mortem con respeto y dignidad, colaborar en la documentación y el traslado del cuerpo, y asegurarse de que se maneje todo con compasión y profesionalismo.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal en el momento del "exitus" es ofrecer apoyo humano y compasivo a los familiares. Escucha activamente, brinda consuelo y respeta sus emociones y creencias. Proporciona información clara sobre los pasos a seguir y ofrece ayuda en la toma de decisiones. Coordina con el equipo médico y de enfermería para asegurar un manejo respetuoso y digno del cuerpo del fallecido. Mantén un ambiente tranquilo y respetuoso durante todo el proceso. La empatía y el apoyo pueden hacer una diferencia significativa en un momento tan delicado para los familiares, ayudándoles a enfrentar su pérdida con mayor comprensión y serenidad.

6 Bibliografía

Conde Orube, G. (2022). Exitus, o, qué decir ante la muerte (Master's thesis).

Capítulo 123

EL SÍNDROME DEL DESGASTE PROFESIONAL

SONIA FAJARDO MELLINAS

ANA TERCERO ALFARO

SANDRA MELLINAS GARCIA

EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO

ESMERALDA SEVILLA MORENO

1 Introducción

La pandemia de COVID-19 es un reto enorme para la salud pública y la economía mundial; también es un reto mayor para la salud mental, siendo uno de los grupos potencialmente más afectados el personal de salud. Uno de los efectos que ya se observa entre los trabajadores de este grupo ocupacional es el síndrome de burnout. En este artículo se revisa el origen del síndrome de burnout entre el personal sanitario, su importancia en el contexto de la pandemia y se proponen estrategias para disminuir o controlar su ocurrencia

En este contexto, la mayor preocupación de las naciones durante la pandemia ha sido el control de la carga hospitalaria y la demanda de servicios de salud. La epidemia puso al descubierto déficits de los sistemas sanitarios que ya eran pre-existentes, los que revelaban desde antes una capacidad de respuesta limitada ante la demanda poblacional, a pesar de muchas reformas recientes

De esta forma el hecho de desgaste apareció al estar expuesto con el coronavirus ,la carga de trabajo, los problemas psicosociales y emocionales durante la pandemia y a los que han sido expuestos los trabajadores durante todo ese proceso y oleadas del coronavirus y del cual aun persiste en menor medida.

2 Objetivos

- Concienciar de el síndrome
- Valorar la ayuda de profesionales
- Observar los signos y síntomas que producen en la persona
- Dar tiempo y lugar a sanar de este acontecimiento
- Valorar y estudiar los cosas de personas que han sufrido este síndrome

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 OMS reconoce como enfermedad el burnout o “síndrome de estar quemado” La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha procedido al reconocimiento oficial del burnout o “síndrome de estar quemado” o de desgaste profesional como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11), aprobada el pasado año y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022, en la que se contempla también el abuso de videojuegos como trastorno adictivo

Aunque los desórdenes de ansiedad, depresión o estrés postraumático han sido los más estudiados hasta ahora durante la pandemia COVID-19, es evidente que no capturan totalmente todas las dimensiones y mecanismos de la salud mental en los trabajadores de la salud ante la actual contingencia sanitaria mundial, de forma que, entre más sean las dimensiones exploradas y mayor sea la com-

prensión de sus interconexiones entre sí y sus posibles antecedentes, se tendrían mejores posibilidades de diseñar intervenciones más efectivas.

Entre los signos y síntomas de agotamiento y desgaste destaca:

- Ven sus trabajos cada vez mas estresantes sin ganas y sin ánimos de ir, sentirse adormecidos, volverse mas cínicos
 - estrés crónico, agotamiento físico, pesadez de cuerpo y mente
 - se siente incapaces de hacer frente a su trabajo por su agotamiento emocional se encuentran mas cansadas
 - problemas físicos se encuentran mas cansadas a la hora de realizar su trabajo
 - rendimiento reducido principalmente en tareas cotidianas, del hogar del trabajo.
- Con la pandemia por COVID-19 queda claro que el sector salud tiene una contribución incalculable y es simplemente indispensable y estratégica en la sociedad. Otra lección es que las enfermedades infecto-contagiosas, lejos de quedar en el pasado con los avances de la medicina como se creía hace unas décadas, han llegado para quedarse y el sector salud debe estar preparado permanentemente para epidemias como la experimentada con el COVID-19.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome del desgaste profesional forma ya parte del estrés crónico laboral y profesional, y con unos altos porcentajes en personas de alteración en salud mental, su monitoreo y control que se enmarca en las estrategias y prevención secundaria lo que convierte en una alarma naranja de evolución muy útil e idóneo de salud mental en centros hospitalarios, residencias y centros de salud antes de adoptar estrategias más centradas en la rehabilitación. La cuarta ola de la pandemia por COVID-19 se refiere a una epidemia de salud mental que aún no comienza y el enfoque preventivo es más importante que nunca.

6 Bibliografía

https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Gil-Monte/publication/242114408_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_aproximaciones_teoricas_para_su_explicacion_y_recomendaciones_para_la_intervencion/links/0deec534528db5d80e000000/El-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-sindrome-de-burnout-aproximaciones-teoricas-para-su-explicacion-y-recomendaciones-para-la-intervencion.pdf

Organización Internacional del Trabajo. Frente a la pandemia: garantizar la seguridad y salud en el trabajo, <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--->

ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_742732.pdf.

[Links]

Juárez-García A. Burnout en profesionales de la salud durante la pandemia. En: Ciclo de videoconferencias: Estrategias de acción para el bienestar psicosocial en tiempos de COVID-19. Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología UAEM. 2020. [Links http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014

<https://medicinaysaludpublica.com/noticias/salud-publica/oms-oficializa-el-sindrome-del-burnout-como-una-enfermedad-de-trabajo/12348>

Se ha realizado una búsqueda de información en diferentes plataformas científicas, además de diversas fuentes de datos como son Scielo, PubMed, Medline, entre otros...

Capítulo 124

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS O COVID-19

ANA BELEN BARRERO DIAZ

1 Introducción

En 2019 tuvo lugar una pandemia a nivel mundial por un virus llamado SARS-CoV-2.

Comenzó en la ciudad china de Wuhan, cuando un grupo de personas estaban infectadas por una neumonía de origen desconocido. Muchas de estas personas que fueron infectadas tenían relaciones con un mercado mayorista de mariscos. El número de casos fue cada vez aumentando de una manera descontrolada hasta que la salud pública de los hospitales de todos los países declaró una emergencia con una importancia internacional y todos los hospitales tuvieron que obtener medios necesarios para hacer frente a la gran pandemia porque carecían de medios.

Este virus es semejante al de una gripe solo que los síntomas son más fuertes y es mucho más contagioso, también se debe de tener especial cuidado con las personas que tienen otras patologías porque puede causarles graves daños llevándolos para la unidad de cuidados intensivos y llegando a causar la muerte en algunos casos.

Algunas personas lo pasan mediante el confinamiento en sus casas hasta que den negativo en el test o PCR realizada por el personal sanitario de enfermería pero

las personas que les ataca de forma más grave y necesitan ingreso hospitalario y vigilancia constante por el personal.

2 Objetivos

Hacer breve recordatorio por parte del TCAE sobre los aspectos básicos de la enfermedad por coronavirus o Covid-19.

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.

4 Resultados

El virus llamado coronavirus o covid-19 se puede contagiar de una persona a otra mediante unas pequeñas gotas de saliva conocidas como gotas de flugge, tose, estornuda, habla o respira.

También se debe tener especial cuidado con la superficie o materiales que tocamos porque puede llegar a darse el caso que estén infectados y nosotros lo desconozcamos y entramos en contacto con la superficie infectada y nos llevamos la mano a la cara nariz, o boca entonces ya se produce el contagio.

El período de incubación de este virus puede ser aproximadamente de cinco días, pero dependiendo de la persona puede darse de entre dos a catorce.

Los síntomas predominantes pueden ser similares a los de una gripe como episodios de fiebre, tos seca, problemas o dificultades a la hora de respirar, dolores musculares, mucosidad.

En casos graves puede llegar a causar neumonía o neumonía bilateral en las personas que necesitan ser intubados en el servicio de cuidados intensivos de la UCI del medio hospitalario con unos cuidados específicos impuestos por el médico como por ejemplo para facilitarles la entrada del oxígeno y que respirasen con

mayor facilidad lo que se hace es pronarlos y despronarlos cada cierto periodo de tiempo.

Algunas medidas de prevención que nos recomienden los profesionales sanitarios son el buen lavado de manos el uso de mascarillas quirúrgica o FP2, a la hora de toser cubrirse la boca, la distancia de seguridad entre las personas, uso de gel hidroalcohólico desinfectante...

Algunas de las funciones que puede realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y estas personas pueden ser:

Cambios posturales y movilizaciones, ayuda a la hora de la alimentación, cambio de la ropa de cama, aseo al paciente, control de líquidos y diuresis.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo sobre la pandemia y el coronavirus debemos de tener en cuenta qué puede causar en los pacientes graves enfermedades del sistema cardiovascular o respiratorios también dejándoseuelas en casos graves y extremos, pero también puede causar la muerte en personas que tengan graves complicaciones. Por tanto, en el periodo que duró la pandemia fue muy imparte hacer una campaña informativa o un llamamiento a las autoridades sanitarias de la población sobre los métodos adecuados de higiene, para que lo llevase a cabo la población y pudieran evitar el mayor riesgo de contagio posible para gozar de una buena salud.

6 Bibliografía

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2023-08-08]. 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 125

TRASTORNOS MÚSCULO-ESQUELETICOS Y OTRAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA PRÁCTICA LABORAL ENTRE FISIOTERAPEUTAS

SONIA GARCÍA GARCÍA

CRISTINA HERRERO MARTÍN

LAURA ROMO DE LA LLAVE

LAURA BONIL CHACÓN

RAFAEL BAEZA MONSALVE

1 Introducción

El trastorno músculo-esquelético relacionado con el trabajo (TMERT) se caracteriza por lesiones o disfunciones que afectan los músculos, huesos, tendones, nervios, ligamentos, articulaciones o discos intervertebrales y que está causado o agravado por la actividad laboral. El dolor de espalda y de extremidades es una de las principales causas de incapacidad laboral asociadas con el TMERT.

En Europa, los TMERT son el problema de salud laboral más frecuente. En el ámbito sanitario de España, la prevalencia de TMERT ha ido en aumento en los

últimos años. Los servicios de rehabilitación y las unidades de fisioterapia son especialmente demandados en este sector, y los profesionales que trabajan en estos servicios enfrentan tareas físicamente exigentes, repetitivas y con posturas prolongadas, lo que aumenta a su vez el riesgo del desarrollo de TMERT en los profesionales que desempeñan su labor profesional en dichos servicios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte sobre los riesgos para la salud en el lugar de trabajo, ya que pueden desencadenar enfermedades ocupacionales y agravar otros problemas de salud. Por lo tanto, reducir la exposición a los riesgos ocupacionales es una cuestión de crucial importancia para la mejora en la calidad de vida de las personas.

Los estudios de prevalencia en trabajadores de hospitales en España muestran que las regiones más afectadas por el TMERT son el tronco y los miembros superiores. Además, se ha observado una alta incidencia de incapacidad temporal debido a estos trastornos.

En el ámbito de los servicios de rehabilitación y fisioterapia, hay datos limitados sobre la prevalencia de TMERT en ciertas profesiones, como médicos rehabilitadores, logopedas, celadores, administrativos y auxiliares de enfermería. Sin embargo, se ha encontrado que el dolor en la columna lumbar, cervical y hombros es más frecuente en estos grupos.

En el caso específico de los fisioterapeutas, se ha identificado que el dolor más común se localiza en la región lumbar, cervical, muñecas y manos, seguido de los hombros.

Los TMERT pueden desencadenarse por diversos factores, incluidos aspectos personales, posturales, físicos y psicosociales. Entre los factores de riesgo más relevantes se encuentran la manipulación de cargas, las posturas inadecuadas, los movimientos repetitivos y el estrés laboral, entre otros.

A pesar de la existencia de numerosos estudios sobre TMERT en profesiones sanitarias, en España, los trabajos específicos en el ámbito de los servicios de rehabilitación son escasos. Por lo tanto, se hace necesario llevar a cabo investigaciones exhaustivas de mayor calidad para comprender mejor las prevalencias y factores de riesgo específicos en estos profesionales y proponer medidas preventivas adaptadas a sus condiciones laborales.

2 Objetivos

- Obtener datos sobre la presentación de TMERT en fisioterapeutas.
- Identificar factores de riesgo para el desarrollo de TMERT en la práctica de la profesión fisioterápica.
- Proponer medidas preventivas para el desarrollo del TMERT durante el desempeño profesional de los fisioterapeutas.

3 Metodología

Con el propósito de realizar el presente estudio, se ha llevado a cabo una investigación que se basó en una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible. Se realizó una búsqueda bibliográfica en fuentes especializadas, tales como libros y artículos científicos, utilizando las principales bases de datos como Medline, Pubmed y Scielo.

4 Resultados

La prevalencia de TMERT entre fisioterapeutas ha mostrado ser notablemente elevada en los resultados de la literatura analizada, estimándose entre un 82,4% a un 91,8% de fisioterapeutas que han padecido TMERT a lo largo de su vida laboral.

En relación a las estructuras anatómicas lesionadas con mayor frecuencia se encuentran mayoritariamente columna cervical y lumbar, muñecas-manos, hombros, columna dorsal y codos, disminuyendo su aparición los problemas en rodillas, caderas y tobillos-pies.

En referencia al inicio de las lesiones principales reportadas por los fisioterapeutas, hay variación en los resultados entre un 29,8% de ellas comienza entre los 5 a los 10 primeros años de su vida laboral, y un 46% que aparece en los primeros 5 años de ejercicio como fisioterapeutas.

Sobre la forma de aparición, entre un 60,3% y un 65,9% de los profesionales con TMERT refieren que se manifiesta de forma gradual.

El factor de riesgo considerado como el principal generador de TMETR es el mantenimiento de posturas incómodas y poco fisiológicas. Le sigue en importancia la realización repetida y frecuente de la misma tarea, así como posicionar de forma mantenida el centro de gravedad alejado del cuerpo, la manipulación y traslado

de pacientes pesados y/o con alto grado de dependencia, los movimientos imprevistos como movimientos repentinos o caídas de pacientes, atender a un número excesivo de pacientes por día y los movimientos de rotación de la columna vertebral.

Entre las medidas de prevención para el desarrollo o agravamiento de TMERT se han considerado interesantes las siguientes propuestas, estrategias y medidas:

- Pedir la ayuda de otro profesional sanitario formado en el traslado y transporte de cargas de forma segura ante la atención a pacientes de gran volumen o con importantes déficits motores.
- Cambiar la posición de tratamiento, ya sea cambiando el propio fisioterapeuta de posición o reposicionando al paciente.
- Realizar ejercicios de movilidad y estiramiento previo a la jornada laboral y al finalizar la misma.
- Utilizar agentes físicos de naturaleza electroterápica en sustitución de la aplicación de tratamientos de terapia manual cuando sea posible.
- Tomar descansos con frecuencia a lo largo de la jornada laboral.
- Cambiar de postura regularmente.
- Utilizar las diferentes configuraciones de posición de la camilla de tratamiento.
- Priorizar técnicas con una ergonomía favorecedora para el fisioterapeuta.
- Finalizar y/o sustituir una técnica o tratamiento en caso de percibir empeoramiento del TMERT.
- Disminuir el tiempo dedicado por paciente a la sesión de tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

La prevalencia de TMERT entre los fisioterapeutas es muy elevada, lo cual tiene sentido teniendo en cuenta los considerables factores de riesgo a los que se ven expuestos en sus ambientes laborales, tanto por su frecuencia, como por su variabilidad e impacto sobre la salud músculo-esquelética.

Los TMETRs más frecuentes se localizan en el raquis y en miembros superiores, siendo muchos de ellos altamente incapacitantes y alterando tanto el ejercicio profesional como la vida personal de los fisioterapeutas.

A pesar de ser profesionales formados en estrategias de tratamiento y prevención para las mismas dolencias que ellos mismos sufren, parece ser necesario incidir en la educación de estos sujetos en la adopción de medidas preventivas

específicas adaptadas al ejercicio de la fisioterapia, recalcando la importancia de implantarlas con precocidad y constancia.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Barbas, C. (2011). Prevalencia de lesiones músculo-esqueléticas relacionadas con el trabajo en fisioterapeutas (Torres Lacomba, M., Ed.). Universidad de Alcalá.
2. Cabezas-García, H. R., & Torres-Lacomba, M. (2018). Prevalencia de trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo en profesionales de los servicios de rehabilitación y unidades de fisioterapia. *Fisioterapia* (Madrid. Ed. impresa), 40(3), 112-121.
3. Moreno Lorenzo, N., Pineda Galán, C., Díaz Mohedo, E., Barón López, F. J., Sánchez Guerrero, E., & Labajos Manzanares, M. T. (2003). Estudio transversal de las algias vertebrales en los fisioterapeutas. *Fisioterapia* (Madrid. Ed. impresa), 25(1), 23-28.

Capítulo 126

EFFECTIVIDAD DE LA PUNCIÓN SECA PROFUNDA COMO TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN EL DOLOR DE CUELLO CERVICAL

SONIA GARCÍA GARCÍA

LAURA ROMO DE LA LLAVE

CRISTINA HERRERO MARTÍN

LAURA BONIL CHACÓN

RAFAEL BAEZA MONSALVE

1 Introducción

El dolor de la columna cervical o cervicalgia es uno de los causantes fundamentales de dolor músculo-esquelético, siendo únicamente superado por el dolor de la región lumbar, o lumbalgia. Específicamente, el dolor cervical crónico (DCC), habitualmente catalogado como dolor crónico de características mecánicas e inespecíficas dada su etiología variable y escasamente conocida, está viendo incrementada su prevalencia, con mayor intensidad en países de alto desarrollo económico. El síndrome de dolor miofascial (SDM) ha sido identificado como una de las principales causas de dolor en pacientes con DCC de con características mecánicas, siendo muy prevalente el hallazgo de puntos gatillo miofasciales

(PGM) en los músculos de la región cervical. Asimismo, el DCC de origen inespecífico se asocia con importantes comorbilidades entre las que se encuentran kinesiophobia, ansiedad, depresión y una disminución en la calidad de vida.

La punción seca es una técnica de fisioterapia invasiva cuyo empleo ha ido ganando relevancia en el tratamiento del dolor de cuello. Consiste en la inserción de una aguja de acero quirúrgico diseñada para estimular los PGM, el músculo y los tejidos conectivos con el objetivo de aliviar el dolor neuromusculoesquelético y mejorar el movimiento. Es una intervención especializada que requiere competencias y conocimientos específicos y su práctica está regulada por la legislación de cada país. En España, se exige una formación de postgrado universitario para realizarla. Es importante destacar que esta técnica no implica la inyección ni extracción de sustancias sino que su efecto se fundamenta en el estímulo mecánico de la aguja.

Dentro del contexto de las intervenciones de punción seca se pueden identificar distintos abordajes según la profundidad de penetración de la aguja. Es posible distinguir dos modalidades de punción: en primer lugar, la punción seca superficial, caracterizada por la permanencia de la aguja en el tejido celular subcutáneo sin alcanzar el tejido muscular; en segundo lugar, la punción seca profunda, donde la aguja se inserta más allá del tejido celular subcutáneo, llegando al interior del tejido muscular.

2 Objetivos

- Comprobar la evidencia disponible en la actualidad sobre la efectividad del tratamiento con punción seca profunda en la mejoría de diversos parámetros medibles que se ven afectados en el dolor de cuello.
- Obtener información sobre la efectividad de la punción seca en comparación con otras técnicas empleadas en fisioterapia así como en contraste con técnicas de infiltración de sustancias medicamentosas.

3 Metodología

Con el propósito de realizar el presente estudio, se ha llevado a cabo una investigación que se basó en una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible. Se realizó una búsqueda bibliográfica en fuentes especializadas, tales como libros y artículos científicos, utilizando las principales bases de datos como

4 Resultados

En un ensayo clínico controlado se comparó la efectividad del empleo de punción seca profunda en comparación con un protocolo de terapia manual en dolor cervical. Ambos tratamientos demostraron ser efectivos, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos, excepto en el umbral de dolor a la presión (UDP), en el cual la punción seca se asoció a un mayor incremento del mismo.

En otro ensayo clínico se llevó a cabo una asignación aleatoria en tres grupos: el grupo A, con una muestra de 20 sujetos en los que se realizaron 10 sesiones consistentes en la aplicación en la zona cervical de técnicas electroterápicas que incluyeron TENS y microonda; el grupo B, con un tamaño muestral de 21 sujetos a los que se sometió a 6 sesiones de punción seca profunda seguida de compresión isquémica en las zonas afectas de la región cervical; y el grupo C, compuesto por 21 sujetos que recibieron el mismo tratamiento que el grupo B pero agregando además 3 sesiones de educación para la salud consistentes en la formación en dolor crónico y su neurofisiología. En todos los grupos se implantó un programa de enseñanza de autoestiramientos de los músculos trapecio superior y elevador de la escápula, siendo importante ejecutarlos bilateralmente. Se observaron diferencias estadísticamente significativas a lo largo del tiempo para diversas variables, como la intensidad del dolor, la ansiedad basal y en relación al dolor, la discapacidad cervical, el índice de catastrofismo frente al dolor, así como el miedo al mismo y la depresión. En comparación con el tratamiento convencional de electroterapia, tanto la aplicación de punción seca sumada al programa de educación para la salud relacionada con el dolor crónico como el empleo de punción seca profunda seguida de compresión isquémica mostraron una reducción significativa en la intensidad del dolor y la discapacidad cervical en todas las mediciones realizadas, excepto al mes de seguimiento. Por otro lado, los sujetos que recibieron el programa de educación para la salud manifestaron una reducción significativa en los índices de kinesiofobia y ansiedad relacionada con el dolor en todas las mediciones en comparación con los otros dos grupos. Sin embargo, en ninguno de los grupos se observaron cambios significativos en la calidad de vida asociada a la salud ni en el consumo de fármacos analgésicos.

En otro análisis, se encontró que la punción seca profunda redujo significativamente el dolor inmediatamente después y a corto plazo en comparación con la

punción seca simulada, el placebo, la lista de espera y otras formas de punción seca. También se observó que la punción seca fue más efectiva para mejorar el UDP inmediatamente después de la intervención en comparación con el placebo o ninguna intervención. Sin embargo, no se encontró ningún efecto sobre el UDP cuando se comparó con la infiltración de sustancias medicamentosas.

5 Discusión-Conclusión

La punción seca muestra un efecto positivo de moderado a bajo en la mejora de la intensidad del dolor y la discapacidad relacionada con el dolor en personas con PGM en el cuello, comparado con intervenciones falsas, placebo o lista de espera a corto plazo, pero no a medio plazo.

No parece haber suficiente evidencia de calidad para afirmar que la punción seca sea más efectiva que otras intervenciones de fisioterapia para reducir el dolor, mejorar el rango de movimiento cervical o la discapacidad aunque sí podría ser más eficaz en el aumento del UDP.

La infiltración de sustancias medicamentosas parece ser más efectiva que la punción seca para reducir la intensidad del dolor en el cuello a corto plazo, aunque no se muestra más efectiva que la punción seca en el UDP, rango de movimiento cervical o síntomas depresivos.

Los meta-análisis de estudios muestran una calidad limitada de evidencia debido a la heterogeneidad e imprecisión en los estudios analizados.

Se necesitan más estudios bien diseñados que investiguen los efectos a corto, medio y largo plazo para establecer con mayor certeza la efectividad de la punción seca en comparación con otras técnicas fisioterapéuticas y frente a la infiltración de sustancias medicamentosas.

6 Bibliografía

1. Castrillo PV. Estudio sobre la efectividad de dos protocolos de tratamiento mediante punción seca, frente a uno conservador en pacientes con dolor de cuello crónico de origen miofascial. Universidad Rey Juan Carlos; 2017.
2. Santana MJN. Efectividad de la punción seca frente a otras terapias en el dolor de cuello. Universidad Complutense de Madrid; 2021.
3. Valera Garrido F, Minaya Munoz F. Fisioterapia Invasiva. 2ª ed. Elsevier; 2016.

4. Ramos RL. Efectividad del tratamiento con punción seca profunda frente a un protocolo de fisioterapia manual en el músculo trapecio superior. Universidad de Alcalá; 2015.

Capítulo 127

EFFECTIVIDAD DEL EMPLEO DE VENDAJE NEUROMUSCULAR COMO TÉCNICA FISIOTERAPÉUTICA PARA TRATAR EL DOLOR DE RODILLA EN DEPORTISTA MULTIDISCIPLINAR. CASO CLÍNICO

SONIA GARCÍA GARCÍA

RAFAEL BAEZA MONSALVE

LAURA ROMO DE LA LLAVE

CRISTINA HERRERO MARTÍN

LAURA BONIL CHACÓN

1 Introducción

El dolor de rodilla es una queja común en corredores, con una prevalencia que oscila entre el 40% y el 50% en atletas de resistencia. Esta alta incidencia se atribuye a la naturaleza repetitiva y de alto impacto de la actividad de carrera, lo que somete a la articulación de la rodilla a tensiones biomecánicas significativas.

La localización predominante del dolor de rodilla en corredores se ubica en la

región anteromedial, incluyendo el área del tendón rotuliano y la rótula. También se han reportado síntomas en las áreas peripatelar, la banda iliotibial y los compartimentos femoropatelar y tibiofemoral.

La etiología del dolor de rodilla en corredores es multifactorial y se origina debido a una combinación de factores intrínsecos y extrínsecos. Los factores de riesgo para el desarrollo de esta patología pueden incluir factores intrínsecos como debilidad del core y de los músculos estabilizadores de la cadera, desequilibrios y acortamientos musculares, mala alineación de las extremidades inferiores, técnica de carrera inadecuada así como déficits en la fuerza y la flexibilidad. Entre los factores extrínsecos pueden encontrarse la intensidad y el volumen del entrenamiento, el tipo de calzado utilizado y las características de la superficie de carrera, entre otros.

El enfoque terapéutico fisioterapéutico del dolor de rodilla en corredores se basa en la aplicación de diversas intervenciones como:

- Fortalecimiento Muscular: Programas de ejercicios específicos para fortalecer los músculos del tren inferior, especialmente aquellos estabilizadores de la cadera y el core, a fin de mejorar la biomecánica de la rodilla durante la carrera.
- Flexibilidad y Estiramientos: Ejercicios de estiramiento dirigidos a corregir acortamientos musculares y desequilibrios para optimizar la alineación y función de la rodilla.
- Técnicas de Terapia Manual: La aplicación de técnicas de terapia manual, como el masaje y la liberación miofascial, para reducir la tensión muscular y mejorar la movilidad de los tejidos blandos relacionados con la rodilla.
- Modificación del Entrenamiento: Ajustes en el programa de entrenamiento, incluyendo cambios graduales en la intensidad y volumen del mismo, para permitir la recuperación y evitar el sobreuso de la rodilla.
- Educación y Corrección de Técnica: Proporcionar información sobre la técnica de carrera adecuada para reducir la carga en la rodilla y evitar movimientos lesivos repetitivos.
- Electroterapia: El uso selectivo de agentes físicos electroterápicos, como la terapia con ultrasonido y la electroestimulación, para aliviar el dolor y promover la recuperación.
- Medios de contención: Los vendajes, como el vendaje neuromuscular, son comúnmente utilizados para mejorar la estabilidad articular y proporcionar soporte a los músculos y estructuras involucradas. Estos vendajes están diseñados para imitar la elasticidad de la piel y se aplican de manera específica para asistir en la corrección de movimientos inadecuados y mejorar la biomecánica de la

articulación.

2 Objetivos

Comprobar la efectividad del empleo de técnicas de vendaje neuromuscular para la prevención de aparición de dolor de rodilla en deportista multidisciplinar durante y posteriormente a entrenamiento de carrera.

3 Caso clínico

Paciente mujer de 31 años que practica diversos deportes como aficionada, activa la mayor parte de su vida. Actualmente y de forma estable en los últimos meses mantiene un peso corporal de alrededor de 55 kg, con bajo índice de grasa corporal y una altura de 164 cm.

En el último año y medio ha estado entrenando levantamiento de peso con una frecuencia media de 2-3 sesiones en semana, combinándolo con ejercicio cardiovascular de natación durante una hora, 2 veces en semana durante unos meses, aunque cambió la natación por ejercicio de carrera continua durante una hora en tapiz rodante hace aproximadamente medio año. Además, practica senderismo, escalada y espeleología de forma esporádica con una media de 1,5 salidas al mes.

Ha padecido dolores puntuales en la región de la rodilla en la fase de habituación al ejercicio de fuerza en la disciplina del levantamiento de peso aunque fueron de naturaleza muscular en aductores y cuádriceps. Fueron de corta duración y fácil resolución con estiramientos, reposo y el empleo de rodilleras de neopreno al utilizar cargas superiores a su peso corporal, tanto en sentadilla como en peso muerto. Hace más de un año que no ha vuelto a manifestar dichas lesiones.

Cuando sustituyó la natación por carrera apenas notó ninguna molestia pero desde hace aproximadamente un mes presenta en alrededor de un 25% de las ocasiones dolor de rodilla durante y tras los entrenamientos de carrera. En la rodilla derecha, refiere que el dolor se manifiesta en la parte cráneo-medial del cóndilo medial, próximo a la corredera rotuliana, mientras que en la rodilla izquierda lo localiza en la parte lateral del borde craneal de la rótula, en la inserción cuadricepsital externa. Suele comenzar con la rodilla derecha en torno a los 15 minutos de carrera, cediendo en la parte central de la sesión y agravándose en los últimos 10 minutos, aunque con una intensidad media puntuada en la Escala Numérica

Verbal (ENV) de 3/10. Aproximadamente, a los 25 minutos del comienzo del entrenamiento suele comenzar el dolor de la rodilla izquierda evolucionando éste desfavorablemente hasta el final del entrenamiento, con una puntuación final de 6/10. Suele realizar 5 minutos de marcha a 6km/h como calentamiento, así como algunos ejercicios de movilidad y estiramiento breves. En ocasiones, al finalizar el entrenamiento, hace estiramientos analíticos de toda la musculatura involucrada aunque reconoce que lo hace en un 30% de las ocasiones por falta de tiempo. Por ese mismo motivo, sólo utiliza crioterapia para calmar el dolor en escasas ocasiones, aunque dicho hábito reduce el dolor significativamente. Cuando finaliza el entrenamiento permanece con dolor, más acusado en la rodilla izquierda, que se manifiesta incluso en reposo, suele resolverse en 24-48 horas de forma espontánea y no interfiere con la práctica de levantamiento de peso.

Es profesional sanitaria titulada Graduada en Fisioterapia aunque no ejerce su profesión de forma continua y no asocia esta nueva manifestación al desempeño de su profesión actual.

No emplea plantillas ni ningún tipo de accesorio durante los entrenamientos de carrera. No ha cambiado de calzado recientemente y el que emplea actualmente es el adecuado y se encuentra en buen estado de conservación.

En la observación estática no se observan anomalías ni disimetrías importantes (miembro inferior derecho 1.5 cm más largo que el miembro inferior izquierdo, corroborado por pruebas de imagen proporcionadas por la paciente) entre ambos hemicuerpos ni desviaciones llamativas de la postura corporal.

En la observación dinámica en tapiz rodante de la marcha a 6 km/h, carrera a 8 km/h y a 12 km/h se objetiva buena técnica, con cadencia elevada, aterrizaje en mediopié, un ratio adecuado apoyo/vuelo así como una relación equilibrada entre apoyo en miembro inferior derecho e izquierdo.

En la palpación se detecta hipermovilidad rotuliana en ambos miembros inferiores. Dolor a la palpación en los lugares indicados en la anamnesis. No se aprecia hiperlaxitud en ningún otro movimiento fisiológico, ni cajones anterior ni posterior, ni varo o valgo forzados. Se detectan bandas tensas en vasto externo izquierdo y dolor a la palpación en la unión miotendinosa de la inserción distal del mismo.

En la movilidad no se aprecian limitaciones en los rangos de movimientos pasivos ni activos, aunque al realizar estiramiento pasivo manual de cuádriceps izquierdo

y autoestiramientos de la misma estructura se manifiesta el dolor anteriormente descrito.

El balance muscular es completo y equivalente en ambos miembros inferiores, aunque al final del recorrido articular en extensión resistida de rodilla aparece el dolor indicado anteriormente en el miembro inferior izquierdo.

Tras la valoración fisioterapéutica se determina que el dolor podría deberse a un exceso de movilidad rotuliana que la musculatura, a pesar de tener un balance muscular completo y equilibrado, no es competente a la hora de estabilizar. Además de incidir en la importancia de hacer un buen calentamiento y estiramientos apropiados en todas las sesiones de ejercicio, así como del empleo de la crioterapia siempre que sea posible, se propone el empleo de vendaje neuromuscular durante los entrenamientos de carrera como medida preventiva.

La técnica escogida consiste en la aplicación de vendaje neuromuscular para estabilización del ligamento rotuliano con la aplicación de una banda transversal al mismo en ambas rodillas a máxima tensión, así como dos bandas adicionales, rodeando la rótula cuyo primer anclaje se sitúa en el tercio distal de vastos interno y externo, respectivamente, cruzándose bajo el polo inferior de la rótula y anclándose en el lado opuesto de la epífisis tibial, tensión al 120%.

Se instruyó a la paciente en el aprendizaje de la colocación autónoma del vendaje y se le indicó aplicárselo durante 5 entrenamientos consecutivos, con las mismas variables de entrenamiento habituales.

Tras los 5 entrenamientos con el vendaje, la paciente refirió haber notado una mejoría sustancial en el dolor de la rodilla derecha, llegando a ser una molestia apenas apreciable durante el comienzo de la actividad, ENV 1/10. Sin embargo, la aplicación de esta técnica no obtuvo resultados en el dolor de la rodilla izquierda, manteniendo los mismos parámetros de dolor tanto durante como tras las sesiones. Dicho dolor, solo mejoró con la aplicación de crioterapia del modo indicado, 15 minutos con cold-pack.

4 Discusión-Conclusión

La técnica empleada en esta intervención con vendaje neuromuscular pareció resultar efectiva en la disminución del dolor de rodilla de carácter femoropatear pero no parece aportar ningún beneficio en el dolor de origen miotendinoso insercional en el polo superior de la rótula.

Tras los datos observados, sería interesante instruir a la paciente en la colocación de otro tipo de vendaje en el miembro inferior izquierdo, esta vez más enfocado en la estabilización lateral y disminución del tono del vasto externo de dicho miembro así como la prescripción de ejercicios específicos para el estiramiento del mismo.

Es interesante destacar que, con la técnica adecuada, la instrucción al paciente en la colocación de vendajes neuromusculares puede ser de gran utilidad en mejorar las competencias de autocuidado y de prevención de lesiones en la población deportista.

5 Bibliografía

1. Dierks TA, Manal KT, Hamill J, Davis IS. Proximal and distal influence on hip and knee kinematics in runners with patellofemoral pain during a prolonged run. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2008;38(8):448-456.
2. Fredericson M, Cookingham CL, Chaudhari AM, Dowdell BC, Oestreicher N, Sahrmann SA. Hip abductor weakness in distance runners with iliotibial band syndrome. *Clin J Sport Med.* 2000;10(3):169-175.
3. Willy RW, Davis IS. The effect of a hip-strengthening program on mechanics during running and during a single-leg squat. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2011;41(9):625-632.
4. Lopes AD, Hespanhol Júnior LC, Yeung SS, Costa LO. What are the main running-related musculoskeletal injuries? A systematic review. *Sports Med.* 2012;42(10):891-905.
5. Morris D, Jones D, Ryan H, Ryan CG. The clinical effects of Kinesio® Tex taping: A systematic review. *Physiother Theory Pract.* 2013;29(4):259-270. doi: 10.3109/09593985.2012.731675.
6. McConnell J. The physical therapist's approach to patellofemoral disorders. *Clin Sports Med.* 2002;21(3):363-387.

Capítulo 128

TRATAMIENTO DE LA FISIOTERAPIA EN LA GONARTROSIS

CELIA VELASCO CORTÉS

DAVID GARCÍA RONCERO

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

1 Introducción

La gonartrosis es una enfermedad articular crónica degenerativa que afecta la articulación de la rodilla. Es una de las principales causas de discapacidad y deterioro de la calidad de vida en personas de edad avanzada. A medida que la población envejece, se espera que la prevalencia de la gonartrosis aumente significativamente en las próximas décadas.

La gonartrosis se caracteriza por el desgaste progresivo del cartílago articular, lo que resulta en dolor, rigidez, inflamación y limitación funcional. Aunque la etiología exacta de la gonartrosis no está completamente comprendida, factores como la carga mecánica excesiva, la obesidad, las lesiones articulares previas y los trastornos metabólicos pueden contribuir al desarrollo y progresión de la enfermedad.

El tratamiento de la gonartrosis tiene como objetivo aliviar el dolor, mejorar la función articular, reducir la discapacidad y retrasar la progresión de la enfer-

medad. En este sentido, la fisioterapia desempeña un papel fundamental en el manejo integral de los pacientes con gonartrosis.

La fisioterapia en la gonartrosis se basa en una combinación de enfoques terapéuticos que incluyen el ejercicio terapéutico, la terapia manual, la electroterapia y la educación del paciente. Estos enfoques terapéuticos se aplican de manera individualizada, teniendo en cuenta las características y necesidades específicas de cada paciente.

El ejercicio terapéutico es uno de los pilares fundamentales de la fisioterapia en la gonartrosis. Los ejercicios de fortalecimiento muscular, estiramiento, movilidad articular y entrenamiento de la marcha pueden mejorar la función articular, reducir el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Además, la terapia manual, que incluye técnicas como el masaje, la movilización y la manipulación articular, puede proporcionar alivio del dolor y mejorar la función articular.

La electroterapia, por su parte, utiliza diferentes modalidades como la estimulación eléctrica, la terapia de ultrasonido y la crioterapia para controlar el dolor, reducir la inflamación y promover la recuperación del tejido articular. Estas modalidades se aplican de manera complementaria a otros enfoques terapéuticos. Además de los aspectos clínicos, la educación del paciente desempeña un papel fundamental en el tratamiento de la gonartrosis. Los fisioterapeutas brindan información sobre la enfermedad, consejos para el manejo del dolor, recomendaciones sobre actividad física y técnicas de autocuidado que pueden ayudar a los pacientes a controlar sus síntomas y mejorar su calidad de vida.

En este trabajo, revisaremos de manera exhaustiva el papel de la fisioterapia en el tratamiento de la gonartrosis. Analizaremos la evidencia científica disponible, los enfoques terapéuticos más utilizados y los resultados obtenidos en términos de alivio del dolor, mejora de la función articular y calidad de vida de los pacientes. Asimismo, se abordarán las consideraciones especiales en el tratamiento de la gonartrosis en poblaciones específicas, como los pacientes obesos o los deportistas.

2 Objetivos

-Mejorar la comprensión y el manejo de la gonartrosis a través de la fisioterapia, proporcionando información actualizada y relevante para los profesionales de la salud y beneficiando a los pacientes que padecen esta enfermedad debilitante.

3 Metodología

La metodología utilizada en este estudio se basó en una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible sobre el papel de la fisioterapia en el tratamiento de la gonartrosis. Se realizaron búsquedas en bases de datos electrónicas, como PubMed y Scopus, utilizando palabras clave relacionadas con la gonartrosis, fisioterapia y tratamiento. Se seleccionaron estudios publicados hasta la fecha de corte de la investigación, que fue en septiembre de 2022.

Se incluyeron estudios clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis que investigaban los efectos de la fisioterapia en pacientes con gonartrosis. Se excluyeron los estudios que no cumplían con los criterios de inclusión, como aquellos que no se centraban en la fisioterapia como intervención principal o no evaluaban los resultados relevantes para el tratamiento de la gonartrosis.

Se extrajeron datos relevantes de los estudios seleccionados, como características de los participantes, intervenciones fisioterapéuticas utilizadas, resultados medidos (alivio del dolor, función articular, calidad de vida) y conclusiones principales. Estos datos se analizaron y se realizaron síntesis narrativas para resumir los hallazgos clave de los estudios incluidos.

Además, se tomaron en consideración las consideraciones especiales en el tratamiento de la gonartrosis en poblaciones específicas, como los pacientes obesos y los deportistas. Se revisaron estudios y recomendaciones específicas para adaptar la fisioterapia a las necesidades individuales de estas poblaciones.

4 Resultados

A continuación, revisaremos exhaustivamente el papel de la fisioterapia en el tratamiento de la gonartrosis, teniendo en cuenta la evidencia científica disponible, los enfoques terapéuticos más utilizados y los resultados obtenidos.

Alivio del dolor: La fisioterapia puede proporcionar alivio del dolor en pacientes con gonartrosis mediante diferentes enfoques terapéuticos, como la terapia manual, la electroterapia, el uso de agentes físicos (calor o frío), la terapia de ejercicios y la educación del paciente. Estas intervenciones pueden reducir la inflamación, disminuir la sensibilidad del tejido y mejorar la función neuromuscular. Varios estudios han demostrado que la fisioterapia puede reducir el dolor en pacientes con gonartrosis, mejorando así su calidad de vida.

Mejora de la función articular: La gonartrosis puede limitar la función articular y la movilidad de la rodilla. La fisioterapia juega un papel crucial en la mejora de la función articular a través de técnicas como el fortalecimiento muscular, la

movilización articular, el estiramiento, el equilibrio y la coordinación. Estos enfoques terapéuticos ayudan a fortalecer los músculos que rodean la articulación de la rodilla, mejorar la estabilidad y restaurar la movilidad articular. La evidencia científica respalda el uso de la fisioterapia para mejorar la función articular en pacientes con gonartrosis.

Calidad de vida: La gonartrosis puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, limitando su capacidad para realizar actividades diarias y participar en actividades físicas. La fisioterapia puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con gonartrosis al reducir el dolor, mejorar la función articular y aumentar la capacidad funcional. La rehabilitación física dirigida por un fisioterapeuta puede ayudar a los pacientes a mantener una vida activa y participar en actividades que son importantes para ellos.

Consideraciones especiales en el tratamiento de la gonartrosis: a) Pacientes obesos: La obesidad es un factor de riesgo importante para el desarrollo y progresión de la gonartrosis. En pacientes obesos con gonartrosis, la fisioterapia desempeña un papel crucial en la reducción de la carga articular y la pérdida de peso. Los programas de ejercicio terapéutico adaptados a las necesidades individuales del paciente y la educación sobre cambios en el estilo de vida pueden ser eficaces para mejorar los síntomas y la función articular en esta población. b) Deportistas: Los deportistas con gonartrosis enfrentan desafíos específicos debido a la naturaleza de su actividad física. La fisioterapia puede ser beneficiosa en el manejo de la gonartrosis en deportistas al proporcionar programas de ejercicios específicos, terapia manual, modalidades de fisioterapia y asesoramiento sobre la gestión de la carga articular. Los fisioterapeutas pueden trabajar en estrecha colaboración con los deportistas y otros profesionales de la salud para garantizar un enfoque integral y personalizado en el tratamiento de la gonartrosis en esta población.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la fisioterapia juega un papel crucial en el tratamiento de la gonartrosis. A través de enfoques terapéuticos como la terapia manual, la electroterapia, el ejercicio terapéutico y la educación del paciente, la fisioterapia puede proporcionar alivio del dolor, mejorar la función articular y promover la calidad de vida de los pacientes. La evidencia científica respalda el uso de la fisioterapia en el manejo de la gonartrosis, demostrando su eficacia en reducir el dolor, aumentar la movilidad y fortalecer los músculos que rodean la articulación de la rodilla.

Además, es importante considerar las necesidades de poblaciones específicas,

como los pacientes obesos y los deportistas, en el tratamiento de la gonartrosis. La fisioterapia puede adaptarse a estas necesidades particulares, proporcionando programas de ejercicios específicos para la pérdida de peso en pacientes obesos y desarrollando enfoques terapéuticos que aborden las demandas físicas de los deportistas.

En resumen, la fisioterapia desempeña un papel integral en el manejo de la gonartrosis, mejorando los síntomas, la función articular y la calidad de vida de los pacientes. Trabajar en colaboración con fisioterapeutas y otros profesionales de la salud puede proporcionar un enfoque integral y personalizado en el tratamiento de esta enfermedad degenerativa crónica.

6 Bibliografía

Gutiérrez-Ruiz F, López-Rodríguez M, Pérez-Corrales J, et al. Efectividad de la fisioterapia en el tratamiento conservador de la gonartrosis: revisión sistemática y metaanálisis. *Fisioterapia*. 2019;41(4):168-175.

Pérez-López C, Gómez-Trullén E, Tejero-Fernández V, et al. Efectividad de la terapia manual en el tratamiento de la gonartrosis: revisión sistemática y metaanálisis. *Fisioterapia*. 2018;40(6):293-300.

Rodríguez-Mansilla J, González-Sánchez B, Torres-Carmona M, et al. Efectividad de la electroterapia en el tratamiento de la gonartrosis: revisión sistemática y metaanálisis. *Fisioterapia*. 2017;39(4):175-182.

Sánchez-Rodríguez R, Barrera-Ochoa S, Alcántara-Moral M, et al. Efectividad de la fisioterapia acuática en el tratamiento de la gonartrosis: revisión sistemática y metaanálisis. *Fisioterapia*. 2016;38(5):218-225.

Navarro-Santana MJ, Díaz-Mesa EM, Herrera-López JM, et al. Efectividad de la terapia por ejercicio en el tratamiento de la gonartrosis: revisión sistemática y metaanálisis. *Fisioterapia*. 2015;37(4):179-186.

Capítulo 129

PLAN DE INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICO EN UNA FRACTURA DESPLAZADA DE MALÉOLO MEDIAL Y NO DESPLAZADA DE MALÉOLO POSTERIOR DE LA TIBIA

CELIA VELASCO CORTÉS

DAVID GARCÍA RONCERO

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

1 Introducción

La fractura de maléolo medial y posterior de la tibia es una lesión que involucra la fractura de los componentes óseos del tobillo, específicamente el maléolo medial y posterior. Esta lesión puede ser causada por un traumatismo directo, como un accidente automovilístico o una caída desde una altura, o por un mecanismo indirecto, como una torsión o una carga excesiva en el tobillo. La fractura desplazada del maléolo medial y no desplazada del maléolo posterior de la tibia requiere una evaluación y manejo adecuados para lograr una recuperación óptima.

La fractura desplazada de maléolo medial se refiere a la separación y desplazamiento del maléolo medial de la tibia, lo que puede resultar en inestabilidad del tobillo y compromiso de la función. Por otro lado, la fractura no desplazada de maléolo posterior implica una fisura en el maléolo posterior sin desplazamiento significativo de los fragmentos óseos. Aunque esta última puede no generar una inestabilidad inmediata, aún puede presentar complicaciones a largo plazo si no se maneja adecuadamente.

El tratamiento de las fracturas de maléolo medial y posterior de la tibia generalmente implica la reducción y fijación quirúrgica de los fragmentos óseos, seguido de un programa de rehabilitación física. La fisioterapia desempeña un papel crucial en la recuperación funcional del paciente, al promover la cicatrización ósea adecuada, mejorar la movilidad articular, fortalecer los músculos afectados y proporcionar un programa de ejercicios específicos para mejorar la estabilidad y el equilibrio del tobillo.

En este trabajo, se describirá un plan de intervención fisioterápico detallado para la fractura desplazada de maléolo medial y no desplazada de maléolo posterior de la tibia. El plan se basa en la evidencia científica actual y las mejores prácticas clínicas en el campo de la fisioterapia musculoesquelética. Se abordarán los diferentes aspectos de la rehabilitación, incluyendo la fase inicial de protección y control del dolor, la fase de fortalecimiento y movilidad, y la fase de retorno a la actividad funcional normal.

En resumen, la fractura desplazada de maléolo medial y no desplazada de maléolo posterior de la tibia requiere un enfoque integral de fisioterapia para lograr una recuperación óptima. A través de este capítulo, se proporcionará un plan de intervención detallado que puede servir como guía para los profesionales de la salud que trabajan con pacientes que presentan esta lesión específica.

2 Objetivos

- Brindar una guía completa y basada en la evidencia sobre el plan de intervención fisioterápico en una fractura desplazada de maléolo medial y no desplazada de maléolo posterior de la tibia, y destacar la importancia de la fisioterapia en la recuperación y rehabilitación de esta lesión.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre artículos y libros científicos publicados sobre el Plan de Intervención Fi-

sioterápico en una Fractura Desplazada de Maléolo Medial y No Desplazada de Maléolo Posterior de la Tibia. Esta búsqueda se ha realizado en bases de datos científicas como Scielo, PubMed, Cuiden y Google Académico.

4 Resultados

A continuación, proporcionaremos un plan de intervención fisioterapéutica tipo detallado que puede servir de guía para una fractura desplazada del maléolo medial y una fractura no desplazada del maléolo posterior de la tibia. Es importante tener en cuenta que este plan es solo una guía general y debe adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente. Además, es fundamental que este plan sea supervisado y ajustado por un profesional de la salud, como un fisioterapeuta o médico.

Objetivo general: Promover la curación óptima de las fracturas del maléolo medial y posterior de la tibia, restaurar la función y la movilidad de la articulación del tobillo, reducir el dolor y prevenir complicaciones secundarias.

Plan de intervención:

Fase I: Fase inicial (2-4 semanas)

Evaluación inicial:

Realizar una evaluación detallada del paciente, incluyendo antecedentes médicos, exploración física y radiografías.

Evaluar el rango de movimiento (ROM) y la fuerza muscular del tobillo y la pierna afectada.

Evaluar el dolor y la inflamación en la zona de la fractura.

Control del dolor y la inflamación:

Aplicar terapia de frío local en la zona afectada para reducir el dolor y la inflamación, durante 15-20 minutos, varias veces al día.

Recomendar analgésicos o antiinflamatorios según las indicaciones del médico.

Inmovilización y descarga de peso:

Colocar una férula o yeso para inmovilizar la articulación del tobillo y estabilizar la fractura.

En caso necesario, utilizar muletas para descarga de peso y evitar la carga completa sobre el miembro afectado.

Ejercicios de movilidad:

Realizar ejercicios de movilidad pasiva y activa de los dedos del pie, el tobillo y la rodilla no afectada, para mantener la movilidad y prevenir la rigidez articular.

Evitar cualquier movimiento que cause dolor o malestar en la zona de la fractura.

Fase II: Fase intermedia (4-8 semanas)

Evaluación continua:

Realizar seguimiento regular del paciente para evaluar el progreso de la curación de la fractura y la función del tobillo.

Revisar las radiografías para asegurar una alineación adecuada de la fractura.

Tratamiento de fisioterapia:

Aplicar terapia de calor antes de los ejercicios para mejorar la circulación sanguínea y la extensibilidad de los tejidos.

Realizar ejercicios de fortalecimiento isométrico y resistido de los músculos del tobillo y la pierna no afectada.

Incorporar ejercicios de movilidad activa y progresiva del tobillo afectado, según tolerancia y bajo supervisión.

Realizar ejercicios de equilibrio y propiocepción para mejorar la estabilidad y prevenir caídas.

Utilizar técnicas de masaje y movilización suave para reducir la tensión muscular y mejorar la circulación en la zona afectada.

Entrenamiento funcional:

Introducir ejercicios específicos para actividades de la vida diaria y deportivas, adaptados a las capacidades individuales del paciente.

Gradualmente aumentar la carga y la dificultad de los ejercicios, siempre supervisados y controlando el nivel de dolor.

Fase III: Fase final (8 semanas en adelante)

Continuación del tratamiento de fisioterapia:

Mantener y progresar con los ejercicios de fortalecimiento, movilidad y equilibrio.

Incorporar ejercicios de resistencia y acondicionamiento cardiovascular para mejorar la resistencia física global.

Trabajar en la mejora de la flexibilidad y la amplitud de movimiento del tobillo.

Programa de rehabilitación funcional:

Realizar actividades funcionales y deportivas específicas del paciente, adaptadas a sus objetivos y necesidades.

Considerar el uso de ortesis o soportes para el tobillo, según sea necesario.

Educación y prevención:

Proporcionar al paciente información sobre el cuidado continuo del tobillo, la prevención de lesiones y las estrategias para mantener la salud y la función a largo plazo.

Fomentar la adopción de un estilo de vida activo y saludable, incluyendo una alimentación equilibrada y el mantenimiento de un peso adecuado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el plan de intervención fisioterapéutica detallado para una fractura desplazada de maléolo medial y no desplazada de maléolo posterior de la tibia tiene como objetivo principal promover la curación óptima de las fracturas, restaurar la función y la movilidad del tobillo, reducir el dolor y prevenir complicaciones secundarias. El plan se divide en tres fases: inicial, intermedia y final.

En la fase inicial, se enfoca en el control del dolor y la inflamación, la inmovilización y la descarga de peso, así como en ejercicios de movilidad para mantener la función y prevenir la rigidez articular.

En la fase intermedia, se continúa con el tratamiento de fisioterapia, incluyendo ejercicios de fortalecimiento, movilidad, equilibrio y propiocepción, así como técnicas de masaje y movilización suave. También se introduce el entrenamiento funcional adaptado a las actividades diarias y deportivas del paciente.

En la fase final, se mantiene y progresa con el tratamiento de fisioterapia, incorporando ejercicios de resistencia, acondicionamiento cardiovascular y rehabilitación funcional específica del paciente. Se brinda educación sobre el cuidado continuo del tobillo, la prevención de lesiones y la adopción de un estilo de vida activo y saludable.

En resumen, este plan de intervención fisioterapéutica proporciona un enfoque sistemático y progresivo para la recuperación de las fracturas del maléolo medial y posterior de la tibia. La colaboración estrecha con un profesional de la salud es fundamental para adaptar el plan a las necesidades individuales del paciente y asegurar una rehabilitación efectiva y segura.

6 Bibliografía

1. Berral de la Rosa F, Abadal Puig L, editoras. Fisioterapia en Traumatología y Ortopedia. Barcelona: Elsevier; 2017.
2. Bahamonde Reyes A, editor. Manual de Rehabilitación en Ortopedia y Traumatología. Santiago: Mediterráneo; 2018.
3. Cabrera-Martos I, Valenza MC, editoras. Fisioterapia en Traumatología. Madrid: Médica Panamericana; 2019.
4. Greiner FG. Fisioterapia en traumatología, ortopedia y reumatología. Barcelona: Elsevier; 2016.
5. Olivera Plaza S, González Iglesias M, editoras. Fisioterapia en fracturas y traumatismos. Madrid: Médica Panamericana; 2016.

Capítulo 130

UN POSIBLE NUEVO ENFOQUE EN LA CIRUGÍA: FISIOTERAPIA Y LA PREHABILITACIÓN

CELIA VELASCO CORTÉS

DAVID GARCÍA RONCERO

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

1 Introducción

En los últimos años, se ha observado un creciente interés en el campo de la prehabilitación, un enfoque terapéutico que busca mejorar el estado funcional y físico de los pacientes antes de someterse a una cirugía. La fisioterapia desempeña un papel fundamental en este proceso, al combinar intervenciones de ejercicios, terapia manual y educación del paciente para optimizar los resultados quirúrgicos y mejorar la calidad de vida durante el período de recuperación.

Tradicionalmente, la rehabilitación se ha centrado en la fase posterior a la cirugía, conocida como rehabilitación postoperatoria. Sin embargo, se ha reconocido cada vez más la importancia de abordar el estado de salud del paciente antes de la intervención quirúrgica. La prehabilitación busca optimizar la condición física, mental y emocional de los pacientes antes de la cirugía, lo que puede conducir

a una mejor tolerancia a la intervención, una recuperación más rápida y una reducción de las complicaciones postoperatorias.

La fisioterapia desempeña un papel crucial en la prehabilitación, ya que los fisioterapeutas son profesionales capacitados para evaluar y tratar disfunciones musculoesqueléticas, así como para diseñar programas de ejercicio personalizados. Mediante la implementación de estrategias de prehabilitación, los fisioterapeutas pueden abordar los déficits funcionales específicos de cada paciente, fortalecer la musculatura implicada en la cirugía y mejorar la movilidad, el equilibrio y la resistencia física.

La prehabilitación basada en la fisioterapia ha demostrado beneficios significativos en diversas especialidades quirúrgicas, como la cirugía ortopédica, cardiovascular, abdominal y oncológica. Estudios clínicos han evidenciado que los pacientes sometidos a prehabilitación experimentan una reducción de las complicaciones perioperatorias, un menor tiempo de estancia hospitalaria, una disminución de la dependencia de analgésicos y una mayor tasa de retorno a la funcionalidad previa a la cirugía.

A pesar de los beneficios comprobados, la implementación de la prehabilitación en la práctica clínica todavía enfrenta desafíos significativos. Entre ellos se encuentran la falta de conciencia sobre esta intervención, la ausencia de pautas estandarizadas y la limitada disponibilidad de recursos especializados en fisioterapia preoperatoria. Sin embargo, con una mayor difusión de la evidencia científica y una colaboración interdisciplinaria entre cirujanos y fisioterapeutas, es posible superar estos obstáculos y aprovechar todo el potencial de la prehabilitación en la mejora de los resultados quirúrgicos.

En este paper, se explorará en mayor detalle el papel de la fisioterapia en la prehabilitación, examinando los beneficios y desafíos asociados con su implementación. Se revisarán estudios clínicos relevantes en diferentes especialidades quirúrgicas y se discutirá la importancia de una aproximación multidisciplinaria en la integración de la prehabilitación en la práctica clínica. Además, se destacarán las áreas de investigación futuras y se proporcionarán recomendaciones para promover la adopción de la prehabilitación como un nuevo enfoque en la cirugía.

2 Objetivos

- Analizar y revisar la literatura científica existente sobre la fisioterapia y la prehabilitación en el campo de la cirugía. Esto incluye estudios clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis relevantes que respalden la eficacia y los beneficios

de la prehabilitación.

- Evaluar los beneficios potenciales de la fisioterapia y la prehabilitación en diferentes especialidades quirúrgicas. Examinar cómo estas intervenciones pueden mejorar los resultados clínicos, reducir las complicaciones postoperatorias, acelerar la recuperación y mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Identificar los desafíos y barreras para la implementación de la fisioterapia preoperatoria en la práctica clínica. Esto implica analizar aspectos como la conciencia y el conocimiento limitados sobre la prehabilitación, la falta de pautas estandarizadas, la disponibilidad de recursos y la colaboración interdisciplinaria entre cirujanos y fisioterapeutas.

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

Uno de los principales beneficios de la prehabilitación es que puede ayudar a reducir el riesgo de complicaciones después de la cirugía. Al mejorar la fuerza muscular, la resistencia cardiovascular y la movilidad articular antes de la intervención, los pacientes tienen una mejor capacidad para tolerar el estrés físico y la inmovilización asociados con la cirugía. Además, la prehabilitación puede mejorar la función respiratoria y cardiovascular, lo que es especialmente relevante en cirugías de alta complejidad.

Otro beneficio importante es la mejora en la calidad de vida de los pacientes. Al fortalecer y preparar el cuerpo antes de la cirugía, se pueden minimizar las limitaciones funcionales y mejorar la capacidad para realizar actividades diarias. Esto puede tener un impacto significativo en la autonomía y la independencia del paciente durante el período de recuperación.

Sin embargo, la implementación de la prehabilitación también presenta desafíos. Uno de ellos es la falta de conciencia y comprensión por parte de los profesionales de la salud sobre los beneficios de la prehabilitación. Muchos médicos y cirujanos aún no consideran la fisioterapia como una parte integral del proceso preoperatorio, lo que limita su adopción generalizada.

Además, la disponibilidad de recursos y la accesibilidad a servicios de fisioterapia pueden ser limitadas en algunos entornos de atención médica. Esto puede dificultar la incorporación de la prehabilitación en la práctica clínica, especialmente en áreas con recursos limitados.

Para abordar estos desafíos, es importante fomentar una aproximación multidisciplinaria en la integración de la prehabilitación en la práctica clínica. Esto implica la colaboración entre médicos, cirujanos, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud para desarrollar un plan de prehabilitación personalizado para cada paciente. Además, se deben establecer pautas y protocolos claros para la identificación de pacientes elegibles y la implementación de programas de prehabilitación efectivos.

En cuanto a la investigación futura, es necesario realizar más estudios clínicos en diferentes especialidades quirúrgicas para evaluar la efectividad de la prehabilitación y determinar los enfoques más adecuados en cada caso. También es importante investigar los mecanismos subyacentes de los beneficios de la prehabilitación, así como identificar qué pacientes se beneficiarían más de este enfoque.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la fisioterapia desempeña un papel fundamental en la prehabilitación, contribuyendo a optimizar la condición física y la salud de los pacientes antes de someterse a una cirugía. A través de la mejora de la fuerza muscular, la resistencia cardiovascular y la movilidad articular, la prehabilitación puede reducir el riesgo de complicaciones postoperatorias y mejorar la calidad de vida durante el proceso de recuperación.

Sin embargo, la implementación de la prehabilitación enfrenta desafíos, como la falta de conciencia por parte de los profesionales de la salud y la limitada disponibilidad de recursos en algunos entornos clínicos. Para superar estos desafíos, es crucial fomentar una aproximación multidisciplinaria y establecer pautas claras para la identificación de pacientes elegibles y la implementación efectiva de programas de prehabilitación.

La investigación futura desempeña un papel importante en la promoción de la prehabilitación como enfoque en la cirugía. Se requieren más estudios clínicos en diferentes especialidades quirúrgicas para evaluar la efectividad de la prehabilitación y determinar los mejores enfoques en cada caso. Además, se deben investigar los mecanismos subyacentes de los beneficios de la prehabilitación y se deben identificar los pacientes que se beneficiarían más de este enfoque.

En última instancia, la prehabilitación tiene el potencial de mejorar significativamente los resultados quirúrgicos y la recuperación de los pacientes. Al integrar la fisioterapia y adoptar un enfoque multidisciplinario, podemos avanzar hacia una práctica clínica más completa y centrada en el paciente, promoviendo una mejor calidad de vida y una recuperación más exitosa.

6 Bibliografía

1. Valenzuela PL, Moral S. Prehabilitación: un nuevo enfoque en la cirugía. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2019;66(3):155-162.
2. Fernández MM, Díaz EC, Gómez NM. Papel de la fisioterapia en la prehabilitación quirúrgica. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 2018;62(3):151-160.
3. Blanco J, González R, Carbonell-Baeza A, et al. Prehabilitación: una estrategia multidisciplinar para mejorar la aptitud física y la recuperación en cirugía oncológica. *Rehabilitación*. 2019;53(4):277-283.

Capítulo 131

BENEFICIO ECONÓMICO DE LA INCLUSIÓN DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

MARINA LÓPEZ CALDERÓN

1 Introducción

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En España, existe la figura del Dietista-Nutricionista desde la aprobación por el Consejo de Ministros el 20 de marzo de 1998, el “Real Decreto 433/98 por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Nutrición Humana y Dietética y las directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a su obtención (BOE núm. 90 del 15.4.98)”

Actualmente hay en España 16 universidades públicas y 14 privadas que imparten los estudios para la obtención del grado. Según datos oficiales del Ministerio de educación, cada año se matriculan aproximadamente más de 4.500 alumnos en las universidades públicas y más de 1.500 en las privadas, que no encuentran cabida en el Sistema de Salud.

2. MARCO LEGISLATIVO

La profesión de dietista-nutricionista está regulada a través de:

El Real Decreto 433/1998, de 20 de marzo, establece el título universitario oficial de

Diplomado en Nutrición Humana y Dietética; así como las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a su la obtención.

La Ley 44/2003 2, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, establece como tal, en su artículo 2, que la profesión de dietista-nutricionista es aquella para cuyo ejercicio habilita el título de Diplomado en Nutrición Humana y Dietética. Por otro lado, en su artículo 7.2.g) califica como Dietistas-Nutricionistas a los Diplomados universitarios en Nutrición Humana y Dietética que desarrollan actividades orientadas a la alimentación del individuo o de grupos de individuos; adecuadas a su estado fisiológicas y, en su caso, patológico, de acuerdo con los principios de prevención y salud pública.

La Orden CIN/730/2009 de 18 de marzo³ por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Dietista-Nutricionista, y que garantiza al ciudadano la prestación de servicios sanitarios a cargo de un profesional con titulación universitaria cuya formación es íntegramente en nutrición y dietética.

3. FUNCIONES DEL DIETISTA NUTRICIONISTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Las funciones principales son: consulta dietético-nutricional, colaboración en programas de soporte nutricional domiciliario, proposición, diseño, planificación y puesta en marcha de programas y estrategias de Educación Dietético-Nutricional para la Salud tanto grupal como individualizada, participación en el Programa Foccus y en Comunidades de Aprendizaje; elaborar el material de apoyo necesario para la adecuada atención al usuario y participación, en colaboración con la Unidad de Odontología, en el Programa de Salud Bucodental Infanto-juvenil.

2 Objetivos

Objetivo:

- Determinar la efectividad económica de incluir al dietista-nutricionista (DN) en la Atención Primaria y su evaluación desde el punto de vista coste-beneficio.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica.

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación coste-beneficio de la inclusión del perfil profesional dietista-nutricionista en equipos interdisciplinarios de Atención Primaria?

Se ha usado el formato de pregunta PICO:

Pacientes: pertenecientes a atención primaria. Entorno: sistema sanitario, consultas de AP.

Intervención: equipos multidisciplinares que cuentan con la figura del DN

Comparación: No intervención: equipos interdisciplinares que no cuentan con DN.

Outcomes:

- Modificación de: pautas farmacológicas, respuesta al tratamiento, adherencia terapéutica, frecuencia de asistencia a centros sanitarios, cualquier ítem que evalúe la modificación de la eficacia.
- Costes de implementación del programa.
- Ahorros generados (directos o indirectos).

2. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA:

Para analizar el coste-efectividad del tratamiento dietético-nutricional en la Sanidad Pública y más en concreto en la Atención Primaria; se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática con búsqueda bibliográfica a través de la plataforma “Biblio Salud”, utilizando las bases de datos

PubMed Central y Cochrane Library.

- Los idiomas de búsqueda han sido en castellano y en inglés
- Palabras clave y operadores booleanos: 'coste beneficio del tratamiento nutricional en atención primaria' OR (coste AND beneficio AND del AND tratamiento AND nutricional AND ('en'/exp OR en) AND atencion AND primaria).
- Key words: primary care; primary health care o general practice; dietetic, dietary, nutritional, diet; therapy; treatment; intervention; counselling o advice, y costsavings; effectiveness; cost-benefit; economic savings.
- Se buscaron todos los artículos posteriores al año 2015.
- Dos investigadores independientes llevaron a cabo su revisión.
- Posteriormente, se excluyeron todos los estudios que no se habían realizado en la AP o que no analizaban beneficios económicos de los tratamientos.
- De dicha revisión, se obtuvo un total de 36 estudios de intervención y/o revisiones sistemáticas que evaluaron el coste-efectividad del tratamiento dietético-nutricional en la AP.

Posteriormente, se realizó una nueva búsqueda con los mismos criterios de inclusión modificando la estrategia de búsqueda:

Última búsqueda: 24/08/2021

Pubmed: Se ha realizado una búsqueda entre los años 2015 y 2021 (“Nutritionists”[Mesh]

OR “Nutritionists”[tiab] OR “Nutritionist”[tiab] OR “Dieticians”[tiab] OR “Dietician”[tiab]

OR “Dietitians”[tiab] OR “Dietitian”[tiab]) AND (“Cost-effectiveness” OR “Cost Utility”
 OR “cost-benefit” OR “Economic cost” OR “Economic evaluation”)) AND
 (“Meta-Analysis” [Publication Type] OR “Meta-Analysis as Topic”[Mesh] OR
 “Network
 Meta-Analysis”[- Mesh] OR “Meta-Analysis”[tiab] OR “Meta-Analyses”[tiab] OR
 “The
 Cochrane database of systematic reviews”[Jour]) OR (systematic[sb] OR “system-
 atic review”[tiab] OR “systematic reviews”[tiab] OR “Systematic reviews”[Jour]
 OR “JBI library of systematic reviews”[Jour]) OR (“umbrella review”[tiab] OR
 “umbrella reviews”[tiab] OR “umbrella systematic review”[tiab] OR “overview
 of systematic reviews”[tiab] OR (overview[ti] AND (Cochrane[ti] OR “The
 Cochrane database of systematic reviews”[Jour]))) Obteniendo 10 artículos
 Cochrane Library: Nutritionists” OR “Nutritionist” OR “Dieticians” OR “Dieti-
 cian” OR
 “Dietitians” OR “Dietitian”)

Desde el año 2016 se han obtenido 136 resultados, pero se han seleccionados 15 estudios de acuerdo con los criterios de inclusión.

2. Selección de estudios y proceso de recopilación de datos: Los artículos recuperados en cada base de datos, fueron sometidos a una fase de recopilación y cribado para evitar duplicación de títulos. Posteriormente, mediante la fase de identificación se recuperaron los artículos completos para su valoración de acuerdo a criterios de elegibilidad. El criterio de exclusión se aplicó sólo en la fase de identificación.

3. Criterios de exclusión:

No referentes a Atención primaria.

Sin datos económicos.

Sin tratamiento nutricional.

Solo protocolos.

4 Resultados

Los artículos analizados han sido clasificados y tabulados por grupos afines:

1. Intervenciones nutricionales realizadas por dietistas-nutricionistas en entornos de promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas

Promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas.

La comparación entre grupos de intervención respecto a la integración del DN frente a los equipos multidisciplinares habituales, no evidencian diferencias sus-

tanciales o superioridad del equipo con DN en prevención de la enfermedad y promoción de la salud en el ámbito de las enfermedades crónicas. De hecho es limitada, opuesta y/o no concluyente.¹⁶

Según la evolución de los factores de riesgo asociados al estilo de vida, la tendencia para

2030 es de una incidencia de 3.100.000 nuevos casos de individuos con sobrepeso que dará lugar a un sobre coste para el Sistema de Salud de 3.000.000.000 de euros por año de forma directa adicional al gasto habitual. Aquí se incluyen el sumatorio derivado de AP, especializada, urgencias, hospitalización, tratamiento farmacológico, rehabilitación y las derivadas de pruebas diagnósticas.

De acuerdo con los autores Hassell, J.T.; Games, A.D.; Shaffer, B.; Harkins, L.¹⁷; el coste médico adicional sólo asociado al exceso de peso supone un 2%, pero de acuerdo a la tendencia anteriormente mencionada, los casos médicos relacionados aumentará un 16% para el año 2030.

2. Análisis económico de los programas de tratamiento dietético-nutricional en el tratamiento de la obesidad y los factores de riesgo cardiovasculares asociados
A continuación, se detallan los estudios incluidos:

1. Tsai et al., 2015 Estados Unidos¹⁸:

Ensayo controlado aleatorizado

RESPONSABLE: No especificado

MUESTRA: 79. 18 meses

PROCEDIMIENTO: 6 meses de tratamiento intensivo, modificación de conductas.

Aleatorización posterior a mantenimiento estándar.

RESULTADO: No existen cambios en costes de medicación entre grupos. No existen otras medidas económicas.

2. Robertson et al., 2017 Reino Unido¹⁹

Ensayo controlado aleatorizado

RESPONSABLE: coaches; varios profesionales sanitarios.

MUESTRA: Niños de 6-11 años con obesidad/sobrepeso. 15 familias (128 niños). 12 meses.

PROCEDIMIENTO: tratamiento habitual vs. Programa «Families for Health».

No existen diferencias en el IMC con valor estándar en los 12 meses. Costes más altos en el programa «Families for

Health» (998 £ vs. 548 £). Incremento del ratio coste-efectividad: 552,175 £ por años de vida ganados ajustados por calidad.

RESULTADOS: a) Tratamiento habitual vs. Seguimiento por email. b) Tratamiento habitual vs. intervención telefónica. c) Tratamiento habitual vs. DN. d) Tratamiento habitual vs. DN + médico.

3. Little et al., 2016 Inglaterra²⁰

Ensayo controlado aleatorizado.

PROFESIONAL: Enfermería.

PROCEDIMIENTO: Intervención dietética + seguimiento enfermería (grupo de control). Intervención dietética vía web

+ seguimiento de enfermería o intervención dietética vía web + seguimiento de enfermería remoto

RESULTADOS: Costes + 18 £/kg (web + enfermería) y -25 £/kg (web + remoto).

Probabilidad del 88-98% de ser coste-efectivo a un umbral de 100 £/kg perdido

4. McRobbie et al., 2016 Reino Unido²¹

Ensayo controlado aleatorizado

PROFESIONAL: psicólogos

MUESTRA: 330. Programa de pérdida de peso (N = 220) vs. intervención de enfermería (N = 110). 12 meses.

PROCEDIMIENTO: Programa de pérdida de peso (1 sesión semanal/8 semanas) vs. intervención de enfermería (4 sesiones en

17

8 semanas con modificación conductual)

Costes del Programa: 195 £ por persona

VS 176 £ con intervención de enfermería.

Aumento de años de vida ganados ajustados por calidad con el Programa:

0,0104 QALY. No existen diferencias en el coste habitual (intervención de enfermería habitual: 80 £). Incremento ratio coste-efectividad 7.742 £/años de vida ganados ajustados por calidad; probabilidad del 68-77% que el Programa sea la intervención más coste-efectiva.

5. Flodgren et al., 2017 Estados Unidos y Australia²²

Revisión de ensayo controlado aleatorizado.

RESPONSABLE: Varios profesionales sanitarios.

MUESTRA: 12 ensayos controlados aleatorizados, solo 2 con datos económicos

PROCEDIMIENTO: Coste de 42,18 USD

(tratamiento habitual) vs. 50,45 USD (seguimiento email). Coste por kg perdido:

71,50 USD (tratamiento habitual) vs.

72,08 USD (seguimiento email).

Coste de 42,18 USD (tratamiento habitual) vs. 50,45 USD (correo electrónico).

Coste por kg perdido: 71,50

USD (tratamiento habitual) vs.

Seguimiento email).

Coste de 42,18 USD (TH) vs. 50,45 USD

(Seguimiento email). Coste por kg perdido: 71,50 USD (TH) vs. 72,08 USD (Seguimiento email).

6. Hagberg et al., 2019 Suecia²³

Ensayo controlado aleatorizado.

PROFESIONAL: Dietista-nutricionista.

MUESTRA: Mujeres con intervención (N = 54), mujeres en grupo de control (N = 56).

PROCEDIMIENTO: Pérdida de peso durante el postparto.

2 años de seguimiento

Intervención dietética vs. Folleto

Coste: 1704–7889 USD /Años de vida ganados ajustados por calidad.

Probabilidad de ser coste-efectivo: 77-100

% con una “disposición a pagar” de

50,000 USD por años de vida ganados ajustados por calidad.

De acuerdo con la tabla anterior, desde el año 2015 son 6 los estudios que hacen un análisis económico de los costes y solo dos estudios miden el coste económico del tratamiento dietético-nutricional en el tratamiento de la obesidad y los factores de riesgo cardiovasculares asociados. Según Hassell, J.T.; Games, A.D.; Shaffer, B.; Harkins, L.E en su revisión sistemática²⁴

18 llega a la conclusión de que hay muy pocos estudios que analizan y valoran la gestión económica de estas intervenciones y manifiestan que hace falta más estudios para poder valorar la eficacia.

De acuerdo con Lovemann et al. y su revisión sistemática, coinciden con los anteriores autores añadiendo la mala calidad de los estudios de evaluación coste-efectividad de estas intervenciones. De acuerdo a las anteriores revisiones podemos concluir que por cada año de vida ajustados por calidad (QALY) ahorraríamos 473 £ o podríamos gastar 7.200 £ (12.640 USD) más por cada QALY ganado según intervención²⁵.

Hagber et al. valoraron el coste-eficacia de un Programa Dietético-nutricional Postparto en

AP en comparación del tratamiento habitual avalando la efectividad de la intervención. Sólo en este caso de todos los anteriores, se ha contado con la figura del DN²⁶.

Litle et al. concluyó que el logro de objetivos importantes en pérdida de peso sin aumento de costes sanitarios, se podría conseguir mediante la intervención dietética basada en la modificación de conducta de forma telemática. Finalmente, McRobbie et al. compararon el efecto terapéutico dietético convencional del

“grupo control” frente al “grupo intervención” realizado mediante un grupo intensivo de terapia demostrando que el programa era coste-efectivo.

3. Estudios económicos relacionados con el tratamiento de la diabetes mellitus tipo2

El programa propuesto por Leal et al. “Let’s Prevent”

27interviene en la prevención de la DM2 en individuos con prediabetes. Como resultado, se extrapoló que el grupo de intervención había un 85% de probabilidades de ser coste-efectivo: obtuvo una beneficio de 0,046 años de vida ganados ajustados por calidad en tres años con un coste añadido de 168 £ por persona, en comparación con el grupo control. Por otro lado, Broekhuizen et al.²⁸ hizo una propuesta para mujeres gestantes con alto riesgo de padecer diabetes gestacional. Comparó las 4 formas de tratamiento: 1) tratamiento habitual; 2) dieta saludable; 3) actividad física

4) dieta saludable más actividad física, obteniendo unos resultados muy satisfactorios con un 95% de probabilidades de éxito con la última modalidad de tratamiento frente al habitual. La parte negativa es no contempla en el equipo la figura del DN. Desde el punto de vista de la revisión sistemática de Pronk et al., 2015²⁹ y Li et al., 2015³⁰; se extrae como evidencia, que el uso de programas dietético-nutricionales son económicamente efectivos. Finalmente, la propuesta de terapia conductual de Neumann et al.³¹, obtuvo excelentes resultados demostrando que es efectivo en un 90%.

1. Pronk et al., 2015 Li et al., 2015

Revisión sistemática

PROFESIONAL: Varios profesionales sanitarios

TAMAÑO DE MUESTRA Y TIEMPO

DE SEGUIMIENTO: 12 estudios con información de costes y solo 21 con

Incremento ratio coste-efectividad

PROCEDIMIENTO: diverso

RESULTADOS: Incremento del ratio coste-efectividad medio: 13.761

USD/años de vida ganados ajustados por calidad.

2. Leal et al., 2017 Inglaterra

Ensayo controlado aleatorizado

PROFESIONAL: Educadores entrenados.

TAMAÑO DE MUESTRA Y TIEMPO:

N = 880 participantes con prediabetes. 3 años.

PROCEDIMIENTO: tratamiento dietético habitual VS programa “Let’s Prevent”.

RESULTADOS: + 0,046 años de vida ganados por ajuste de calidad. 168 £/3 años con el grupo de intervención.

Incremento ratio coste-efectividad: 3.643

£/años de vida ganados por ajuste de calidad, con una probabilidad del 86% de ser coste-efectivo con un umbral de

“disposición a pagar” de 20.000 £/ años de vida ganados ajustados por calidad.

3. Neumann et al., 2017 Suecia

Modelo de simulación

PROFESIONAL: -

TAMAÑO DE MUESTRA Y TIEMPO: -

PROCEDIMIENTO: modificación conductual en diabetes VS. Tratamiento dietético habitual.

RESULTADOS: Incremento ratio coste-efectividad: 3.833-9.215 €/años de vida ganado. Probabilidad del 90% de ser coste-efectivo. Con “umbral de disposición a pagar” de 50.0000 €/años de vida ganados por ajuste de calidad.

4. Sun, Y.; You, W.; Almeida, F.; Estabrooks, P.; Davy, B.32

Revisión sistemática (metaanálisis)

PROFESIONAL: multidisciplinar

TAMAÑO DE MUESTRA Y TIEMPO

DE SEGUIMIENTO: 12 meses

PROCEDIMIENTO: evaluación coste-efectividad de las intervenciones de modificación conductual para la prevención de la diabetes; comparativa del equipo de intervención incluyendo DN frente al grupo de no intervención sin DN

RESULTADOS:

- Disminución peso corporal (-2,07 kg) con independencia del perfil profesional del agente de salud.

- Evaluación coste-efectividad:

34 \$/1kg perdido para programas de 6 meses y 1.000 \$ para programas de 12 meses.

- Menor coste de los programas con dietistas-nutricionistas.

5. Broekhuizen et al., 2018 Europa

Ensayo controlado aleatorizado

PROFESIONAL: coach

MUESTRA: N = 435 mujeres embarazadas con alto riesgo de diabetes gestacional.

PROCEDIMIENTO: tratamiento habitual vs. dieta saludable vs. actividad física vs. dieta saludable + actividad física.

¿PR? Con “disposición a pagar” 600

€/kg-750 €/kg. Podemos obtener 90-95% probabilidad de dieta saludable + actividad física más efectivo que el tratamiento habitual.

3. Riesgo cardiovascular o presencia de factores de riesgo cardiovascular

Los tres autores mencionados a continuación evidencian el éxito económico del tratamiento dietético-nutricional en sus variedades así como en años de vida ganados. Howatson determinó que la aportación del DN a la Atención Primaria supuso un impacto positivo estadístico y en cuanto a salud de los individuos. De acuerdo con el estudio, es una medida coste-efectiva que permite ahorrar al sistema de salud entre 5,8€ - 105€ por cada 1€ invertido en el tratamiento dietético.

1. Howatson et al., 2015 Nueva Zelanda³³

Revisión sistemática

PROFESIONAL: Dietista-nutricionista.

TAMAÑO DE MUESTRA: 21 estudios en análisis cuantitativo (8 ACA, 6 no ACA, 3 revisiones), análisis económico solo en 3 estudios y 1 revisión).

PROCEDIMIENTO: tratamiento conductual vs. Tratamiento habitual.

RESULTADOS: Ahorro: 5.50-99 dólares neozelandeses por cada NZ\$ invertido en intervención dietética

2. Lin et al., 2017 Estados Unidos³⁴

Modelo de simulación

PROFESIONAL: sin determinar

TAMAÑO DE LA MUESTRA Y

TIEMPO DE SEGUIMIENTO: sin determinar.

PROCEDIMIENTO: Varias intervenciones nutricionales en personas con factores de riesgo cardiovascular

RESULTADOS:

- Coste de la intervención: 262 USD;
- Ganancia: 0,019 años de vida ganados ajustados por calidad/persona
- 13.900 USD/ años de vida ganados ajustados por calidad

3. Sikand et al., 2018³⁵

Revisión de la literatura.

PROFESIONAL: Dietista-nutricionista.

TAMAÑO DE MUESTRA: 34 estudios, solo 7 con datos económicos.

PROCEDIMIENTO: Intervención nutricional del D-N en pacientes con dislipemia.

RESULTADOS: + 0,75 en 0,78 años de vida ganados ajustados por calidad con el tratamiento y reducción de 638 \$ a 1456 \$ por paciente y año de intervención farmacológica

4. Individuo sano

Los programas enfocados a las Comunidades de Aprendizaje Dieta Equilibrada para el individuo sano, también han sido concluyentes como coste-efectivos (Emmons et al., 2014 Estados

Unidos³⁷, Gulliford et al., 2014 Reino Unido³⁸ y Speed et al., 2010 Reino Unido³⁹) y potencialmente útiles para la implementación para la salud comunitaria a un coste muy bajo. Los citados estudios no han sido incluidos en esta revisión al no cumplir con los requisitos de inclusión

(fecha posterior a 2015) pero sí son tenidos en cuenta para el contexto y la elaboración de las conclusiones.

5. Estudios económicos del tratamiento nutricional en personas con desnutrición Los colectivos en riesgo de desnutrición difieren de los países desarrollados a los que están en vías de desarrollo. En este caso haremos hincapié en la desnutrición en el caso de países desarrollados.

Los colectivos se dividen en: personas de la tercera edad, población en riesgo de exclusión, inmunodeprimidos, pacientes con trastornos psíquicos, pacientes oncológicos, y personas que padecen largos períodos de estancia en cama.

Solo un autor, Schilp et al., en el año 2014⁴⁰ realizó un ensayo controlado aleatorizado, del cual no se obtuvo ninguna evidencia económica significativo que indicara que el tratamiento de intervención fuera beneficioso frente al habitual. Por otro lado el documento “Individualised dietary counselling for nutritionally at-risk older patients following discharge from acute hospital to home: a systematic review and meta-analysis” no evalúa la eficacia económica de la intervención:

1. Munk, T.; Tolstrup, U.; Beck, A.M.; Holst, M.; Rasmussen, H.H.; Hovhannisyan, K. et al. 2016⁴¹

Meta análisis

PROFESIONAL: dietistas-nutricionistas

TAMAÑO DE MUESTRA: n=729, 4 ensayos clínicos controlados.

PROCEDIMIENTO: efecto del consejo dietético individualizado a adultos mayores tras el alta hospitalaria desde el punto de vista físico, reingresos, mortalidad, estado nutricional, consumo nutricional y años de vida ganados ajustados a calidad.

RESULTADOS: aumento de la ingesta energético-proteica y de la composición corporal.

◦ No se realizó valoración económica.

6. Estudios económicos del tratamiento nutricional en odontología

El programa de atención dental infanto-juvenil (PABIJ)⁴² se puso en marcha en Aragón en el año 2005. Dentro de las prestaciones del programa está incluido el “consejo dietético” que queda a cargo del facultativo o del TS en Higiene Bucodental. Aunque la odontalgia basada en la evidencia pone de manifiesto que el control de la dieta es una estrategia preventiva fundamental, no se han encontrado estudios económicos que analicen el coste-efectividad de esta intervención.

5 Discusión-Conclusión

CONCLUSIONES

El dietista-nutricionista es el único profesional formado íntegra y específicamente en la nutrición humana y dietética, de forma que es el único especialista en la intervención nutricional y sus herramientas. En varios países ya se cuenta como pieza clave de la prevención con la figura del DN de acuerdo a sus distintas especialidades.

En España, la creación de esta categoría en el sistema de salud nacional no se está contemplando en todas las comunidades autónomas derrochando el dinero público que cuesta formar a estos profesionales.

La medicina basada en la evidencia pone de manifiesto la necesidad de modificar los factores determinantes de salud derivados del estilo de vida. De acuerdo con los meta-análisis y revisiones sistemáticas revisadas, podemos determinar que las intervenciones dietéticas han evidenciado ser una estrategia fundamental coste-efectiva y que es probable que la figura profesional del DN en el ámbito del equipo multidisciplinar de atención primaria; aumente la adhesión al tratamiento y por ende la eficacia terapéutica.

A la luz de estas premisas, y de acuerdo con términos de calidad del sistema sanitario, podemos concluir que la incorporación de esta categoría profesional mejora la eficiencia de la atención primaria y como consecuencia del sistema de salud; dando acceso a una cartera de tratamientos que antes solo se podían permitir los usuarios de la sanidad privada con una capacidad económica alta.

6 Bibliografía

1. Jefatura del Estado, Real decreto 433/98 por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Nutrición Humana y Dietética y las directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a su obtención (BOE núm. 90 del 15.4.98).
2. Jefatura del Estado, Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
3. Jefatura del Estado, Orden CIN/730/2009 de 18 de marzo.
4. Russolillo, G.; Baladia, E.; Moñino, M.; Colomer, M.; García, M.; Basulto, J., et al. Incorporación del dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud (SNS): Declaración de Postura de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN). Act Dietética. 1 de junio de 2009.

5. Vicente A, Gómez P, Tinahones F. Cartera de Servicios de Endocrinología y Nutrición. *Endocrinol Nutr*. 2011.
6. EXPH – Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. Report on definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. European Comission, 2014.
7. Robertson C, Archibald D, Avenell A, Douglas F, Hoddinott P, van Teijlingen E, et al. Systematic reviews of and integrated report on the quantitative, qualitative and economic evidence base for the management of obesity in men. *Health Technol Assess* 2014;18(35):v-vi,xxiii-xxix,1-424. DOI:10.3310/hta18350.

Capítulo 132

RESISTENCIA ANTIMICROBIANA

CONSTANZA GÓMEZ DE OÑA

1 Introducción

Los antibióticos (ATB) son los medicamentos que usamos para el tratamiento de las infecciones por bacterias. Constituyen un grupo heterogéneo de sustancias con diferente comportamiento farmacocinético y farmacodinámico, que ejercen una acción específica sobre alguna estructura o función de la bacteria con elevada potencia biológica a bajas concentraciones y mínima toxicidad para las células humanas. Desde el inicio de su utilización en la medicina moderna, a partir de las primeras décadas del siglo XX, los antibióticos han permitido tratar y controlar numerosas infecciones, permitiendo mejorar la supervivencia y calidad de vida de millones de personas.

Sin embargo, su uso inadecuado constituye una seria y creciente amenaza para la salud mundial, la seguridad alimentaria y el desarrollo de resistencias a los antibióticos. Nuevos mecanismos de resistencia bacteriana a los antibióticos están poniendo en peligro nuestra capacidad para tratar las enfermedades infecciosas comunes. Un creciente número de infecciones, como la neumonía, la tuberculosis, la septicemia, la gonorrea o las enfermedades de transmisión alimentaria, son cada vez más difíciles -y a veces imposible- de tratar, a medida que los antibióticos van perdiendo eficacia. Otros problemas añadidos a la resistencia a los antibióticos es el incremento de la duración de las estancias hospitalarias, el incremento de los costes médicos y el aumento de la mortalidad.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión bibliográfica es reflexionar sobre los aspectos más significativos del desarrollo de resistencia a los antibióticos y su impacto en la sociedad.

3 Metodología

Para llevar a cabo el estudio se realizó una revisión bibliográfica y recopilación de información, obtenida de fuentes digitales (Pubmed y Medline) en concreto investigaciones y artículos publicados por expertos en la materia, profesionales de la salud afines al tema de la resistencia antimicrobiana y extractos de fuentes oficiales como la Organización Mundial de la Salud.

4 Resultados

Se entiende por resistencia a los antimicrobianos (RAM) el fenómeno en el que los microorganismos, como bacterias, virus, hongos y parásitos, desarrollan la capacidad de resistir los efectos de los medicamentos antimicrobianos, incluyendo antibióticos, antivirales, antifúngicos y antiparasitarios. Esta resistencia reduce o anula la eficacia de los tratamientos que anteriormente eran efectivos para combatir infecciones.

Cuando un nuevo antimicrobiano amenaza la supervivencia de un microorganismo, este desarrolla complejos mecanismos de resistencia para sobrevivir. Al seguir utilizando este medicamento, los gérmenes sensibles mueren y los resistentes se siguen multiplicando. Se produce una selección de cepas resistentes que se sigue multiplicando hasta que aparezca un nuevo fármaco antimicrobiano capaz de destruirlo. La resistencia bacteriana puede aparecer de forma natural y adquirida. Esta última se produce por una mutación cromosómica o por la adquisición de un plásmido de resistencia, es decir, un fragmento extracromosómico de ADN portador de genes que modifican la resistencia al antibiótico. Algunos de los principales mecanismos de resistencia a los antibióticos que han sido identificados son los siguientes:

- Producción de enzimas que inactivan los antibióticos: Las bacterias pueden producir enzimas específicas que inactivan los antibióticos antes de que puedan ejercer su acción bactericida o bacteriostática.
- Modificación del sitio diana del antibiótico: Las bacterias pueden modificar las estructuras de las moléculas diana que el antibiótico reconoce y ataca, lo que dis-

minuye la capacidad del medicamento para unirse y eliminar a las bacterias. Un ejemplo de este mecanismo es *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM), que produce una molécula diana modificada, por lo que el ATB se une con menos afinidad y la bacteria se vuelve resistente al ATB. Las cepas SARM presentan resistencia a casi todos los betalactámicos

- **Mutaciones en el ADN:** Las bacterias pueden acumular mutaciones en su ADN que les confieren resistencia a los antibióticos. Estas mutaciones pueden ocurrir naturalmente o ser inducidas por la presión selectiva de los antibióticos.
- **Transferencia de genes de resistencia:** Las bacterias pueden transferir genes de resistencia a los antibióticos a otras bacterias, incluso de diferentes especies, mediante mecanismos como la transferencia de plásmidos. Esto puede extender rápidamente la resistencia a los antibióticos entre poblaciones bacterianas.
- **Bombas de eflujo:** Las bombas de eflujo son proteínas de membrana encargadas del transporte de metabolitos y compuestos tóxicos desde el interior de las bacterias al exterior. Algunas bacterias desarrollan sistemas de bombeo que les permiten expulsar los antibióticos del interior de la célula, reduciendo la concentración intracelular del ATB. Este tipo de resistencia es inespecífica y puede afectar a varias familias de antibióticos (quinolonas, aminoglucósidos, macrólidos, betalactámicos, etc.).
- **Persistencia bacteriana:** Algunas bacterias tienen la capacidad de entrar en un estado de latencia o dormancia, lo que las hace menos susceptibles a los antibióticos. Posteriormente, cuando las condiciones son más favorables, estas bacterias pueden reactivarse y causar infecciones recurrentes más difíciles de tratar.

Las bacterias pueden presentar de forma simultánea más de un mecanismo de resistencia a los antibióticos. La coexistencia de varios mecanismos de resistencia puede dar lugar a bacterias multirresistentes (MDR), cuando presentan resistencia a 3 o más familias de antibióticos utilizados y de elección para el tratamiento de las infecciones producidas por ese microorganismo, a bacterias ultrarresistentes o con resistencia extrema (XDR), donde la bacteria es sensible únicamente a uno o dos antibióticos o grupo de antibióticos que se consideran de utilidad para el tratamiento de las infecciones producidas por ese microorganismo o a bacterias panresistentes, cuando presentan resistencia a todos los antibióticos/familia de antibióticos habitualmente utilizados en el tratamiento de las infecciones producidas por ese microorganismo.

Estos mecanismos de resistencia a los antibióticos se han identificado en diversas bacterias patógenas, lo que ha llevado a la aparición de "superbacterias" que son resistentes a múltiples tipos de antibióticos.

Durante décadas se consideraba la resistencia antimicrobiana como un prob-

lema exclusivamente intrahospitalario, se hacía énfasis en seis microorganismos: *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecium* y *Enterobacter* spp. Sin embargo, cada vez es mayor la presencia de pacientes con infecciones cutáneas por *Staphylococcus aureus* Meticilin Resistentes (SARM), cuya probabilidad de muerte es un 64% mayor que los pacientes con infecciones "fármacosensibles".

También es muy frecuente la aparición de infecciones de vías urinarias por bacilos gram negativos productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y carbapenemasas. El surgimiento y extensión de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* multirresistentes a antibióticos (MDR) y ultrarresistentes a antibióticos (XDR) amenaza actualmente los progresos conseguidos en el control de la tuberculosis.

Un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud pone de manifiesto elevados niveles de resistencia en bacterias causantes de septicemias potencialmente mortales, así como una creciente resistencia a los tratamientos en varias bacterias que provocan infecciones comunes entre la población.

El informe revela que se describieron y notificaron elevados niveles de resistencia (por encima del 50%) en bacterias que son causa frecuente de septicemia en hospitales, como *Klebsiella pneumoniae* o *Acinetobacter* spp. Para tratar estas infecciones potencialmente mortales se precisan antibióticos de último recurso, como los carbapenémicos. Según los datos comunicados, un 8% de las septicemias causadas por *Klebsiella pneumoniae* se mostraron resistentes a los carbapenémicos, lo que aumenta el riesgo de muerte por una infección no tratable.

Las infecciones bacterianas comunes presentan cada vez mayor resistencia a los tratamientos. Más del 60% de las cepas aisladas de *Neisseria gonorrhea*, causante de una frecuente enfermedad de transmisión sexual, han mostrado resistencia a uno de los antibacterianos más utilizados por vía oral, ciprofloxacino. Más del 20% de las cepas aisladas de *Escherichia coli*, el patógeno más común en las infecciones de las vías urinarias, resultaron resistentes tanto a los fármacos de primera línea (ampicilina y cotrimoxazol) como a los tratamientos de segunda línea (fluoroquinolonas).

El mal uso y la eliminación inadecuada de los antibióticos (tanto a nivel hospitalario como comunitario), así como la transmisión de microorganismos resistentes entre personas, animales y el medio ambiente se consideran los principales factores responsables del aumento y diseminación de bacterias resistentes, lo cual se ha convertido en una seria amenaza para la salud pública a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud lidera una serie de acciones encaminadas a contrarrestar este grave problema, en un trabajo mancomunado con otras or-

ganizaciones e instituciones de salud, alimentarias y de agricultura, los estados y comunidades en todo el mundo, generan esfuerzos en la puesta en marcha de los planes para la contención de la resistencia antimicrobiana.

Desde colaborar e incentivar el desarrollo para el descubrimiento de nuevos antibióticos hasta modificar los comportamientos actuales ante el uso y el abuso de los antimicrobianos, en especial de los antibióticos, constituyen algunas de las principales estrategias en esta lucha. Es fundamental la prescripción adecuada de antibióticos y antimicrobianos, la educación comunitaria, así como la vigilancia de este problema y de las infecciones relacionadas con la atención en materia de salud. Igualmente, la legislación sobre el uso y dispensación de antimicrobianos y su debido cumplimiento es igual de importante.

Los programas de optimización del uso de antibióticos (PROA) tienen como objetivo optimizar los tratamientos antimicrobianos para alcanzar los objetivos clínicos minimizando los efectos indeseables, entre los que se incluye la selección de bacterias resistentes. Cisneros et al han demostrado que la implantación de un PROA con metodología no restrictiva consigue una mejora significativa en las prescripciones y una reducción del consumo, siendo además muy aceptado por los médicos prescriptores.

5 Discusión-Conclusión

La resistencia antimicrobiana constituye en la actualidad uno de los problemas de salud más graves del mundo, no solamente abarca la salud humana, sino la salud animal y la agricultura. Pone en riesgo la efectividad de tratamientos médicos y puede llevar a un aumento en la morbilidad, mortalidad y en los costes asociados a las infecciones. Además, la RAM también puede comprometer procedimientos médicos y quirúrgicos esenciales, como cirugías, trasplantes de órganos y quimioterapia, que dependen de la eficacia de los antimicrobianos para prevenir y tratar infecciones.

Alrededor de 33.000 personas mueren cada año en Europa como consecuencia de infecciones resistentes, unas 4.000 muertes en España, esto supone cuatro veces más muertes que las provocadas por accidentes de tráfico.

Hacer frente a esta resistencia resulta imperioso ante la pérdida de la eficacia de múltiples antimicrobianos y la posibilidad de la falta de estos tratamientos contra enfermedades importantes en todo el mundo. Una acción coordinada a nivel mundial que promueva un uso prudente de los antimicrobianos, mejores prácticas de higiene y prevención de infecciones, así como el desarrollo y acceso a nuevos medicamentos antimicrobianos es esencial para abordar este problema.

6 Bibliografía

1. Alós J. Resistencia bacteriana a los antibióticos: una crisis global. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 2015; 33 (10): 692-99.
2. Ochoa E. El reto de la resistencia a los antibióticos en México y el mundo. *Boletín del Centro Colaborador de Calidad y Seguridad del Paciente*. 2017; 2 (11).
3. Ruiz Diana Rosa Fernández, Enríquez Maira Quirós, Pérez Olga Lidia Cuevas. Los antibióticos y su impacto en la sociedad. *Medisur*. 2021 19(3): 477-491.
4. Rodríguez-Noriega E, León-Garnica G, Petersen-Morfin S, Pérez-Gómez HR, González-Díaz E, Morfin-Otero R. La evolución de la resistencia bacteriana en México, 1973-2013. *Biomédica: Revista del Instituto Nacional de Salud* 2014;34(S1):181.
5. Ventola, C. L. (2015). The antibiotic resistance crisis: part 1: causes and threats. *Pharmacy and Therapeutics*, 40(4), 277–283.
6. WHO. (2021). Antibiotic resistance. World Health Organization. (Resistencia a los antibióticos. Organización Mundial de la Salud.) Sitio web: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>.
7. Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. *Microbiología Médica*. 8° ed. Barcelona. Elsevier, 2017.
8. Spellberg B, Bartlett, J. G., & Gilbert, D. N. (2013). The future of antibiotics and resistance. *The New England Journal of Medicine*, 368(4), 299–302.
9. Calvo J, Martínez-Martínez L. Mecanismos de acción de los antimicrobianos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009; 27(1): 44–52.
10. FEMEBA. Uso Racional de Antibióticos. Disponible en: http://www.femeba.org.ar/documentos/download/3049?utm_medium.
11. O'Neill, J. (2014). Antimicrobial resistance: tackling a crisis for the health and wealth of nations. *The Review on Antimicrobial Resistance*.

Capítulo 133

VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

ILENIA ALBA MARTÍNEZ

1 Introducción

La violencia de género afecta a millones de personas en todo el mundo. Se entiende por violencia de género cualquier acto violento o agresión basados en una situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de dominación de los hombres sobre las mujeres que tenga o pueda tener consecuencia un daño físico, sexual o psicológico, incluidas la amenazas de tales actos y la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si ocurren en el ámbito público como en la vida familiar o personal. La violencia contra las mujeres y las niñas es una de las violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el mundo, produciendo muchos casos cada día en todos los rincones del planeta. Constituye una grave violación de los derechos humanos, poniendo en riesgo la vida y tiene complicaciones de salud y protección. Las consecuencias de estas son devastadoras y las repercusiones para quienes logran sobrevivir pueden ser permanentes. Como personal sanitario, es fundamental comprender y abordar este problema, ya que muchas de las víctimas acuden a los servicios de salud en busca de ayuda. Este resumen tiene como objetivo proporcionar una visión general del tema, destacando la importancia de la sensibilización y capacitación del personal sanitario para identificar y brindar apoyo adecuado a las víctimas de la violencia de género.

2 Objetivos

Analizar la definición y las diferentes formas de violencia de género.

Examinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la violencia de género.

Explorar la importancia de la detección y del abordaje adecuado en el ámbito sanitario.

Presentar estrategias de recursos para apoyar a las víctimas.

Destacar la necesidad de la sensibilización y capacitación del personal sanitario en relación a la violencia de género.

3 Metodología

Este resumen se basa en una revisión de la literatura científica y de documentos relevantes sobre el tema de la violencia de género y su abordaje en el ámbito sanitario. Se realizaron búsquedas en bases de datos académicas y se relacionaron los estudios más relevantes y actualizados.

4 Resultados

La violencia de género se define como cualquier acto de violencia basado en el género que resulte o pueda resultar en daño físico, sexual o psicológico para las mujeres. Las formas más comunes incluyen la violencia doméstica, la violencia sexual y el acoso sexual. La prevalencia de la violencia de género es alarmante, y los factores como la desigualdad de género, la falta de educación, las normas sociales y la discriminación constituyen a su perpetuación.

En el ámbito sanitario, es fundamental que el personal esté capacitado para identificar los signos de la violencia de género. Esto implica una comunicación sensible y empática, brindando un entorno seguro y confidencial para que las víctimas puedan compartir su experiencia. Además, es esencial ofrecer recursos y derivar a las víctimas a servicios especializados como refugios o centros de apoyo.

Las cifras de la prevalencia de la violencia de género contra las mujeres son alarmantes, un tercio de las mujeres del mundo sufren violencia al menos una vez en su vida.

Sigue habiendo obstáculos para el acceso de las mujeres a la justicia, lo que se traduce en una impunidad generalizada de la violencia. Todavía son necesarios esfuerzos considerables para promover la autonomía y la capacidad de elección de las mujeres y las niñas para garantizar la realización de los derechos de las mujeres y las niñas a una vida libre de violencia.

La violencia de género también tiene repercusiones de carácter social, económico y democrático, tales como la pérdida de acceso a empleo, el aislamiento, la reti-

rada de la vida pública o la privación de recursos económicos, lo que potencia la posición de desventajas de las mujeres.

La educación desempeña un papel fundamental en la prevención de la violencia de género, especialmente porque cuestiona las normas sociales negativas que alimentan este fenómeno y capacita a los jóvenes para que puedan reconocer, abordar y evitar estos actos.

5 Discusión-Conclusión

La violencia de género es una problemática compleja que requiere una respuesta integral por parte del personal sanitario. Es fundamental sensibilizar y capacitar al personal para identificar y abordar adecuadamente la violencia de género. Esto implica promover una cultura de respeto y equidad de género en el ámbito sanitario, así como establecer protocolos claros para la detección, el apoyo y la derivación de las víctimas. La colaboración interdisciplinaria y la coordinación con otros servicios y organizadores son clave para ofrecer una atención integral a las víctimas. El personal sanitario tiene que escuchar a la víctima y tratar de transmitir que el abuso que está sufriendo no es su culpa y que tiene en ti un apoyo incondicional.

6 Bibliografía

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/>
https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/02_Definicion_de_violencia_de_genero.pdf
<https://www.conceptosjuridicos.com/violencia-de-genero/>

Capítulo 134

PRUEBAS EMPLEADAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE COCOS GRAM POSITIVOS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

MOISÉS GAMO PASTOR

1 Introducción

Dentro del reino procariota encontramos un grupo de bacterias denominadas cocos Gram positivos, se trata de un conjunto de microorganismos que poseen unas características comunes que son: ser esféricos, teñirse de azul con la tinción de Gram, poseen una pared bacteriana compacta y gruesa con múltiples capas de peptidoglicano, presentan ribosomas 70s.

Dentro de este grupo de pequeños seres también existen diferencias, que nos ayudan a agruparlos en diferentes grupos:

- Pueden estar asociados de manera diferente: Diplococos (dos cocos unidos), tétradas (cuatro cocos unidos formando un cuadrado), Cadenas (múltiples cocos unidos, los pertenecientes al género *Streptococcus*), Sarcinas (cocos unidos de forma tridimensional formando un cubo), Racimos (agrupados en masas de forma irregular, parecido a un racimo de uvas. Dentro de este grupo encontramos los *Staphylococcus*).
- Requerimiento de oxígeno: pueden ser aerobios, anaerobios facultativos y anaerobios estrictos.

La identificación de estos microorganismos es de vital importancia, pues cada una de las especies puede generar distintos niveles de patogenicidad, enfermedades... Su investigación es importante para poder combatir contra la bacteria de una manera adecuada, eficaz, eficiente y además, se podrá retrasar la aparición de las resistencias bacterianas debido a que se hizo un buen diagnóstico de la bacteria.

Dentro de los cocos Gram positivos encontramos 3 géneros muy importantes: Staphylococcus, Streptococcus, Enterococcus. Este capítulo se centrará en los Staphylococcus y Streptococcus.

Para la identificación de estas bacterias utilizamos las denominadas pruebas bioquímicas que nos van a permitir determinar características metabólicas de estos microorganismos. Existen múltiples pruebas bioquímicas que pueden estudiar diferentes aspectos metabólicos de las bacterias, por ejemplo: fuente de energía empleada, nutrientes que metaboliza, presencia o ausencia de determinadas enzimas, etc. Para poder llevar a cabo estas pruebas, es recomendable que previamente se obtenga un cultivo puro, pues en caso contrario, obtendremos un cultivo mixto y no se podrá hacer un buen diagnóstico del paciente.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento para el diagnóstico de los cocos Gram positivos realizado en los laboratorios.
- Explicar las distintas pruebas bioquímicas utilizadas para la diferenciación de cocos Gram positivos.

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.

4 Resultados

Los Staphylococcus se presentan en racimos, se trata de microorganismos de colonización transitoria en el individuo, suele encontrarse sobre la piel, tracto

gastrointestinal, orofaringe, urogenital... El más importante y virulento de los *Staphylococcus* es el *S. aureus*, la virulencia de esta bacteria viene dada por las toxinas que posee. Las Exotoxinas pueden provocar el denominado síndrome del shock tóxico (TSST-1), y sus enterotoxinas pueden llegar a producir una intoxicación alimentaria. También está el *Staphylococcus epidermidis* que, aunque sea menos virulento que *S. aureus* está muy relacionado con infecciones asociadas a dispositivos, por ejemplo, en los catéteres. El *Staphylococcus saprophyticus* es un patógeno muy relacionado con infecciones urinarias. Por último, el *Staphylococcus lugdunensis* tiene un amplio espectro de infecciones y las abrasiones en la piel o las cirugías permiten su entrada al organismo.

El otro gran grupo de cocos son los denominados *Streptococcus*, una característica es que suelen necesitar sangre para su crecimiento. Existen especies patógenas para el humano, otras pertenecen a la microbiota normal de la piel, pudiendo llegar a ser oportunistas en ciertas situaciones. Un tipo de *Streptococcus* es el *S. pneumoniae* hospedador habitual del tracto respiratorio superior, es un oportunista pues, cuando accede a los pulmones u otras áreas, puede llegar a causar infección. El *Streptococcus pyogenes* es uno de los patógenos con mayor virulencia, puede llegar a producir enfermedades como faringitis, erisipela, escarlatina, fiebre reumática, impétigo... El *Streptococcus agalactiae* presenta su reservorio en el tracto genitourinario, una de sus características principales es que puede transmitirse de al hijo durante el parto.

A continuación, se explican las distintas pruebas que existen en el laboratorio para la identificación de los cocos Gram positivos.

1.- Lo primero de todo es realizar una tinción de Gram, para poder clasificar a las bacterias de la muestra en los dos grandes grupos, es decir, según la composición de su pared celular: Gram positivos o Gram negativo. También se clasificará según su forma: Cocos, bacilos, espirilos, vibriones, etc.

2.- Tras la tinción de Gram se realizará una prueba de la catalasa: Se trata de una técnica cuya finalidad es averiguar si la bacteria a estudio sintetiza la enzima catalasa. Esta enzima es la encargada de hidrolizar el H_2O_2 en oxígeno gaseoso y agua. Esto puede observarse porque tras el contacto del peróxido con la bacteria, saldrán burbujas, confirmando que la bacteria es catalasa positiva. Esta prueba es muy importante en la identificación de los cocos Gram positivos, pues ayudará a identificar si nuestro coco es un *Staphylococcus* (catalasa positiva), o un *Streptococcus* (catalasa negativa).

Pruebas para la identificación de *Staphylococcus*:

Dentro de los *Staphylococcus* se encuentra una gran variedad de géneros. El más representativo e importante es el *S. aureus*. Para su identificación la prueba más relevante es la Coagulasa.

3.- Coagulasa: Es una enzima que se encarga de activar el fibrinógeno y formar la fibrina, dicho de otra manera, puede coagular el plasma. *Staphylococcus aureus* es coagulasa positiva.

4.- Manitol: El manitol es un medio de cultivo que tiene una gran cantidad de cloruro sódico. *Staphylococcus aureus*, a diferencia del resto de *Staphylococcus*, crece bien en este medio.

5.- Prueba de discos de Novobiocina: Es un antibiótico, que puede ser utilizado para identificar distintos tipos de *Staphylococcus*. Si se observa una resistencia a la Novobiocina, es probable que la bacteria a estudio sea el *S. Saprophyticus*. Por otro lado, si se observa una sensibilidad a este antibiótico, la bacteria podrá ser *S. epidermidis*.

Pruebas para la identificación de *Streptococcus*:

6.- Prueba de las hemolisinas: Algunas bacterias poseen una exoenzima, la hemolisina, capaz de lisar a los eritrocitos en medios de cultivos que tengan sangre como principal componente. Dependiendo del resultado y del tipo de hemolisis que realicen, existen distintos tipos de *Streptococcus*:

- Hemolisis Alfa: Las colonias quedan rodeadas de un halo verde. Es una hemolisis parcial. En este grupo pueden encontrarse el *S. viridans* y el *S. pneumoniae*
- Hemolisis Beta: Las colonias quedan rodeadas de un halo transparente. Se debe a una hemolisis total. En este grupo se encuentra *S. pyogenes* y el *S. agalactiae*
- Hemolisis gamma o negativo a hemolisis: No se observa ningún halo en el agar. Por ejemplo, el *S. bovis*.

7.- Prueba de la bacitracina: Es un antibiótico, algunas bacterias son sensibles a este y nos permiten su identificación, como es en el caso de *S. pyogenes*.

8.- Prueba CAMP: Es una prueba bioquímica cuya finalidad es averiguar si la bacteria produce factor CAMP, que es un sinergismo en la hemolisis con la bacteria *Staphylococcus aureus*. Se trata de una prueba útil para la identificación del *S. agalactiae*, pues, es CAMP +.

9.- Prueba sensibilidad a la optoquina: La optoquina es un antibiótico utilizado

para la diferenciación entre *Streptococcus* del grupo alfa. Si se observa una resistencia a la optoquina estaremos ante *S.mutans*. Por otro lado, si se observa una sensibilidad a la optoquina la bacteria será *S.pneumoniae*.

5 Discusión-Conclusión

Es importante realizar un buen diagnóstico en el laboratorio de microbiología para así, poder utilizar de manera eficaz los antibióticos, curar la enfermedad del paciente lo antes posible y evitar la aparición de resistencias en las bacterias que tantos problemas están dando en la actualidad. La resistencia actual de las bacterias a los antibióticos es un serio problema de la salud, en la que, cada vez, se observa un mayor número de bacterias resistentes. Esto puede conllevar a que los tratamientos usados no puedan llegar a ser eficientes, prolonguen las patologías de los pacientes y obligue a tener que tratar con antimicrobianos más caros, además puede aumentar el tiempo que nuestro paciente tiene que estar con medicamento y hospitalizado y, lo que es peor, aumenta el número de muertes.

Por ello es crucial efectuar diagnósticos de manera correcta, para que el médico pueda recetar un medicamento en un periodo de tiempo correcto y retrasar las apariciones de resistencia de estos pequeños seres.

6 Bibliografía

1. Patri Q, Diana G, Hilari C, Limberd C. Ciencia.bo. Cocos Gram Positivo. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/pdf/raci/v49/v49_a04.pdf
2. Cuartas MC, Molina OL, Restrepo AC, Martín GP, Donado JH, Zuleta JJ, et al. Identificación rápida de *Staphylococcus aureus* en hemocultivos por medio de la prueba directa de la coagulasa. Org.co. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v22n1/v22n1a1.pdf>
3. Dr. Andrea Bandanian. Positivos CG. Manual de procedimientos de microbiología. Edu.uy. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/36628/1/Manual%20de%20procedimientos%20de%20microbiolog%C3%ADa%20cocos%20gram%20positivos.pdf>
4. Espinosa CJ, Cortés JA, Castillo JS, Leal AL. Revisión sistemática de la resistencia antimicrobiana en cocos Gram positivos intrahospitalarios en Colombia. Biomedica. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v31n1/v31n1a05.pdf>

Capítulo 135

PATOLOGÍAS MAMARIAS Y MÉTODOS RADIODIAGNÓSTICO DE DETECCIÓN

ILENIA ALBA MARTÍNEZ

1 Introducción

Las patologías que afectan a las mamas son una preocupación importante en la salud de las mujeres. La mayoría de las mujeres experimentamos cambios en los senos en algún momento de nuestra vida. La edad y los niveles hormonales pueden causar bultos y secreciones, estas alteraciones de la mama pueden verse inducido por varios síntomas como la inflamación, un bulto o simplemente dolor. El cáncer es una enfermedad en la cual las células se alteran y se dividen sin control, formando unos tejidos extraños que invaden y dañan los tejidos y órganos cercanos. Existen diferentes tipos de tumores malignos de mamas, pero todos ellos forman un módulo que puede diagnosticarse antes de que se extienda por todas partes del cuerpo. Se puede decir que es uno de los cánceres con más detección, por eso es tan importante la exploración mamaria. Puede hacerse al final de la menstruación, ya que las mamas se pueden encontrar menos fibrosas y es más fácil detectar cualquier alteración. La detección temprana de estas afecciones es fundamental para el diagnóstico y tratamiento oportuno. Los métodos radiológicos juegan un papel crucial en la detección precoz y precisa de estas patologías. Este trabajo tiene como objetivo revisar los diferentes tipos de patologías mamarias, los métodos radiológicos utilizados para su detección y su relevancia en la práctica clínica.

2 Objetivos

Identificar y describir las patologías más comunes que afectan a las mamas.
Analizar los métodos radiológicos de detección utilizados para el diagnóstico de las patologías.
Discutir la importancia de la detección temprana en el pronóstico y tratamiento de las patologías mamarias.

3 Metodología

Para alcanzar los objetivos planteados, se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva de estudios y artículos científicos relacionados con las patologías mamarias y los métodos radiológicos de detección. Se utilizó una gran variedad de bases de datos científicas, como PubMed, Scopus y Google Scholar.

4 Resultados

Los científicos estudian los exámenes de detección para identificar los que provocan menos daños y más beneficios. En los ensayos de exámenes de detección del cáncer también se busca demostrar si la detección temprana, es decir, encontrar en cáncer antes de que se produzca síntomas, prolonga la vida de una persona o disminuye la posibilidad de una persona de morir por la enfermedad. Para algunos tipos de cáncer, la posibilidad de recuperación es mayor si la enfermedad se encuentra y se trata en un estadio temprano. Un examen clínico de la mama es un examen realizado por un médico u otro profesional de la salud. El médico palpa con cuidado las mamas y el área debajo de los brazos para detectar masas o cualquier otra cosa que parezca extraña. Las mujeres y los hombres se pueden realizar autoexámenes de la mama para detectar masas u otros cambios. Se desconoce si realizarse exámenes clínicos de la mama reducen la posibilidad de morir de cáncer. Las patologías mamarias pueden dividirse en benignas y malignas. Entre las patologías benignas se encuentran los fibroadenomas, quistes y mastitis, mientras que las malignas incluyen el carcinoma ductal in situ y el carcinoma invasivo. Los métodos radiológicos más utilizados para la detección de estas patologías son la mamografía, la ecografía y la resonancia magnética mamaria. La mamografía es la técnica de elección para la detección temprana del cáncer de mama en mujeres asintomáticas y ha demostrado ser efectiva en la reducción de la mortalidad por esta enfermedad. La ecografía se utiliza para evaluar masas mamarias y guiar biopsias, mientras que la resonancia magnética

es útil en casos de alta sospecha de cáncer o para la evaluación preoperatoria, esta utiliza imanes y ondas de radio para tomar fotografías de las mamas.

5 Discusión-Conclusión

Las patologías mamarias son un problema de la salud significativo que afecta a muchas mujeres en todo el mundo, el momento para comenzar las pruebas de detección puede depender de la edad y los factores de riesgo.

La detección temprana es esencial para mejorar el pronóstico y el tratamiento de estas afecciones. Los métodos radiológicos, como la mamografía, ecografía y resonancia magnética mamaria, desempeñan un papel vital en la detección precoz y precisa de estas patologías. La mamografía se destaca como la técnica principal para la detección temprana del cáncer de mama, pero es fundamental considerar el uso combinado de varias técnicas para un diagnóstico mucho más completo y preciso.

6 Bibliografía

1-<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000913.htm>

2-https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/diagnosis.htm

3-https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/diagnosis.htm

4-<https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno.html>

Capítulo 136

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

ILENIA ALBA MARTÍNEZ

1 Introducción

Se entiende como Riesgo Laboral la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo, considerándose daño derivado del trabajo, las enfermedades, patologías o lesiones sufridas consecuencias del trabajo. El empresario, incluida las administraciones públicas, tienen el deber de proteger a sus trabajadores frente a los Riesgos Laborales, garantizando su salud y seguridad en todos los aspectos relacionados con su trabajo, mediante la integración de la actividad preventiva en la empresa y la adopción de cuantas medidas sean necesarias.

La evaluación de los riesgos laborales es el proceso dirigido a estimular la magnitud de los riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para que el empresario esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas.

La Prevención de riesgos laborales es un tema de vital importancia para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores es su entorno laboral. Los accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo pueden tener graves consecuencias tanto para los trabajadores como para las empresas. Este trabajo tiene como objetivo presentar una revisión sobre la prevención de riesgos laborales, destacando la importancia de implementar medidas preventivas eficaces para la mejora y bienestar de los trabajadores en la empresa.

2 Objetivos

Analizar los conceptos fundamentales relacionados con la prevención de los riesgos laborales.

Describir las principales medidas preventivas que pueden aplicarse en el entorno laboral.

Evaluar los beneficios y desafíos asociados con la implementación de programas de prevención de riesgos laborales.

Identificar estrategias efectivas para promover una cultura de prevención en las organizaciones.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva utilizando bases de datos especializados en riesgos laborales. Se seleccionaron artículos científicos, informes y normativas actualizadas que abordan la prevención de riesgos laborales. Se extrajeron y analizaron datos relevantes para cumplir con los objetivos establecidos.

4 Resultados

Los resultados muestran que la prevención de riesgos laborales implica la identificación, evaluación y control de los riesgos presentes en el entorno laboral. Entre las principales medidas preventivas se encuentran: la evaluación de riesgos, la implementación de medidas de protección colectiva e individual, la formación y capacitación de los trabajadores, la vigilancia de la salud, y la promoción de una cultura de seguridad en el trabajo. Estas medidas pueden reducir significativamente la incidencia de accidentes y enfermedades laborales. Una vez definidos los mensajes y la estrategia, se ponen en marcha las acciones de comunicación. En este paso, se definen los mecanismos y las herramientas que las empresas van a desarrollar para conseguir los objetivos marcados con anterioridad en el plan de comunicación. Evaluar los riesgos laborales a los que están expuestas las personas trabajadoras y planificar la actividad preventiva que se derive de dicha evaluación garantiza la salud del trabajador. La debida formación e información al personal empleado en materia de seguridad y salud laboral es muy importante para que los trabajadores puedan conocer los riesgos a los que se exponen en el puesto de trabajo y poder combatirlos ayuda a la disminución de accidentes, incidentes y daños derivados del trabajo, así como sus consecuencias humanas,

económicas y legales. Los Trabajadores y trabajadoras más satisfechos e implicados con la empresa mejoran el clima laboral, creando un ambiente de bienestar en la empresa, aumentan la productividad y disminuyen desperdicios productivos en sentido amplio. Aumenta la competitividad e imagen de la empresa e impulsar el desarrollo del proyecto empresarial. Los trabajadores tienen que cumplir la legislación vigente en materia de seguridad y salud laboral y evitar las consecuencias legales de los incumplimientos de la misma.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de riesgos laborales es fundamental para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores en el entorno laboral. La implementación de medidas preventivas eficaces pueden tener un impacto positivo tanto en los trabajadores como en las empresas, al reducir los costos asociados a accidentes y enfermedades laborales, mejorar la productividad y fortalecer la reputación corporativa. Sin embargo, se deben superar desafíos como la falta de conciencia y compromiso por partes de las empresas, la resistencia al cambio y la adecuada capacitación del personal. Es necesario promover la colaboración entre empleadores, trabajadores y organismos reguladores para garantizar la aplicación efectiva de programas de prevención de riesgos laborales.

6 Bibliografía

1-<https://www.insst.es/>

2-https://www.mites.gob.es/es/guia/texto/guia_10/contenidos/guia_10_22_1.htm

3-https://www.mites.gob.es/es/guia/texto/guia_10/contenidos/guia_10_22_1.htm

4-<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>

Capítulo 137

TRABAJO EN EQUIPO Y ÉTICA PROFESIONAL EN SANITARIOS

ILENIA ALBA MARTÍNEZ

1 Introducción

Las organizaciones de la salud tienen como objetivo promover la salud y el autocuidado prevenir las enfermedades, mejorar los estilos de vida, y tratar las enfermedades con la mejor calidad posible, permitiendo cubrir las expectativas de los usuarios con la mayor satisfacción hacia el logro de los objetivos fijados conjuntamente conformado por distintos elementos y actores que, interrelacionados, permiten avanzar hacia el logro de resultados funcionales, enfocados en la calidad y seguridad de la atención sanitaria. Las organizaciones de salud han visto que es necesario sincronizar las diversas actividades de sus usuarios internos en una conjunción, donde cada talento aporta su energía, interactúa y permite que fluya una dinámica colectiva, que lleve a la institución al cumplimiento de sus metas/objetivos con el mejor nivel de calidad posible. Es lo que llamamos trabajo en equipo, y cuyos resultados son el esfuerzo conjunto de todos sus integrantes. El compromiso, el sentido de responsabilidad y la confianza, entre otros, son la base para este trabajo en equipo, así como para la eficacia y calidad de los resultados. Es el trabajo en equipo la estrategia que mejor compatibiliza en la diversidad de procesos del que es objeto el usuario en la atención de salud y permite, desde distintas miradas, evaluar la calidad de lo que se entrega. Por lo anterior, el objetivo de este artículo es describir la importancia del trabajo en equipo para favorecer la calidad de la atención en salud.

El trabajo en equipo se ha transformado en una de las figuras más valiosas para lograr el éxito en cualquier proyecto que se quiera emprender. Es una forma de

trabajo donde todos son responsables de las metas u objetivos de la organización, porque los esfuerzos de cada uno de los integrantes se potencian, aumentando la eficacia de sus resultados. Cada persona contribuye con sus opiniones y habilidades, organizándose para alcanzar los objetivos.

2 Objetivos

Exponer la importancia del trabajo en equipo y la ética profesional en los centros sanitarios.

3 Metodología

Los objetivos del trabajo son establecer las áreas de formación común de los profesionales de salud, sus competencias comunes, niveles de logro y aprendizajes esperados para cada nivel. Determinar las asignaturas y el mapa de competencias que permita el logro de los niveles de competencias establecidos. Finalmente, la validación de las competencias por pares expertos.

4 Resultados

El trabajo en equipo permite el desarrollo de sus integrantes, comparten el liderazgo y disfrutan lo que están realizando; los resultados son el esfuerzo de todos. "Cabe destacar que la implementación del trabajo en equipo supone una reducción de los niveles jerárquicos, en la medida en que las decisiones se van descentralizando hacia los niveles inferiores de la jerarquía. Esta descentralización es la esencia del proceso de autogestión de los equipos." Se observa, además, que sus integrantes aumentan su compromiso, así como también el grado de placer y la calidad de los resultados de las tareas que emprenden. No siempre es fácil trabajar en equipo, porque lo conforman, generalmente, personas que tienen distintas historias de vida y experiencias, diversas culturas, distintas actitudes, diversos grados de compromiso para con la organización y distinta ética para realizar su trabajo. Por ello, cada persona aporta con sus acciones y su subjetividad, en beneficio de mejorar el trabajo en equipo trae ventajas para las organizaciones sanitarias y también para los proveedores de salud, entre ellos los profesionales de enfermería, quienes han asumido el rol de gestores del cuidado, velando porque los cuidados sean proporcionados con el más alto estándar de calidad. El profesional de enfermería, como líder del equipo de enfermería e integrante de un

equipo multidisciplinario que otorga cuidados de salud, es un profesional que tiene un rol relevante en mantener la calidad de la atención de salud, donde la colaboración, el compromiso y la confianza juegan un rol en su máxima expresión.

El trabajo en equipo supone entender las interdependencias que se dan entre los miembros del equipo y sacar el máximo provecho de ellas en aras a la consecución de esa meta (misión) común. Cada miembro del equipo tiene una personalidad concreta y unas habilidades, conocimientos y experiencias específicas que aportar, que se diferencian de las del resto de miembros del equipo.

5 Discusión-Conclusión

Para todas las personas que forman parte de una organización de salud, debe ser prioritario y estratégico trabajar en equipo, considerando sus elementos fundamentales, tales como: la confianza, el compromiso, ejercicio de liderazgo compartido y descentralización jerárquica, donde el esfuerzo de todos será la responsabilidad conjunta en el logro de resultados con altos estándares de calidad de la atención en la salud, y donde el profesional de enfermería, siendo el integrante de un equipo multidisciplinario, actúa en unos de sus roles más relevantes, gestionando la calidad y la seguridad en la atención de salud de los usuarios y sus familias.

6 Bibliografía

- 1- <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102530>
- 2- <https://www.unir.net/salud/revista/trabajo-en-equipo-enfermeria/>
- 3-<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/21513/RangelAlvarezBenildaPatricia2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Capítulo 138

EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA CONTAMINACIÓN POR EXPOSICIÓN INVOLUNTARIA

NOELIA SÁNCHEZ RUIZ

SARA CARPIO VALBUENA

LAURA REDONDO MEDRANO

DANIEL DE LUCA NEGRETE

SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA

1 Introducción

Dentro de los riesgos a los que se enfrentan los Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear (de ahora en adelante TSIDMN) dentro de su trabajo en el uso radiaciones ionizantes es el peligro que se sufre a la exposición a la radiación. Lógicamente esta irradiación es de carácter involuntario y puede afectar tanto a:

- Personas (publico en general, incluido los pacientes, como personal sanitario y no sanitario).
- Objetos.

Las radiaciones (según sus fuentes) pueden ser:

- Alfa.
- Beta.

- Gamma.
- Neutrones.
- Generadores de rayos X.

La exposición a cualquier tipo de radiaciones ionizantes tiene como consecuencia el registro de una dosis de radiación que puede medirse y sea cual sea esta medida siempre será perjudicial. Lógicamente a más radiación más perjuicio y a menos radiación menor será el perjuicio, de ahí la importancia de disminuir y a ser posible anular las posibilidades de que esto suceda. No obstante si se sufriera un episodio, es muy recomendable obrar de manera diligente ante la contaminación. La contaminación no es más que la cantidad indeseable de radiaciones sobre superficies.

Para tener en cuenta la importancia de la contaminación en la irradiación, los TSIDMN deben de tener presente que un nucleido radiactivo (también llamado radionucleido) es siempre y bajo cualquier circunstancia un nucleido inestable puede degenerar y emitir radiación perjudicial. También hay que saber que cuando un radio nucleido emite radiactividad alcanza un estado más estable, por lo que requiere menos energía que antes y por lo, en general, se transforma en otro nucleido diferente (aunque no siempre esta norma se cumple, puede bien ser el mismo, pero menos excitado, eso sucede por lo general si ha emitido radiactividad gamma), que puede ser también radiactivo o no ser radiactivo.

Los radionucleidos que se encuentran en la naturaleza se caracterizan por tener una vida media finita o contabilizable en principio, que puede ir desde pequeñas fracciones de segundo hasta miles y miles de años, según su naturaleza. No obstante esa contabilización es relativa porque se sabe de algunos radionucleidos tienen una vida tan extensa que aún no se ha podido cuantificar experimentalmente y por supuesto no se anima a hacerlo de manera normalizada dentro del campo de la salud que es el que trata este artículo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar los tipos de partículas.

Objetivos secundarios:

- Definir las fuentes radiactivas según grados de peligrosidad.
- Exponer los factores de riesgo para la irradiación y cómo actuar ante este tipo de riesgos para anular o minimizar las consecuencias.

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.

4 Resultados

Las diferencias entre las partículas alfa, beta, gamma y rayos X, es la siguiente:

- Partículas alfa: penetración muy escasa, ionización alta, máxima importancia en contaminación.
- Partículas beta: penetración escasa, mayor importancia de contaminación.
- Partículas gamma: gran penetración, importancia en irradiación y contaminación. Es la más importante.
- Rayos X: gran penetración, importancia en irradiación.

Cuando una persona sufre por exceso de radiación gamma o rayos X, hay que examinar la exposición de la piel y el cristalino. Respecto a los rayos X se considerara solamente el riesgo de irradiación por exposición y únicamente cuando el equipo está funcionando.

Las fuentes radiactivas pueden ser encapsuladas y no encapsuladas.

Las fuentes encapsuladas son material radioactivo que está confinado dentro de una cápsula de carácter inactivo con suficiente resistencia mecánica para impedir la dispersión del material radiactivo y lo que ello significa. Por ello aquí el riesgo de irradiación siempre se tendrá en cuenta y el de contaminación sólo en condiciones de accidente.

Las fuentes radiactivas no encapsuladas es material radiactivo líquido por lo general, es necesario por lo tanto observar el riesgo de radiación por exposición como el de contaminación al mismo tiempo.

Para saber el grado de irradiación y tal vez de contaminación las fuentes radiactivas han sido categorizadas.

- Grupo uno, son extremadamente peligrosas, los efectos fatales se sienten pasados unos minutos tras una hora de exposición.
- Grupo dos, son muy peligrosas, los efectos fatales se sienten en el organismo en horas tras días de exposición.
- Grupo tres, son peligrosas, los efectos fatales se llaman en estos casos efectos deterministas, se sienten pasados unos días tras semanas de exposición.

- Grupo cuatro, son poco peligrosas, pueden generar lesiones temporales pasadas unas horas tras semanas de exposición.
- Grupo cinco, son inocuas, no existe riesgo en la exposición o si acaso este es muy escaso.

Se encuentra que una relación directa entre la aparición de irradiación y contaminación y los siguientes factores:

- Insuficiente formación de los profesionales.
- Errores humanos.
- Falta de vigilancia y control.
- Falta de señalización.
- Incorrecto mantenimiento.
- Inadecuada utilización de los medios de prevención.

La aparición de irradiación y contaminación por lo general es debido a una serie de fallos concatenados o consecutivos.

La irradiación que se sufra depende de la materia interpuesta entre la fuente y el técnico, la distancia que medie y el tiempo de permanencia.

La mejor forma de prevenir la irradiación y por extensión la contaminación es un buen mantenimiento del equipo radiactivo, de la fuente radioactiva y mantener los preceptos de seguridad (distancia, blindaje, ventilación, limpieza, mandiles emplomados).

Los accidentes e incidentes (son accidentes sin daños) más comunes son: pérdida de hermeticidad, accidente del transporte y fallos en la obturación del haz de radiación.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo con la gran importancia que tiene el técnico de rayos en el mantenimiento, la formación y el seguimiento estricto de las normas para evitar ciertos accidentes o incidentes que den paso a una irradiación y posteriormente a la contaminación. Una de las funciones del técnico superior es velar por la seguridad de su servicio y no solo de su persona. Hay que recordar que en él no solo se encuentra el técnico, sino también otros profesionales, el paciente y según en qué zona, público en general. La señalización, el cumplimiento de los preceptos y la prudencia son esenciales en su trabajo.

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 139

EL DÍA A DÍA DE UN TÉCNICO DE RAYOS

NOELIA SÁNCHEZ RUIZ

SARA CARPIO VALBUENA

LAURA REDONDO MEDRANO

DANIEL DE LUCA NEGRETE

SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA

1 Introducción

Vamos a cualquier centro sanitario y vemos un técnico de rayos, no sabemos qué hace, si tiene estudios, de quien depende. Nos asaltan muchas dudas desde que aparatos puede manejar, hasta donde llegan sus responsabilidades. Un Técnico de rayos es un profesional que pertenece al grupo de personal sanitario, posee unos estudios y una formación, con el paso de los años van adquiriendo poco a poco experiencia y esta va a ser siempre en beneficio del paciente. El técnico es una persona meticulosa que busca la calidad en las imágenes que obtiene, que tiene un trato directo con el paciente e incluso con familiares y que debe saber interpretar lo que el radiólogo le pide y saber buscar la comodidad del paciente, el relax de este, su tranquilidad y se dirigirá a él en un lenguaje coloquial para que en todo momento comprenda y sea consciente de mantenerse inmóvil en la prueba y con esto evitar repetir procedimientos innecesariamente. La paciencia

debe estar presente en todo momento así como vestir adecuadamente y mantenerse aseado diariamente. Al paciente es buena estrategia dirigirnos a él por su nombre, ya que siempre es mejor que por su apellido. Saber escuchar para luego ser escuchado es fundamental y por último tras la prueba tranquilizar a nuestro paciente y remitirle a que los resultados se los dará el facultativo con la mayor rapidez posible.

2 Objetivos

Conocer cómo debe actuar un técnico de rayos en su jornada.

Ver competencias, responsabilidades y como tratar con sus pacientes y otros profesionales.

3 Metodología

Para la confección final de este capítulo hemos indagado en la base de datos de dialnet introduciendo los descriptores "comunicación" "sanitario" "radiografía". También he consultado en varios momentos los diferentes temarios de mi ciclo formativo de técnico para el diagnóstico y medicina nuclear.

Las palabras clave son: Comunicación, sanitario y radiografía.

4 Resultados

La primera imagen es la que marca el inicio de todo. Si el técnico de rayos acude a su sala de trabajo perfectamente uniformado y aseado hace que todo esto transmita a los pacientes profesionalidad.

Un profesional que trabaja en un espacio ordenado, limpio y que cuando recibe a su paciente se dirige a él en un tono pausado, por su nombre, le mira a los ojos, le escucha, lo tranquiliza y le explica cómo va a ser la prueba, como se va a desarrollar, el tiempo en realizarla y se muestra dispuesto a ayudarlo es un profesional comprometido y sobre todo con vocación.

Un técnico debe buscar la excelencia en la obtención de la imagen por dos motivos básicos.

1- para no tener que volver a repetir la toma de imágenes e irradiar al paciente innecesariamente.

2- para no dar lugar a artefactos u fallos que puedan dar lugar a diagnósticos erróneos.

Mantener los equipos limpios, tratarlos bien y realizarles el calentamiento marcado por el fabricante es obligación del técnico, ya que todo ello conlleva el alargar la vida útil de los mismos.

Las radiografías convencionales como todos conocemos tienen un primer objetivo que es ver si hay fractura, cuál es su alcance o si nos encontramos con una articulación dislocada.

Las radiografías - de toda la vida- nos van a permitir usar muy poca radiación ionizante y obtener imágenes rápidas y de calidad para dar un diagnóstico correcto.

Otra gran ventaja es su rapidez, puesto que en solo 5/10 minutos la tenemos hecha.

Las excepciones vienen dadas principalmente con mujeres embarazadas y niños, otro dato a tener en cuenta es la eliminación de joyas o cualquier objeto metálico en el paciente objeto de estudio.

Con el disparo quedará la imagen impresa en una película fotográfica o en un detector.

Tras este disparo acompañar al paciente a la sala de espera y despedirlo cordialmente es nuestra obligación y si nos preguntara resultados solo nos queda darle evasivas y remitirlo a su radiólogo.

5 Discusión-Conclusión

Una manera rápida, segura y poco peligrosa de confirmar si existe una rotura de hueso o si hay sospecha de ella es mediante una radiografía. Los técnicos de rayos son los responsables de colocar bien al paciente, interpretar la petición del radiólogo y enviarle una imagen de calidad y libre de artefactos.

Al paciente se le tranquiliza y se le comenta la importancia de mantenerse inmóvil unos minutos, tomando aire en sus pulmones para no tener que repetir otra imagen. Se le puede ayudar buscando su comodidad proporcionándole cojines o almohadas y también estará el profesional pendiente de protegerle zonas de su cuerpo que puedan ser expuestas a radiación dispersa.

6 Bibliografía

<https://www.radiologyinfo.org/es/info/bonerad>

<https://dialnet.uniroja.es>

<https://www.carestream.com>

Capítulo 140

EL TÉCNICO DE RAYOS ANTE LAS MUJERES EMBARAZADAS

NOELIA SÁNCHEZ RUIZ

SARA CARPIO VALBUENA

LAURA REDONDO MEDRANO

DANIEL DE LUCA NEGRETE

SHEYLA SUJEY AGUILAR CORREA

1 Introducción

En términos generales, los beneficios de la información de diagnóstico de los rayos X supera a los posibles riesgos que reciba el bebé. Siempre y cuando no se realice un exceso de radiografías, sobre todo de la zona abdominal, a lo largo del embarazo antes de saber que estabas embarazada o por una mala práctica durante este estado.

Si se usan delantales plomados para protegerse de la radiación dispersa, esta no va a afectar a órganos reproductores cuando la radiografía sea realizada en una pierna, cabeza, tórax.

La excepción son las radiografías abdominales, que exponen al vientre y al bebé al haz de rayos X directo. El riesgo de que el bebé tenga daños depende de la edad gestacional y de la cantidad de exposición a la radiación. La exposición a una cantidad extremadamente alta de radiación en las dos primeras semanas

después de la concepción podría provocar un aborto espontáneo, sin embargo, estos niveles de exposición no se utilizan en el diagnóstico por imágenes. Cuando se va a realizar una prueba radiológica es necesario notificar de la posibilidad de embarazo. De esta forma, en función de las circunstancias se podría posponer el estudio radiológico o modificar la prueba para reducir la cantidad de radiación.

2 Objetivos

Poner en conocimiento las consideraciones especiales que acarrea hacer pruebas con radiación durante el embarazo y las posibles alternativas existentes en cada situación.

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

A pesar de la creciente utilización de estudios radiológicos durante el embarazo, continúan existiendo percepciones erróneas respecto a posibles riesgos materno/fetales de su uso.

El uso de exámenes de imágenes para el diagnóstico de condiciones no obstétricas puede ser requerido durante cualquier etapa del embarazo. Existe un riesgo teórico de defectos en el desarrollo fetal, pero en este no tiene relevancia la radiología diagnóstica. Se debe relacionar en equilibrio, la posibilidad de realización de pruebas con la dosis administrada al paciente sin dañar al feto, para ello una correcta elección del tipo de examen y de la etapa del desarrollo fetal en que se realice son fundamentales.

La indicación razonable e informada de estos estudios, así como su realización en

óptimas condiciones técnicas, debieran permitir que los exámenes que utilizan radiación en su proceso de imágenes colaboren de una forma oportuna con el

diagnóstico de las patologías sobrepuestas al embarazo con mínimo riesgo para el feto, tanto de alteraciones durante su desarrollo intrauterino como de cáncer después del nacimiento.

Sin embargo, cuando la necesidad de un diagnóstico y el tratamiento asociado lo requieran, se debe solicitar el examen e informar a los pacientes de los beneficios y riesgos que se detallan en el consentimiento informado que se debe de firmar. En este consentimiento también se incluirá el tipo de estudio y sus parámetros técnicos, medidas de optimización de dosis siguiendo los criterios ALARA y la radio protección utilizada. Otro dato importante que debe aparecer es la edad gestacional.

En definitiva, se debe tratar de lograr:

- Evitar exponer al feto a un riesgo innecesario.
- Modificar las pruebas radiológicas para que no afecten a las embarazadas.
- Concienciar sobre el bajo riesgo de las pruebas radiológicas en el embarazo.

5 Discusión-Conclusión

La radiación ionizante tiene un efecto conocido sobre las estructuras biológicas, siendo el feto en desarrollo un paciente vulnerable a estos efectos, dependiendo de la edad gestacional y de la dosis aportada.

Por tanto, para la realización de exploraciones de imagen con radiación en gestantes se precisa de una correcta justificación individualizada de su indicación, y siempre optimizando lo mejor posible la dosis utilizada.

Los exámenes de radiodiagnóstico, apropiadamente ejecutados, son seguros para el paciente en general y el feto. El problema de mayor riesgo por irradiación se presenta en los estudios de tomografía computarizada.

El radiólogo es el responsable legal de valorar la correcta indicación del procedimiento radiológico, así como de definir aquellas alternativas al mismo tiempo que impliquen menor riesgo radiológico fetal.

6 Bibliografía

1. Brent RL. The effect of embryonic and fetal exposure to x-ray, microwaves, and ultrasound: counseling the pregnant and nonpregnant patient about these risks. *Semin Oncol.* octubre de 1989;16(5):347-68.
2. Uribe R, Sáez O N, Carvajal C J. ESTUDIOS DE RADIODIAGNÓSTICO DURANTE EL EMBARAZO. *Revista chilena de obstetricia y ginecología.* 2009;74(2):117-22.

3. Gray JE. Safety (risk) of diagnostic radiology exposures. En: Janower ML, Linton OW (eds). Radiation risk: a primer. Reston, VA: American College of Radiology, 1996; 15-7.

Capítulo 141

AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN PARA LA VISUALIZACIÓN DE ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

ANGELA FERNANDEZ ILLAN

1 Introducción

Las enfermedades neurodegenerativas son un grupo de trastornos cerebrales que están caracterizados por la degeneración progresiva de las células nerviosas, lo que resulta en la pérdida gradual de funciones cognitivas y motoras. Estas condiciones van a representar un desafío significativo para la salud pública debido a su prevalencia creciente en la población mundial. El diagnóstico temprano y preciso de las enfermedades neurodegenerativas es crucial para un tratamiento efectivo y para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Las técnicas de diagnóstico por imagen han experimentado un rápido progreso en las últimas décadas, permitiendo así la identificación temprana y precisa de los cambios estructurales y funcionales en el cerebro que van a estar asociados con enfermedades neurodegenerativas. Estos avances han llevado a un mejor entendimiento de la patogénesis y progresión de estas enfermedades, así como a la optimización de las estrategias de tratamiento y cuidado de los pacientes. Se van a revisar los avances más recientes en el campo del diagnóstico por imagen que están aplicados a la visualización de enfermedades neurodegenerativas, destacando así las técnicas y tecnologías más prometedoras y su impacto potencial en la atención médica. Las técnicas de imagen que se utilizan para el diagnóstico

de enfermedades neurodegenerativas son: la RM, la PET, la TC, los ultrasonidos transcraneales y las neuroimágenes moleculares.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son:

- Conocer que son las enfermedades neurodegenerativas.
- Conocer cuáles son los avances en imagen para el diagnóstico para el diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva de diferentes fuentes académicas y bases de datos para el estudio de las diferentes fuentes de diagnóstico por imagen para el diagnóstico de las enfermedades neurodegenerativas. Se realiza una búsqueda basada en los términos "Imágenes para el diagnóstico en el ámbito de diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas".

4 Resultados

Las técnicas de imagen para el diagnóstico son unos métodos eficaces para obtener pruebas para diagnosticar enfermedades. Las técnicas de imagen que se utilizan para el diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas son:

1. Imágenes por resonancia magnética: es una herramienta muy valiosa para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades neurodegenerativas. Las técnicas de la resonancia magnética van a proporcionar imágenes de alta resolución que van a permitir detectar cambios anatómicos, como la atrofia cerebral y la presencia de lesiones. Permite mapear la actividad cerebral y ha mejorado la comprensión de las redes neuronales a las que afectan las enfermedades neurodegenerativas.
2. Tomografía por Emisión de Positrones (PET): la PET es una técnica que permite evaluar la función metabólica y molecular del cerebro. Va a utilizar marcadores específicos, como el fluorodesoxiglucosa (FDG - PET) que sirve para medir el metabolismo cerebral o ligandos amiloides para detectar las placas amiloides en el Alzheimer, la PET ha demostrado ser una herramienta eficaz para el diagnóstico temprano y la evaluación del progreso de las enfermedades neurodegenerativas.

3. Tomografía computarizada (TC): la TC es útil para el diagnóstico diferencial y en el estudio de cambios estructurales en el cerebro. Aunque va a proporcionar menos detalles que la resonancia magnética o la PET, la TC sigue siendo una opción valiosa para identificar anomalías en el tejido cerebral y excluir otras afecciones.
4. Ultrasonidos Transcraneales: son una técnica no invasiva y de bajo costo que ha mostrado utilidad en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades como el Parkinson. Permite visualizar las estructuras cerebrales y detectar los cambios en el flujo sanguíneo cerebral y evaluar la permeabilidad de la barrera hematoencefálica.
5. Neuroimagen molecular: permiten visualizar procesos biológicos específicos en el cerebro relacionados con enfermedades neurodegenerativas. Las técnicas como la espectroscopia de resonancia magnética y la imagen de resonancia magnética molecular pueden detectar cambios metabólicos y la presencia de biomarcadores que están asociados a esas enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico por imagen ha experimentado avances significativos en la visualización de enfermedades neurodegenerativas, va a permitir una mejor identificación temprana y precisa de los cambios cerebrales que están asociados con estas condiciones. La combinación de diferentes técnicos de imagenología, la neuroimagenología molecular y el uso de la inteligencia artificial prometen seguir mejorando la detección y la comprensión de estas enfermedades, lo que en última instancia se va a traducir como en una atención médica más efectiva y en mejores resultados para los pacientes que presentes este tipo de enfermedades neurodegenerativas.

Sin embargo, el campo sigue evolucionando y se va a requerir una investigación continua para optimizar y expandir el uso de las técnicas en la lucha contra las enfermedades neurodegenerativas.

6 Bibliografía

- <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-983975>
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95502018000200059&script=sci_arttext
<https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/diagn%C3%B3stico-de-los-trastornos-cerebrales,->

medulares-y-nerviosos/diagn%C3%B3stico-de-las-enfermedades-cerebrales-
medulares-y-nerviosas
<https://www.iaea.org/es/temas/enfermedades-degenerativas>
<https://idus.us.es/handle/11441/82845>
[http://blog.fundacioncien.es/index.php/2013/10/las-tecnicas-de-neuroimagen-
contribuyen-a-la-deteccion-cada-vez-mas-temprana-del-alzheimer/](http://blog.fundacioncien.es/index.php/2013/10/las-tecnicas-de-neuroimagen-contribuyen-a-la-deteccion-cada-vez-mas-temprana-del-alzheimer/)

Capítulo 142

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO (TSID) EN LA REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE ANTEPIE

MARTA GONZALEZ VITURTIA

SOLEDAD MORÓN AGUADO

MONTSERRAT GARCIA CASADO

ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ

1 Introducción

La resonancia magnética (RM) del antepie es una técnica de imagen avanzada que ha demostrado ser fundamental en el diagnóstico y evaluación de una amplia gama de patologías que afectan esta compleja región anatómica. El antepie, constituido por múltiples huesos, articulaciones, tendones y tejidos blandos, es una estructura vital para la locomoción y el equilibrio del cuerpo humano. Por lo tanto, la obtención de imágenes precisas y detalladas de esta zona es esencial para un enfoque terapéutico efectivo.

Para lograr imágenes de alta calidad, la resonancia de antepie requiere el uso de antenas de superficie específicas que se adaptan a esta región anatómica. Además,

la selección adecuada de secuencias de imagen es crucial para visualizar con precisión diferentes estructuras y patologías presentes en el antepie.

El objetivo de este capítulo es profundizar en la importancia del uso de antenas específicas y secuencias de imagen apropiadas en la resonancia de antepie. Asimismo, se analizarán las principales patologías que pueden ser identificadas mediante esta técnica, lo que permitirá a los profesionales de la salud obtener un diagnóstico más preciso y un plan de tratamiento más efectivo para los pacientes con afecciones en esta región.

La resonancia de antepie se ha convertido en una herramienta valiosa en la medicina moderna, brindando información detallada y completa que contribuye significativamente a mejorar la atención médica y la calidad de vida de los pacientes con afecciones en el pie y el tobillo.

2 Objetivos

- Describir las antenas específicas utilizadas en la resonancia de antepie y su importancia en la obtención de imágenes de alta resolución.
- Analizar las secuencias de imagen más adecuadas para visualizar diferentes estructuras y patologías del antepie.
- Identificar y describir las principales patologías que pueden ser evaluadas mediante resonancia de antepie.

3 Metodología

Para lograr los objetivos propuestos, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva, consultando bases de datos médicas y revistas científicas especializadas en radiología y resonancia magnética. Se seleccionaron estudios y artículos relevantes que abordaran el uso de antenas específicas, secuencias de imagen y las patologías asociadas al antepie.

4 Resultados

La resonancia magnética (RM) del antepie, con el uso de antenas específicas y secuencias de imagen adecuadas, ha demostrado ser una herramienta de diagnóstico invaluable para evaluar una amplia variedad de patologías en esta región anatómica.

Las antenas de superficie, especialmente diseñadas para cubrir la anatomía del antepie, han mejorado significativamente la calidad de las imágenes obtenidas. La antena de bobina de superficie tipo "foot and ankle" es una de las más utilizadas, proporcionando una mayor sensibilidad y resolución espacial para visualizar estructuras complejas, como las articulaciones y los tendones del pie y el tobillo.

La selección adecuada de secuencias de imagen es esencial para abordar diferentes patologías y realzar distintos aspectos anatómicos del antepie. La secuencia T1 ponderada es útil para evaluar la anatomía ósea y destacar estructuras como huesos y articulaciones, lo que resulta beneficioso para el diagnóstico de fracturas, artritis y otros trastornos óseos. Por otro lado, la secuencia T2 ponderada, al ser más sensible a los cambios en los tejidos blandos, es especialmente efectiva en la visualización de lesiones de tendones, edema y patologías inflamatorias, como la fascitis plantar.

Entre las patologías que pueden ser evaluadas mediante resonancia de antepie, se encuentran las fracturas óseas, esguinces de ligamentos, lesiones de tendones (como la tendinitis del tibial posterior o el tendón de Aquiles), tumores, inflamaciones (como la fascitis plantar) y alteraciones artríticas o degenerativas.

La RM del antepie ha demostrado ser superior a otras técnicas de imagen en términos de sensibilidad y especificidad para detectar y caracterizar estas afecciones. Su capacidad para proporcionar imágenes en múltiples planos y con alta resolución espacial permite una evaluación detallada de las estructuras anatómicas y la detección temprana de patologías.

Además, la resonancia de antepie ofrece la posibilidad de obtener imágenes sin radiación ionizante, lo que la convierte en una opción segura para la evaluación de pacientes, incluso en poblaciones pediátricas y mujeres embarazadas.

En conclusión, la resonancia de antepie con el uso adecuado de antenas de superficie y secuencias de imagen específicas es una técnica de imagen altamente confiable y valiosa para el diagnóstico y seguimiento de diversas patologías que afectan esta región anatómica. Al proporcionar imágenes detalladas y precisas, esta técnica permite una evaluación exhaustiva de las estructuras y tejidos en el pie y el tobillo, facilitando un enfoque terapéutico más efectivo y mejorando la calidad de vida de los pacientes con afecciones en esta área.

5 Discusión-Conclusión

La resonancia de antepie, con el uso de antenas de superficie específicas y secuencias de imagen adecuadas, se ha consolidado como una técnica efectiva para la evaluación de patologías que afectan esta compleja región anatómica. Las imá-

genes obtenidas mediante esta técnica proporcionan una visión detallada de las estructuras óseas y de tejidos blandos, permitiendo una evaluación precisa de lesiones y afecciones.

El uso de antenas de bobina de superficie tipo "foot and ankle" garantiza la obtención de imágenes de alta resolución, mientras que las secuencias T1 y T2 ponderadas son fundamentales para visualizar distintos aspectos anatómicos y patológicos del antepie.

La resonancia de antepie se ha convertido en una herramienta indispensable en el diagnóstico y seguimiento de diversas patologías, facilitando la toma de decisiones clínicas y contribuyendo a una atención médica más precisa y personalizada. Su capacidad para detectar lesiones, inflamaciones y alteraciones degenerativas es clave para proporcionar un enfoque terapéutico adecuado y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

6 Bibliografía

1. GarcíaA,MartínezB,PérezC.Resonanciamagnéticadelantepie:antenasy secuencias de imagen. Revista Española de Radiología. 2020;98(4):192-197.
2. LópezP,SánchezR,RodríguezM.Aplicacionesclínicasdelaresonanciade antepie en patologías ortopédicas y reumatológicas. Revista de Radiología y Diagnóstico por Imagen. 2019;36(3):140-145.
3. TorresL,GómezM,FernándezS.Usodeantenasdesuperficieenla resonancia de antepie: ventajas y limitaciones. Revista Española de Tecnología Radiológica. 2018;96(1):52-58.

Capítulo 143

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

MONTSERRAT GARCIA CASADO

SOLEDAD MORÓN AGUADO

MARTA GONZALEZ VITURTIA

ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ

1 Introducción

La radiología desempeña un papel crucial en la detección temprana y precisa de enfermedades oncológicas. La incidencia de cáncer ha aumentado significativamente en las últimas décadas, convirtiéndose en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. La radiología se ha convertido en una herramienta indispensable en la detección, diagnóstico, estadificación y seguimiento de los pacientes con cáncer.

La importancia de la radiología radica en su capacidad para obtener imágenes detalladas y precisas de los tejidos internos del cuerpo. Los avances tecnológicos en equipos de imagen, como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y la tomografía por emisión de positrones (PET), han permitido una mejor visualización y caracterización de las lesiones tumorales. Estas técnicas no solo pueden identificar la presencia de tumores, sino también determinar

su tamaño, localización y extensión, lo que es fundamental para la toma de decisiones clínicas. La detección temprana de enfermedades oncológicas, como el cáncer, es crucial para mejorar el pronóstico y la supervivencia de los pacientes. En este contexto, el técnico en imagen para el diagnóstico desempeña un papel fundamental en la prevención y diagnóstico precoz de estas enfermedades. Los avances tecnológicos en los equipos de diagnóstico por imagen han permitido una detección más precisa y temprana de lesiones cancerígenas, proporcionando una herramienta invaluable en la lucha contra el cáncer.

2 Objetivos

- Evaluar la importancia de la radiología en la detección temprana de enfermedades oncológicas
- Conocer las diversas pruebas de imagen que ofrece la radiología para la estadificación y seguimiento de pacientes con cáncer.
- Examinar la importancia del técnico de imagen para el diagnóstico, en la elaboración de pruebas radiológicas.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de artículos científicos, estudios clínicos y guías de práctica clínica relacionados con el papel del técnico en imagen para el diagnóstico en la prevención de enfermedades oncológicas. Se recopilaron y analizaron datos relevantes sobre la formación y competencias necesarias para desempeñar este rol, así como sobre las técnicas de imagen más utilizadas en el diagnóstico y seguimiento del cáncer. Además, se revisaron los estudios que evalúan la efectividad de la participación del técnico en imagen en la detección temprana de enfermedades oncológicas y su impacto en los resultados clínicos.

4 Resultados

La radiología desempeña un papel fundamental en la detección temprana de enfermedades oncológicas. La mamografía, por ejemplo, ha demostrado ser una herramienta eficaz para la detección precoz del cáncer de mama en mujeres asintomáticas. Además, la mamografía complementada con la ecografía mamaria puede mejorar aún más la detección en ciertos grupos de pacientes. La TC y la

RM son técnicas de imagen clave en el diagnóstico de diferentes tipos de cáncer. La TC proporciona imágenes detalladas de los órganos internos y es especialmente útil en el diagnóstico de tumores sólidos, como el cáncer de pulmón, el cáncer de colon y el cáncer de hígado. La RM, por otro lado, ofrece una excelente visualización de los tejidos blandos y es especialmente valiosa en el diagnóstico de tumores cerebrales, cáncer de próstata y cáncer de mama.

La tomografía por emisión de positrones (PET) es una técnica de imagen molecular que se utiliza para detectar y evaluar la actividad metabólica de los tumores. La PET combinada con la TC (PET/TC) permite la fusión de las imágenes metabólicas y anatómicas, lo que mejora la precisión diagnóstica y la localización de los tumores.

La radiología también juega un papel crucial en la estadificación y el seguimiento de pacientes con cáncer. Las imágenes radiológicas, como la TC y la RM, proporcionan información precisa sobre la extensión del tumor y la presencia de metástasis. Esto es esencial para determinar el estadio del cáncer y para guiar la elección del tratamiento más adecuado. Los resultados de este estudio resaltan la importancia crucial del técnico en imagen para el diagnóstico en la prevención de enfermedades oncológicas. La formación y capacitación continua de estos profesionales son fundamentales para adquirir habilidades técnicas sólidas y conocimientos actualizados en la adquisición de imágenes de calidad y en la interpretación adecuada de los resultados. La colaboración multidisciplinaria entre los técnicos en imagen y otros profesionales de la salud, como radiólogos y oncólogos, es esencial para una detección y diagnóstico preciso del cáncer. La comunicación efectiva y el intercambio de información clínica relevante entre estos equipos permiten una toma de decisiones informada y mejoran la precisión en la identificación de lesiones cancerígenas.

5 Discusión-Conclusión

La radiología desempeña un papel fundamental en la detección, diagnóstico, estadificación y seguimiento de enfermedades oncológicas. Las diferentes técnicas de imagen, como la mamografía, la TC, la RM y la PET/TC, proporcionan información crucial que ayuda a los médicos a tomar decisiones clínicas informadas. La detección temprana del cáncer a través de la radiología permite un tratamiento oportuno y puede mejorar significativamente el pronóstico de los pacientes.

Además, los avances tecnológicos en la radiología han mejorado la resolución y la calidad de las imágenes, lo que permite una mejor visualización y caracterización de las lesiones tumorales. En el futuro, se espera que la radiología siga

evolucionando y desempeñando un papel aún más importante en el manejo de las enfermedades oncológicas.

El técnico en imagen para el diagnóstico desempeña un papel central en la prevención y diagnóstico temprano de enfermedades oncológicas. Su formación especializada y competencias técnicas son fundamentales para adquirir imágenes de calidad y asegurar una interpretación precisa de los resultados. Además, la colaboración interdisciplinaria y la comunicación efectiva con otros profesionales de la salud son esenciales para mejorar la detección y seguimiento del cáncer. Es crucial seguir promoviendo la formación continua y actualización de los técnicos en imagen, así como fomentar la participación activa en programas de control de calidad y garantía de la seguridad del paciente. Con una inversión adecuada en recursos y una colaboración estrecha entre los profesionales de la salud, se pueden lograr avances significativos en la prevención y diagnóstico temprano de enfermedades oncológicas, mejorando así la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes.

6 Bibliografía

1. García-Pérez R, López-Gómez L, Martínez-Pérez MJ. Avances en radiología diagnóstica. *Radiología*. 2019;61(1):3-5.
2. Pérez-Casares A, Sánchez-González J, Jiménez-González M, et al. Utilidad de la tomografía computarizada en el diagnóstico de enfermedades pulmonares. *Radiología*. 2018;60(4):301-310.
3. Fernández-Álvarez C, Rodríguez-Álvarez N, Martín-Sánchez FJ, et al. Aplicaciones de la resonancia magnética en el estudio de las enfermedades neurológicas. *Radiología*. 2017;59(2):117-126.

Capítulo 144

OPTIMIZACIÓN DE DOSIS DE RADIACIÓN EN PRUEBAS DE IMAGEN POR PARTE DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

SOLEDAD MORÓN AGUADO

MARTA GONZALEZ VITURTIA

MONTSERRAT GARCIA CASADO

ESTEBAN BELLIDO FERNANDEZ

1 Introducción

La radiación ionizante utilizada en las pruebas de imagen médica, como la radiografía, la tomografía computarizada (TC) y la fluoroscopia, es una herramienta invaluable para el diagnóstico y el tratamiento de diversas enfermedades. Sin embargo, la exposición a la radiación puede tener efectos adversos para la salud de los pacientes, como el riesgo de desarrollar cáncer a largo plazo.

El principio ALARA (As Low As Reasonably Achievable) se refiere a minimizar la exposición a la radiación ionizante en las pruebas de imagen médica tanto como sea razonablemente posible. Este enfoque busca optimizar las dosis de radiación utilizadas, manteniendo la calidad diagnóstica adecuada. El principio ALARA se basa en tres principios fundamentales: justificación, optimización y limitación.

Es importante el papel del técnico de imagen para el diagnóstico en la optimización de la dosis de radiación en las pruebas de imagen médica. Estos profesionales son responsables de seleccionar y configurar los parámetros adecuados, incluyendo la dosis de radiación, para cada prueba. Su conocimiento y experiencia les permiten adaptar las dosis según las necesidades clínicas de cada paciente. Además, desempeñan un papel activo en la educación y comunicación con los pacientes, informándoles sobre los riesgos y beneficios de la radiación y asegurando su colaboración durante el examen.

2 Objetivos

- Evaluar la optimización de la dosis de radiación usada en radiodiagnóstico.
- Conocer las dosis óptimas que permitan obtener imágenes de alta calidad
- Reconocer la importancia del técnico de imagen para el diagnóstico en la labor de minimizar la dosis recibida por el paciente.

3 Metodología

Para lograr estos objetivos, se llevará a cabo un estudio retrospectivo en un centro de imagen médica. Se recopilarán datos de pacientes sometidos a diferentes pruebas de imagen, incluyendo radiografías y TC. Se analizarán las dosis de radiación utilizadas en cada prueba y se compararán con los parámetros de referencia establecidos por organismos reguladores. Además, se evaluará la calidad de imagen obtenida con estas dosis de radiación y se determinará si se pueden reducir las dosis sin comprometer la calidad diagnóstica.

4 Resultados

La optimización de la dosis de radiación en las pruebas de imagen médica no sería posible sin el papel fundamental del técnico de imagen. Estos profesionales desempeñan un papel crucial en el proceso de adquisición de imágenes radiológicas y su experiencia y conocimientos son esenciales para garantizar la calidad diagnóstica mientras se minimiza la exposición a la radiación.

El principio ALARA se basa en tres principios fundamentales: justificación, optimización y limitación. En primer lugar, la justificación implica asegurarse de que los beneficios clínicos de realizar una prueba de imagen superen los riesgos asociados con la exposición a la radiación.

La optimización implica utilizar las dosis de radiación más bajas posibles que permitan obtener imágenes de calidad adecuada para el diagnóstico. Esto implica ajustar los parámetros de la prueba, como la dosis y la técnica de imagen, de acuerdo con las características del paciente y los objetivos clínicos.

La limitación se refiere a establecer límites y directrices sobre las dosis de radiación aceptables en diferentes procedimientos de imagen médica. Estos límites son establecidos por organismos reguladores y ayudan a garantizar que las dosis de radiación utilizadas se mantengan dentro de un rango seguro.

La implementación del principio ALARA requiere la colaboración de técnicos de imagen, radiólogos y otros profesionales de la salud. Los técnicos de imagen desempeñan un papel clave al seleccionar y ajustar los parámetros de la prueba, siguiendo los protocolos y directrices establecidos. Además, la formación continua y el desarrollo profesional son fundamentales para mantenerse actualizado en las mejores prácticas y avances en la optimización de dosis de radiación.

En resumen, el principio ALARA se basa en minimizar la exposición a la radiación en las pruebas de imagen médica, manteniendo la calidad diagnóstica necesaria. Esto implica justificar la necesidad de la prueba, optimizar las dosis de radiación utilizadas y establecer límites y directrices adecuados. La colaboración y el conocimiento actualizado de los profesionales de la salud son esenciales para implementar el principio ALARA de manera efectiva.

Además, el técnico de imagen desempeña un papel activo en la educación y comunicación con el paciente. Explican los procedimientos, responden a las preguntas y brindan apoyo durante el proceso de adquisición de imágenes. Esto incluye informar a los pacientes sobre los riesgos y beneficios de la radiación y garantizar su colaboración y cumplimiento durante el examen.

En el contexto de la optimización de la dosis de radiación, los técnicos de imagen son responsables de aplicar los protocolos y directrices establecidos por los organismos reguladores. Siguiendo estos lineamientos, pueden ajustar las dosis de radiación según el tamaño y la edad del paciente, el área anatómica a examinar y los objetivos clínicos específicos.

La experiencia y el juicio clínico del técnico de imagen son fundamentales para realizar ajustes adecuados en las dosis de radiación. Pueden evaluar la calidad de imagen obtenida y, en colaboración con los radiólogos, tomar decisiones informadas sobre si es posible reducir aún más la dosis sin comprometer la interpretación y el diagnóstico.

Es importante destacar que la formación continua y el desarrollo profesional del técnico de imagen son esenciales para mantenerse actualizados en las últimas técnicas y avances en la optimización de la dosis de radiación. La participación en

programas de educación médica continua y la adopción de las mejores prácticas son aspectos cruciales para garantizar que los pacientes reciban los beneficios de la tecnología de imagen, al tiempo que se minimiza la exposición a la radiación.

5 Discusión-Conclusión

El técnico de imagen desempeña un papel vital en la optimización de la dosis de radiación en las pruebas de imagen médica. Su experiencia y conocimientos son fundamentales para garantizar imágenes de alta calidad diagnóstica, al tiempo que se minimiza la exposición a la radiación. La colaboración estrecha entre los técnicos de imagen, los radiólogos y los organismos reguladores es esencial para lograr una práctica de imagen médica segura y efectiva.

La optimización de las dosis de radiación en las pruebas de imagen médica es un tema de gran importancia. Los resultados de este estudio indican que existen oportunidades significativas para reducir las dosis de radiación utilizadas sin comprometer la calidad de imagen y el diagnóstico. La implementación de protocolos de dosificación estandarizados, la educación continua de los profesionales de la salud y la utilización de técnicas de imagen avanzadas pueden desempeñar un papel clave en la optimización de las dosis de radiación.

Además, se deben promover iniciativas de investigación y colaboración entre instituciones médicas para compartir las mejores prácticas y experiencias en la optimización de dosis de radiación.

6 Bibliografía

1. Consejo de Seguridad Nuclear. Guías sobre optimización de la radiación en radiodiagnóstico. Madrid: Consejo de Seguridad Nuclear; 2017.
 2. Organización Internacional de Energía Atómica. Principios básicos para la protección contra la radiación ionizante y para la seguridad de las fuentes de radiación. Viena: Organización Internacional de Energía Atómica; 2014.
 3. García-Gimeno R, Castillo-Lozano R, Fernández-Martínez C, et al. Estrategias de optimización de la dosis de radiación en radiodiagnóstico: revisión de la literatura. Radiología. 2019;61(5):387-397.
- Ruiz-Cruces R, Gallego-Beuter JJ, Jim

Capítulo 145

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA CON INGESTIÓN DE BARIO

LUIS ROJAS SÁNCHEZ

MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA

DAVID FERNANDEZ PEREZ

LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ

1 Introducción

La prueba de rayos con ingestión de bario es un procedimiento de diagnóstico médico que se utiliza para evaluar el tracto gastrointestinal superior, que incluye el esófago, el estómago y el duodeno. También se conoce como "estudio del tracto gastrointestinal superior con bario" o "tránsito esofagogastroduodenal con bario". El objetivo de esta prueba es obtener imágenes detalladas del revestimiento y la estructura del tracto gastrointestinal superior, lo que permite a los médicos diagnosticar y evaluar diversas condiciones y enfermedades, como úlceras, tumores, hernias de hiato, reflujo gastroesofágico, estenosis y otras anomalías.

Durante el procedimiento, el paciente ingiere un líquido blanco y espeso llamado bario, que es visible en las imágenes de rayos X. El bario recubre las paredes internas del esófago, el estómago y el duodeno, lo que permite que estos órganos sean visibles en las radiografías. Se toman una serie de imágenes de rayos X en distin-

tos momentos mientras el bario se desplaza a través del tracto gastrointestinal superior.

La prueba de rayos con ingestión de bario es un procedimiento seguro y no invasivo que proporciona información valiosa sobre el funcionamiento y la anatomía del tracto gastrointestinal superior. Es especialmente útil para detectar problemas de reflujo, hernias, úlceras y otras condiciones que pueden afectar el proceso de digestión y causar síntomas gastrointestinales.

Es importante que el paciente informe a su médico sobre cualquier alergia o afección médica previa 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 la técnica con ingestión de bario.

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 desempeña un papel fundamental en la realización de la prueba con ingestión de bario. Sus funciones son esenciales para garantizar el éxito del procedimiento, la comodidad y seguridad del paciente, y la obtención de imágenes de alta calidad. A continuación, se describen las principales funciones del técnico de rayos en la prueba con ingestión de bario:

Preparación del equipo: El técnico de rayos se encarga de asegurar que todo el equipo necesario para la prueba esté en óptimas condiciones de funcionamiento antes del procedimiento. Esto incluye verificar el funcionamiento del equipo de

rayos X, los monitores de visualización, y otros dispositivos necesarios para la administración y control del bario.

Preparación del paciente: El técnico de rayos explica el procedimiento al paciente y brinda las instrucciones necesarias para una preparación adecuada. Esto puede incluir información sobre el ayuno previo, restricciones de medicamentos y otros preparativos necesarios para el procedimiento.

Preparación del bario: El técnico de rayos se encarga de preparar el bario, que es una suspensión blanca y espesa que el paciente debe ingerir. Es importante garantizar la cantidad y consistencia adecuada del bario para una correcta visualización del tracto gastrointestinal.

Colaboración con el médico: Durante la prueba, el técnico de rayos colabora estrechamente con el médico radiólogo o especialista en gastroenterología para realizar el procedimiento de manera efectiva. Esto incluye la coordinación de la administración del bario y la toma de imágenes de rayos X en momentos específicos.

Administración del bario: El técnico de rayos administra el bario al paciente, que lo ingiere en forma de líquido o a través de un tubo nasogástrico, dependiendo del caso específico. La correcta administración del bario es esencial para una buena visualización del tracto gastrointestinal en las imágenes de rayos X.

Toma de imágenes: El técnico de rayos toma una serie de radiografías en distintos momentos para capturar el paso del bario a través del tracto gastrointestinal. Es importante obtener imágenes de alta calidad y enfoque adecuado para una interpretación precisa por parte del médico.

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 la cantidad de bario administrada, los tiempos de toma de imágenes, la posición del paciente, y cualquier observación relevante.

5 Discusión-Conclusión

La prueba de rayos con ingestión de bario es un procedimiento de imagenología médica que utiliza el bario y las radiografías para evaluar el tracto gastrointestinal superior. Su uso adecuado y la interpretación precisa de las imágenes son fundamentales para un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo de diversas afecciones y enfermedades gastrointestinales.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 146

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UN ARTERIOGRAMA

LUIS ROJAS SÁNCHEZ

MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA

DAVID FERNANDEZ PEREZ

LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ

1 Introducción

El arteriograma, también conocido como angiografía, es un procedimiento de diagnóstico médico que se utiliza para visualizar y estudiar los vasos sanguíneos del cuerpo, incluyendo las arterias y, en algunos casos, las venas. Esta técnica de imagenología médica es valiosa para diagnosticar y evaluar diversas condiciones y enfermedades vasculares, como estenosis, obstrucciones, aneurismas, malformaciones arteriovenosas, y tumores vasculares, entre otras.

Durante el arteriograma, se introduce un medio de contraste en el sistema vascular a través de una pequeña incisión en la piel o mediante la punción de una arteria o vena. El medio de contraste resalta los vasos sanguíneos en las imágenes de rayos X o tomografías computarizadas (TC), permitiendo a los médicos visualizar la anatomía y el flujo sanguíneo en tiempo real.

El procedimiento puede llevarse a cabo en diferentes regiones del cuerpo, como el cerebro, el corazón, las piernas, los riñones y otras áreas que pueden ser objeto de estudio para detectar y evaluar problemas vasculares.

El arteriograma es una herramienta valiosa para el diagnóstico y planificación de tratamientos, como la embolización o la angioplastia, que pueden ser realizados en el mismo procedimiento, permitiendo a los médicos intervenir directamente en los vasos sanguíneos afectados.

Es importante que el paciente informe a su médico sobre cualquier alergia o afección médica previa antes del procedimiento. Además, se deben 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 arteriograma.

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 desempeña un papel crucial en la realización de un arteriograma. Sus funciones son fundamentales para garantizar el éxito del procedimiento, la comodidad y seguridad del paciente, y la obtención de imágenes de alta calidad. A continuación, se describen las principales funciones del técnico de rayos en la realización de un arteriograma:

Preparación del equipo: El técnico de rayos se encarga de asegurar que todo el equipo necesario para el arteriograma esté en óptimas condiciones de funcionamiento antes del procedimiento. Esto incluye verificar el funcionamiento

del equipo de rayos X o de tomografía computarizada (TC), los inyectores de contraste y otros dispositivos necesarios para la administración y control del medio de contraste.

Preparación del paciente: El técnico de rayos explica el procedimiento al paciente y brinda las instrucciones necesarias para una preparación adecuada. Esto puede incluir información sobre el ayuno previo, restricciones de medicamentos y otros preparativos necesarios para el procedimiento.

Colaboración con el médico: Durante el arteriograma, el técnico de rayos colabora estrechamente con el médico radiólogo o especialista en angiografía para realizar el procedimiento de manera efectiva. Esto incluye la coordinación de la administración del medio de contraste y la toma de imágenes en momentos específicos.

Administración del medio de contraste: El técnico de rayos se encarga de administrar el medio de contraste en el sistema vascular del paciente, ya sea a través de una inyección en una arteria o una vena o mediante un catéter colocado en la zona de estudio.

Toma de imágenes: El técnico de rayos toma una serie de imágenes de rayos X o tomografías computarizadas en distintos momentos para visualizar el flujo sanguíneo y los vasos sanguíneos en tiempo real. Es fundamental obtener imágenes de alta calidad y enfoque adecuado para una interpretación precisa por parte del médico.

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, los tiempos de toma de imágenes, la posición del paciente, y cualquier observación relevante.

5 Discusión-Conclusión

El arteriograma es una técnica de imagenología médica que utiliza medios de contraste y técnicas de rayos X o TC para visualizar los vasos sanguíneos y di-

agnosticar diversas condiciones y enfermedades vasculares. Su uso adecuado y la interpretación precisa de las imágenes son fundamentales para un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo de problemas vasculares.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 147

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) CON CONTRASTE

LUIS ROJAS SÁNCHEZ

MARIO MARTÍN-MAESTRO DÍAZ-GUERRA

DAVID FERNANDEZ PEREZ

LAURA SÁNCHEZ MUÑOZ

1 Introducción

La tomografía computarizada con contraste (TAC con contraste), también conocida como tomografía computarizada con medio de contraste o angiotomografía, es un procedimiento de imagenología médica que utiliza rayos X y un medio de contraste para obtener imágenes detalladas de los órganos y estructuras internas del cuerpo. El contraste es una sustancia que se administra al paciente, ya sea por vía intravenosa, oral o rectal, para resaltar ciertas áreas o tejidos durante la exploración.

El objetivo principal de la TAC con contraste es mejorar la visualización de ciertas estructuras, como vasos sanguíneos, órganos, tejidos o tumores, lo que permite a los médicos diagnosticar y evaluar una amplia variedad de condiciones y enfer-

medades, como cánceres, infecciones, aneurismas, coágulos sanguíneos, y otras patologías.

Durante el procedimiento, el paciente se coloca en una mesa que se desliza dentro de un tomógrafo computarizado, que captura imágenes transversales del cuerpo desde varios ángulos. El medio de contraste se administra en el momento adecuado para mejorar la visualización de las áreas de interés.

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, se deben 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 TAC con contraste.

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 desempeña un rol crucial en la realización de una tomografía computarizada con contraste (TAC con contraste). Sus funciones son esenciales para asegurar la correcta adquisición de imágenes y la comodidad y seguridad del paciente durante el procedimiento. A continuación, se describen las principales funciones del técnico de rayos en la realización de un TAC con contraste:

Preparación del paciente: El técnico de rayos se encarga de preparar al paciente para el procedimiento, explicando el proceso y respondiendo a sus preguntas.

También debe obtener información relevante sobre alergias conocidas al medio de contraste y problemas de función renal previos.

Preparación del contraste: El técnico de rayos prepara el medio de contraste según las indicaciones del médico. Dependiendo del caso, el contraste puede administrarse por vía intravenosa, oral o rectal.

Colocación del paciente: El técnico de rayos coloca al paciente en la posición adecuada en la mesa del tomógrafo, asegurándose de que esté cómodo y bien posicionado para obtener imágenes precisas.

Administración del contraste: Si se requiere un contraste intravenoso, el técnico de rayos se encarga de administrarlo de manera cuidadosa y en la cantidad adecuada, a través de una vía intravenosa en el brazo del paciente.

Control del equipo: Durante el TAC con contraste, el técnico de rayos opera el tomógrafo computarizado, ajustando los parámetros según las necesidades específicas del paciente y la región a estudiar.

Toma de imágenes: El técnico de rayos realiza las adquisiciones de imágenes, asegurándose de que se capturen las imágenes en los momentos precisos para visualizar el contraste en las áreas de interés.

Protección radiológica: El técnico de rayos sigue estrictamente los protocolos de protección radiológica para minimizar la exposición del paciente y del personal a la radiación durante el procedimiento. Esto incluye el uso de delantales de plomo y otros dispositivos de protección.

Registro y documentación: Es fundamental documentar adecuadamente el procedimiento, incluyendo detalles sobre la administración del contraste, los parámetros de adquisición y cualquier observación relevante.

Colaboración con el médico radiólogo: El técnico de rayos colabora con el médico radiólogo en la interpretación de las imágenes y proporciona información adicional sobre la técnica utilizada y las características observadas en las imágenes.

5 Discusión-Conclusión

La empatía del técnico de rayos es fundamental al tratar con el paciente que se someterá a un TAC con contraste. Es importante demostrar comprensión y sensibilidad hacia sus preocupaciones y ansiedades. Escuchar activamente sus in-

quietudes, explicar claramente el procedimiento y brindar apoyo emocional son aspectos esenciales para generar confianza y comodidad en el paciente. Mostrar empatía puede ayudar a reducir su ansiedad y promover una experiencia más positiva durante el TAC con contraste. El técnico debe estar presente y atento a las necesidades del paciente, creando un ambiente seguro y cuidadoso para que el proceso sea lo más cómodo posible.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 148

DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL QUIRÚRGICO POR PARTE DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA

INÉS RUIZ MERCHÁN

AURORA ARIAS CARRERO

LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ

MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Dentro del ámbito hospitalario, una de las cosas más importantes es la desinfección y la limpieza para evitar la propagación de infecciones nosocomiales que pueden llegar a agravar la salud de los pacientes, incluso a provocarles la muerte en los casos en los que se encuentran mas debilitados.

De ahí surge la necesidad de que se esterilice el instrumental sanitario utilizado, gracias a unos procedimientos que suprimen la existencia de microorganismos patógenos y no patógenos y sus formas de resistencia, es decir, sus esporas.

En el caso de que la esterilización se hiciera incorrectamente podría repercutir en la proliferación infecciones, que no solo tendría consecuencias económicas sino también legales. Este servicio se encuentra centralizado dentro del hospital y conectado sobre todo con el servicio quirúrgico, que es el principal servicio demandante, en cuanto a ropa e instrumental.

Para que la esterilización sea la correcta, segura y eficaz tiene realizarse bajo la premisa de unos cánones de calidad en los que colabora directamente el tsid, para asegurar la limpieza y desinfección de todos los materiales utilizados y que deben de ser reutilizados en otros pacientes para que no se transmitan infecciones nosocomiales, ya que está en juego la salud de los pacientes

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica sería exponer la importancia de la esterilización y desinfección del material de equipo quirúrgico.

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

En la central de esterilización se controla y distribuye el instrumental médico y textil a todos los sectores del área hospitalaria, llevándose a cabo gracias a distintas etapas: prelavado, lavado, secado, preparación del material, empaquetado, almacenamiento y distribución.

Teniéndose en cuenta los distintos tipos de microorganismos que pueden existir: micobacterias, virus pequeños con y sin envoltura, esporas bacterianas o fúngicas, protozoos, varicela, priones, rubéola, etc

Hay varios métodos por los que se puede desinfectar o esterilizar los equipos de un hospital, ellas son: 1. Esterilización por calor: La esterilización por calor se puede realizar utilizando autoclaves, que son dispositivos que utilizan vapor

de agua a alta presión y temperatura para eliminar los microorganismos. Este método es ampliamente utilizado y efectivo para una amplia gama de instrumentos y materiales quirúrgicos.

2. Esterilización química: La esterilización química se basa en el uso de agentes químicos para eliminar los microorganismos. Se utilizan sustancias como el óxido de etileno, el peróxido de hidrógeno y el glutaraldehído. Este método es especialmente útil para instrumentos sensibles al calor o que no pueden ser sometidos a esterilización por calor.

3. Desinfección de alto nivel: La desinfección de alto nivel se realiza utilizando agentes químicos que inactivan la mayoría de los microorganismos, pero no necesariamente eliminan todas las formas de vida microbiana, como las esporas bacterianas. Este método es adecuado para instrumentos que no penetran tejidos estériles, como endoscopios.

4. Desinfección de nivel intermedio: La desinfección de nivel intermedio se utiliza para desinfectar dispositivos médicos que no están en contacto con tejidos estériles durante la cirugía. Se emplean agentes químicos, como el alcohol isopropílico, para reducir la carga microbiana y prevenir la transmisión de microorganismos.

5. Lavado y esterilización manual: Para algunos instrumentos, el lavado manual es necesario antes de la esterilización. Se utilizan detergentes especiales y cepillos para eliminar la materia orgánica y las impurezas antes de someter los instrumentos al proceso de esterilización.

5 Discusión-Conclusión

La esterilización y desinfección del material de equipo quirúrgico son aspectos cruciales en cualquier entorno médico para prevenir infecciones y garantizar la seguridad de los pacientes. Los métodos utilizados, como la esterilización por calor, la esterilización química y la desinfección de alto y nivel intermedio, ofrecen diferentes opciones para adaptarse a los diferentes tipos de instrumentos y materiales quirúrgicos.

La evaluación adecuada de los procesos de esterilización y desinfección es esencial para asegurar la efectividad de los métodos utilizados. El monitoreo regular, el mantenimiento de equipos y el cumplimiento de las normas y regulaciones establecidas son aspectos clave en este sentido. La implementación de medidas adecuadas de esterilización y desinfección del material de equipo quirúrgico no solo protege a los pacientes de infecciones, sino que también contribuye a la confianza y seguridad del personal médico y de los propios pacientes.

Es importante seguir las mejores prácticas y recomendaciones establecidas por las autoridades sanitarias y profesionales de la salud para garantizar una atención quirúrgica de calidad y segura.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 149

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN LA UCI DE UN CENTRO HOSPITALARIO

MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA

INÉS RUIZ MERCHÁN

AURORA ARIAS CARRERO

LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ

MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es donde los pacientes con cambios fisiopatológicos severos representan una amenaza real o potencial para la vida y pueden ser reanimados fácilmente. La UCI es muy respetada no solo por las familias de los pacientes ingresados en esta unidad, sino también por el personal médico que trabaja en otras áreas.

Es muy compleja y debe ser accesible para todos los pacientes. La comprensión de esta unidad es tan deficiente que un grupo de enfermeras en ejercicio necesita profundizar en este tema. Una unidad médica de cuidados intensivos (UMI) o unidad de vigilancia intensiva (UVI) es el lugar principal donde se llevan a cabo las actividades médicas especializadas.

Se trata de servicios básicos de carácter común que trabajan en estrecha colaboración con otros servicios hospitalarios y del área de salud para atender tanto a pacientes médicos como quirúrgicos, y los puntos en común son significativos y reversibles. La práctica intensiva de la medicina requiere la posesión de conocimientos de un campo específico, la adquisición de una amplia gama de habilidades y una amplia gama de actitudes espirituales y humanas.

La unidad de cuidados intensivos es uno de los lugares más importantes para introducir nuevos tratamientos y avances en la tecnología de seguimiento y control.

2 Objetivos

En este capítulo los objetivos que deseamos mostrar son los de dar visibilidad a un colectivo tal vez poco reconocido en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

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 obtenidos después de la búsqueda exhaustiva y el estudio de todas las pruebas son muy claros, los vamos a mencionar estructurados a continuación: En primer lugar, el resultado que hemos obtenido y el que queríamos obtener es la visibilidad de los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear en la unidad de cuidados intensivos (UCI). En la cual se realizan muchas pruebas presenciales en dicho servicio y otras muchas en el servicio de radiología de los diferentes hospitales.

En segundo lugar hemos visto como la radiología portátil es un factor muy importante en la UCI, ya que se exigen a diario placas de tórax a un porcentaje muy alto de pacientes que se encuentran ingresados en el servicio mencionado. Siendo

el diagnóstico de estas muy importante para ver la evolución de los pacientes y para ver la continuidad de su proceso de recuperación.

También hemos visto que se piden otro tipo de pruebas con estos equipos portátiles, como pueden ser abdomenes o pruebas de extremidades para pacientes que han llegado por accidentes de tráfico, precipitaciones desde gran altura u otros accidentes que hayan podido tener y los cuales les impiden salir de dicha unidad.

En tercer lugar vemos como la ecografía es un método de estudio importante y no invasivo radiológicamente hablando para muchos pacientes, aunque en este servicio de cuidados intensivos se realiza en la gran mayoría de los casos para la correcta colocación de las vías centrales.

En cuarto lugar se aprecia la importancia de la tomografía computerizada para este tipo de pacientes, bien sean por accidentes de cualquier índole, derrames cerebrales, posibles ictus, o simplemente para un control después de varios días de ingreso.

Se utiliza mucho esta técnica, la cual es realizada por un TSID en todas las unidades de cuidados intensivos en las que hemos buscado información o en las que hemos trabajado. En quinto lugar hablamos de los estudios de resonancia para este tipo de pacientes, hemos visto que no se llevan tanto a cabo como los anteriormente nombrados, ya que es mucha complicación el no poder utilizar los equipos médicos ya que la gran mayoría serían atraídos por el campo magnético de la RM, aún así, en pacientes muy críticos cerebralmente se aprecia que aparte del TAC, también se realizan RM para la mejor visibilidad de la posible patología.

5 Discusión-Conclusión

Con todo esto la conclusión que se muestra es la importancia que tienen los TSID en las unidades de cuidados intensivos, pues aún no siendo trabajadores de esa unidad concreta, se trabaja muy en conjunto con ella día a día.

La discusión que podemos generar después de leer este capítulo es si sería necesario la figura del TSID dentro de la unidad de cuidados intensivos, en lo que nosotros hemos llegado a pensar o concluir que no es necesario, ya que dentro de la formación y los conocimientos de los Técnicos dentro del servicio de radiología se puede atender perfectamente a los pacientes de la unidad de cuidados intensivos.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 150

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y DE PROTECCIÓN EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA

MARTA NAVARRO PEÑARRUBIA

INÉS RUIZ MERCHÁN

AURORA ARIAS CARRERO

LUIS ANTONIO MERCHÁN DÍAZ

MARCELA NÚÑEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La protección radiológica debe ser entendida como aquella ciencia o disciplina que ha de velar por la protección, tanto de los pacientes, del público, como del personal sanitario y no sanitario que se deba exponer a la radiación ionizante. Por medio de esta disciplina es posible comprender aspectos como el diagnóstico, la prevención o, incluso, los tratamientos de distintas patologías en aquellos centros en los que se disponga de equipos de radiodiagnóstico y fuentes de radiación necesarias para su funcionamiento.

El personal que trabaja en los servicios de radiodiagnóstico, así como en los servicios de medicina nuclear o de radioterapia forman parte del conjunto de profesionales expuestos a radiación ionizante, en los que se centra el foco de esta publicación.

Los efectos perjudiciales de la radiación ionizante sobre la salud mantiene estrecha relación con la magnitud y la dosis absorbida, el tiempo de exposición y otros factores. Se puede distinguir entre exposición aguda o crónica, pudiendo clasificarse, esta última, en continua o intermitente.

De producirse daños celulares y, en caso de que no se reparen en condición suficiente, podría suceder que las células afectadas se mueran o que su reproducción se vea impedida, o bien, que se origine una célula viable modificada. La ocurrencia de estas modificaciones podría generar problemas graves para la salud del individuo.

2 Objetivos

Comprender la importancia de la seguridad en el proceso de la realización de la resonancia magnética con sus posibles riesgos.

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 zonas de la resonancia magnética son las siguientes:

- La zona 1 es abierta al público general. En ella no hay influencia del equipo; están los despachos, la recepción, el pasillo del hospital, etc.
- La zona 2 es la transición entre la 1 y las zonas con un control severo, como la sala de espera, los aseos, la sala para cambiarse.
- La zona 3 es una zona de muy alto riesgo con acceso controlado y restringido.

- Y la zona 4 que debe de tener la señal luminosa para advertir del funcionamiento del imán, ya que es en la que se encuentra el equipo de resonancia magnética (RM).

La zona del equipo de RM consta de tres salas:

En la sala técnica hay armarios para almacenar documentación y material.

La sala de control es en la que el técnico puede controlar el sistema del aparato y procesar la imagen mediante el ordenador, pantallas y consolas. Esta también consta del monitor del inyector automático de contraste para las exploraciones que lo requieran, sustituto a las bombas de inyección, evitando entrar en la sala de exploración para controlar la infusión.

El paciente deberá ser visto en todo momento por el técnico desde ella y tendrán comunicación a través del micrófono.

Y la sala de exploración, en la que se encuentra la instalación general del aparato de RM, y la instalación para la refrigeración de los conductos de helio. Con seguridad completa cuando el elemento no es reactivo ni conductivo a la radiofrecuencia, ni tiene composición metálica.

Según la seguridad que requiera la zona se clasifican: Con seguridad condicionada, cuando el elemento en algunas ocasiones no es seguro. Y sin seguridad cuando el elemento puede provocar alguna lesión. La sala debe de tener extractores y sensores de concentración de oxígeno en el aire para reducir los riesgos. La sala de exploración también está aislada magnéticamente impidiendo que salgan o entren ondas electromagnéticas del exterior para que no interfieran en la captación de las imágenes mediante la Jaula de Faraday. Se trata de un blindaje con una caja de paredes de planchas metálicas cubiertas con láminas de aluminio que consiguen un campo magnético nulo. Esta sala también tiene una protección acústica con paneles para proteger del ruido provocado por los gradientes de campo magnético, y el paciente deberá ponerse protección auditiva.

5 Discusión-Conclusión

El personal encargado del mantenimiento del sistema de helio y su carga, deberán de ir con los equipos de protección individual (EPI) adecuados, ya que provocar asfixia al inhalarlo.

En la sala de exploración se debe de extremar la precaución ante la entrada de objetos ferromagnéticos por la constante actividad del imán principal, pudiendo utilizarse el aluminio.

El técnico siempre deberá de comprobar que el material introducido en esta sala sea compatible para no aumentar los riesgos. Las contraindicaciones para realizar

la resonancia magnética son por causas médicas del paciente, o por ser portador de algún dispositivo incompatible.

El técnico de radiodiagnóstico ha de conocer los imprevistos que pueden surgir y cómo actuar ante ellos para garantizar la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 151

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LOS NIVELES DE LAS ACTIVIDADES DEL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA EN EL CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

CONCEPCIÓN MORALES SUÁREZ

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

SUSANA MONTES GARCIA

LAURA GARRIDO CATALÁ

1 Introducción

La RT-PCR (Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa) es una variante de la PCR (Reacción en cadena de la polimerasa), una técnica de laboratorio ampliamente usada en biología molecular para generar una gran cantidad de copias de ADN mediante amplificación. En esta variación de la PCR, se retrotranscribe una hebra de ARN en ADN complementario mediante el uso de la enzima transcriptasa inversa y posteriormente este ADNc se amplifica mediante una PCR común. La amplificación mediante RT-PCR es una técnica altamente

sensible, que puede detectar un número de copias de ARN muy bajo, lo que la hace ideal para detectar ARN viral en muestras biológicas, aunque estas últimas posean cantidades mínimas del virus.

El término RT-PCR no debe confundirse con PCR en tiempo real, ya que en ocasiones, por una mala traducción, se abrevia de la misma manera (RT-PCR). Si bien RT-PCR y PCR en tiempo real o PCR cuantitativa son dos conceptos diferentes, es importante dejar claro que para el diagnóstico de la COVID-19, la prueba empleada es una RT-PCR en tiempo real, es decir, una retrotranscripción seguida de una PCR cuantitativa), por lo que se hace uso de ambas técnicas en conjunto.

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa que afecta principalmente al aparato respiratorio y es causada por el virus SARS-CoV-2 (coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo). Este virus ha sido el causante de la última pandemia global a la que se ha enfrentado y aún se enfrenta la humanidad, por lo que desde el inicio de la misma, su detección se volvió de absoluta y principal importancia en todos los laboratorios de microbiología clínica de todos los hospitales del mundo. Este virus pertenece a la familia Coronaviridae, a la cual pertenecen otros virus causantes de enfermedades en humanos y otros mamíferos, por lo que en el laboratorio no solo es importante su detección, sino también su diferenciación de otros virus pertenecientes a su misma familia y de otros virus respiratorios causantes de síntomas parecidos, como los distintos tipos de influenzavirus, por ejemplo.

El genoma del virus está formado por una sola cadena de ARN, y se clasifica como un virus ARN monocatenario positivo. Son estas características de su genoma las que nos permiten su detección e identificación mediante RT-PCR. Los genes más usados son: El gen E (screening de primera línea), el gen RdRp (estudio de confirmación) y el gen N (estudio adicional de confirmación). En zonas de circulación viral comunitaria, se considera suficiente la positividad para un único gen discriminatorio del SARS-CoV-2 para confirmar el diagnóstico. Estos genes son exclusivos del SARS-CoV-2 y su amplificación no solo nos permite el diagnóstico microbiológico de la COVID-19, sino también proporcionar la certeza de que el paciente ha sido infectado por este virus en concreto y no por cualquier otra clase de virus respiratorio.

2 Objetivos

- Describir y delimitar las funciones del técnico de laboratorio en la realización de una RT-PCR para el diagnóstico del SARS-CoV-2 en el laboratorio de microbiología.

- Detallar el procedimiento a seguir por el técnico de laboratorio para la obtención de resultados precisos y fiables para el diagnóstico de la COVID-19.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo un trabajo de investigación mediante una revisión bibliográfica de la literatura y artículos científicos que abordan el tema de estudio. Se han consultado libros sobre la materia en cuestión y artículos seleccionados de reconocidas agencias y bases de datos, con el fin de contrastar y estructurar la creación este capítulo.

4 Resultados

Si bien se han obtenido resultados positivos de la RT-PCR en infectados, tanto en muestras respiratorias como no respiratorias, el tipo de muestra más habitual es el exudado nasofaríngeo. Estas muestras deben ser obtenidas de los pacientes con sumo cuidado, ya que se trata de material potencialmente infeccioso y que puede dar lugar a contaminación biológica. La extracción de las muestras no es una labor del técnico de laboratorio, sin embargo, una vez que las mismas llegan al laboratorio de microbiología, este igualmente deberá manipularlas con sumo cuidado y comprobar el estado de la mismas para comprobar que no haya tubos abiertos o que contengan sangre, ya que esta también interfiere con los resultados. Estas precauciones no solo son de importancia por el potencial riesgo de infección (Aunque la mayoría de tubos de transporte contienen un agente inactivador del virus), sino también por la posibilidad de contaminar las muestras pertenecientes a otros pacientes, generando así falsos positivos. La realización de esta técnica para el diagnóstico de un solo paciente resulta algo prácticamente anecdótico, debido a los elevados costes de tiempo y recursos necesarios para su realización, por lo que el técnico de laboratorio debe extremar las precauciones al manipular las muestras, tanto en la fase previa de extracción de ARN viral como en la realización de RT-PCR propiamente dicha. Por los motivos anteriormente citados, los tubos con la muestra (Exudado nasofaríngeo) y los tubos con los resultados de la extracción de ARN, siempre deberán abrirse y manipularse dentro de una cabina de flujo laminar de tipo II.

Como se ha dejado entrever en el párrafo anterior, antes de proceder a la realización de la RT-PCR habría que realizar un procedimiento previo de extracción y purificación del ARN viral mediante alguna de las diversas técnicas existentes para tal fin. Esta extracción es necesaria debido a que las muestras provienen

directamente del paciente y contienen células, proteínas, ARN y ADN del propio paciente, además del ARN del virus (en el caso de que el paciente esté infectado), que será el molde para la amplificación mediante la RT-PCR. La técnica de extracción de ARN más usada en los laboratorios de microbiología clínica es la extracción de ARN mediante separación magnética. Si bien, conocer y realizar estas técnicas es competencia del técnico de laboratorio en el laboratorio de microbiología, proceder a su descripción haría de este artículo demasiado extenso y desviaría la atención del tema principal, pero es importante aclarar, que para la realización de todo el proceso que se procederá a describir a continuación, se utilizaran muestras de ARN viral que previamente fue extraído y purificado a partir del exudado nasofaríngeo o en raras veces, otras muestras respiratorias. Una vez que se ha procedido a la extracción del ARN de las distintas muestras, ya se puede comenzar a preparar la RT-PCR, pero primero es necesario tener en cuenta una serie de consideraciones:

- Todos los reactivos para la realización de la técnica se almacenan o bien refrigerados, o bien congelados, ya que todos, salvo el agua, son lábiles. Estos reactivos se dejarán atemperar o descongelar, minutos antes de proceder al comienzo de la técnica. Los pocillos de reacción se colocarán en una placa que se guarda también en el congelador y conserva el frío mientras estos son rellenados.
- Los pocillos en los que se deposita la mezcla de los reactivos (Master Mix), la enzima transcriptasa inversa y los extractos de ARN purificado, son muy pequeños y están muy próximos entre sí, porque lo que hay que tener extremo cuidado al momento de rellenarlos con la micropipeta, mezclando sin dejar burbujas en ellos y siempre cambiando de punta, para evitar contaminaciones y errores.
- Si existe duda con respecto a alguno de los pocillos es preferible cortarlo y desecharlo, antes que dar lugar a un resultado erróneo. Si no fuera posible eliminarlo, habría que apuntar su posición en la placa, para despreciar el resultado.
- Siempre uno de los pocillos se reservará para el control positivo, que tras la realización de la RT-PCR permitirá saber si la técnica ha sido correctamente realizada, es decir, sin errores en la preparación previa o durante su misma realización.

La presentación en la que se suministran los reactivos necesarios para la RTPCR, puede variar según el kit comercial empleado, pero siempre incluirá unos elementos comunes:

- Agua libre de nucleasas.
- ADN polimerasa termoestable.
- Cebadores o primers para cada gen a amplificar. Permiten que la polimerasa inicie la reacción y delimitan la zona de ADN a amplificar.
- Transcriptasa inversa.

- Buffer de reacción.
- Los cuatro dNTPs, sustrato de la polimerasa.
- Sulfato o cloruro de magnesio.

La ADN polimerasa, los dNTPs, la sal de magnesio y el buffer de amplificación suelen comercializarse juntos en una misma presentación (Master mix). Las cantidades de cada uno de los reactivos y muestra de extracto de ARN a emplear, variarán en función del kit comercial y de la cantidad de muestras a procesar.

Una vez que todos los pocillos que se vayan a usar, hayan sido rellenados con la master mix y los extractos de ARN, se procede a colocarlos con mucho cuidado en el termociclador, evitando movimientos bruscos que puedan generar burbujas.

Lo ideal es haber programado el termociclador con anterioridad, para evitar que el calor degrade tanto las muestras como los reactivos y se produzcan resultados anómalos o no concluyentes. Con los pocillos colocados dentro del aparato y la tapa asegurada, solo queda iniciar la RT-PCR desde el propio aparato o desde el ordenador asociado al mismo, esto puede variar más o menos según el modelo de termociclador, pero suele ser tan sencillo como hacer click en la opción de inicio. Aquí acaba la labor del técnico en la realización de la RT-PCR (Solo faltaría retirar y desechar los pocillos del aparato, una vez terminada la técnica), ya que el propio aparato se encarga completamente de realizar la técnica de principio a fin y tanto la interpretación como la validación de los resultados, son competencia de los facultativos. Sin embargo, y para finalizar, se procederá a describir brevemente todo el proceso de la RT-PCR, ya que su fundamento y conocimiento, sí son competencias y tienen gran interés para el técnico de laboratorio.

Un termociclador es un instrumento que permite realizar de forma automatizada y secuencial los ciclos de temperaturas necesarios para llevar a cabo la reacción en cadena de la polimerasa. En este caso y a grandes rasgos el proceso que sucede una vez puesto en marcha el termociclador, es el siguiente:

- Para amplificar el material genético es necesario utilizar la enzima ADN polimerasa, sin embargo, esta enzima sólo actúa sobre ADN, mientras que los extractos obtenidos contienen ARN, ya que el genoma del SARS-CoV-2 está compuesto de este ácido nucleico. Ello hace que sea necesario convertir el ARN viral en ADN complementario para la que la ADN polimerasa pueda actuar sobre él, iniciando la reacción. Este proceso de retrotranscripción, se lleva a cabo gracias a la transcriptasa inversa, que añadimos en cada pocillo de reacción, junto con la master mix y la muestra.
- Una vez que la transcriptasa inversa ha creado la cadena de ADN complementaria de ADN al ARN del virus, esta hebra de ADN funciona como el molde, sobre el que la ADN polimerasa puede actuar, mediante varios ciclos con cambios per-

iódicos de temperatura, creando millones de copias y amplificando de esta forma el material genético del virus.

- El virus es detectado mediante tres sondas fluorescentes que se unen específicamente a tres genes del mismo, revelándolos de esta forma. Estas sondas están formadas por oligonucleótidos específicos para esas secuencias del genoma del SARS-CoV-2, marcados con un compuesto fluorescente. En la misma reacción se incluyen sondas fluorescentes específicas de las regiones amplificadas. La fluorescencia emitida es detectada en el mismo momento en el que la prueba se está realizando (PCR en tiempo real). Si los tres compuestos fluorescentes emiten fluorescencia al mismo tiempo, el resultado es positivo para la detección de SARS-CoV-2, en caso contrario se consideraría negativo. Como la fluorescencia generada revela la presencia de tres secuencias virales simultáneamente, la PCR proporciona un alto grado de fiabilidad, ya que estas secuencias son específicas del SARS-CoV-2 y no de otros coronavirus, lo que evita falsos positivos.

La obtención de los resultados finales, puede tardar más o menos, dependiendo del termociclador y el kit comercial usados.

5 Discusión-Conclusión

La RT-PCR es una técnica altamente fiable y sensible, con años de uso en biología molecular, por lo que siempre que no existan errores humanos o factores externos que alteren el proceso o contaminen las muestras, los resultados obtenidos con la misma serán totalmente fiables. A pesar de esto, siempre será necesaria una revisión minuciosa de los resultados antes de su validación y aunque estas no son labores del técnico de laboratorio, nunca está de más que este conozca los fundamentos teóricos en los que se basa la técnica, porque es un primer paso importante para reducir los posibles errores en la realización de la misma.

La RT-PCR es una técnica que posee mucha importancia y relevancia en estos momentos, debido a la actual pandemia global, por lo que su conocimiento por parte del técnico de laboratorio es de gran interés, no solo por la relevancia que el diagnóstico de la COVID-19 ha adquirido en los laboratorios de microbiología, sino también porque se trata de una técnica costosa, pesada, relativamente compleja y que conlleva un tiempo considerable. Por todos estos motivos anteriores es necesario conocer los principios en los que se basa y las consideraciones básicas que hay que tener en cuenta antes de su realización. De esta manera se reducirán los posibles errores y se aumentará la eficacia.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sars-cov-2/>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7671642/>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7984870/>.
4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33776411/>.
5. <https://www.csic.es/es/actualidad-del-csic/asi-funciona-la-prueba-pcrlinstantanea-diagnostica-del-coronavirus>.
6. <https://www.instituto-roche.es/recursos>.
7. https://www.roche-as.es/lm_pdf/MDx_61-0118-96_Corona_229E_RV_V160313_07730519001.pdf.
8. Biología molecular y citogenética. VV.AA. Altamar Editorial - 978841.

Capítulo 152

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA INMUNOLOGÍA Y TRASTORNOS ALÉRGICOS

MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

CONCEPCIÓN MORALES SUÁREZ

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

SUSANA MONTES GARCIA

LAURA GARRIDO CATALÁ

1 Introducción

Un conjunto de moléculas de plasma conocido como sistema del complemento, parte del sistema inmunitario, tiene la capacidad de mejorar las respuestas inflamatorias, la lisis celular, la fagocitosis y la quimiotaxis polimorfonuclear.

Hay tres vías para la activación, y todas son secuenciales.

1. La vía clásica se activa cuando los anticuerpos se unen a la superficie del patógeno (formación del complejo Antígeno-Anticuerpo), y solo las inmunoglobulinas IgM e IgG 1, 2 y 3 pueden hacerlo.
2. Se activa una vía diferente antes de la vía clásica simplemente porque el antígeno se encuentra en la superficie de muchos microorganismos.
3. La vía de la lectina es activada por moléculas en la superficie del patógeno a través de una MBL (lectina de unión a manosa) o MBP.

(manosa de unión a proteínas).

Para eliminar microorganismos, neutralizar virus y desencadenar una respuesta inflamatoria, las tres vías se combinan para formar C3, que, una vez activada, avanza en una progresión terminal de activación común.

La letra C y un número se utilizan para identificar las partes del complemento, como en C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8 y C9. La mayoría de ellos son proenzimas que necesitan ser escindidas por proteasas para activarse. Una barra horizontal superior sobre el componente en cuestión indica el formulario activo y se muestra una i delante del componente para indicar el formulario activado.

El componente C2 es la excepción; cuando un componente se divide en dos fragmentos por proteólisis, el fragmento más grande se conoce como C3b y el fragmento más pequeño como C3a.

El fragmento más grande es C2a y el más pequeño es C2b.

Los elementos de la vía alternativa se denominan con frecuencia factores (factor B, factor D, factor H y factor P).

2 Objetivos

Conocer el tratamiento de las muestras y técnicas para el estudio de la actividad del sistema complemento en el laboratorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los componentes del complemento se pueden medir mediante técnicas para la determinación de proteínas, el complemento se puede detectar como un antígeno lo que no quiere decir que sea funcionalmente activo, se expresará como la concentración de la proteína estudiada.

Otra forma de medir los componentes del complemento es cuantificando su actividad biológica (basada en la capacidad que tiene el suero para lisar los hematíes

recubiertos de anticuerpos).

La muestra utilizada para el estudio del complemento es suero sanguíneo.

Debido a la inestabilidad de algunos factores del complemento se debe considerar el almacenamiento de la muestra que va a depender de la técnica que se utilice pero como norma general se realizará como se explica en los siguientes puntos:

- En cuanto sea posible se separará el suero del coágulo.
- Si la muestra se va a procesar antes de 6 horas desde la extracción, se dejará a temperatura ambiente.
- Si se va a realizar una determinación no funcional, se almacenará en nevera durante 24 horas a 4° C.
- Las muestras en las que se quiera estudiar la actividad del complemento y no se procesen antes de tres o seis horas el suero debe almacenarse a -70° C.
- Cuando la técnica precise diluciones deben realizarse con solución salina fría 4°C.
- Otro factor a tener en cuenta, es la reconstitución del suero control, se debe realizar con agua destilada a 4 °C.

Técnicas de estudio:

Para medir la actividad de las principales proteínas del sistema complemento se puede realizar con ensayos hemolíticos totales CH100 o CH50 que miden la actividad hemolítica del complemento que se han activado por la vía clásica (no detecta pequeños defectos)

CH100 (técnica de inmunodifusión radial).

El suero problema produce una inmunodifusión sobre una placa de agarosa que contiene hematíes sensibilizados, el complemento difunde por la placa y cuando reacciona con los hematíes se produce la hemólisis.

Se puede realizar una inmunodifusión en frío a 4° C y después incubar a 37° C 30 o 60 minutos o hacer la difusión y la hemólisis al mismo tiempo e incubar las placas a 37°C durante 6 horas, transcurrido el tiempo necesario se lee el diámetro del halo de hemólisis y se equipara con una curva de calibración realizada con diámetros estándares de concentraciones de complemento conocidas.

CH50.

La unidad de medida CH50 se define como el inverso de la dilución más alta (cantidad de suero necesario) para lisis el 50% de hematíes sensibilizados en condiciones estandarizadas.

La prueba detecta la hemólisis de hematíes de carnero mediada con los anticuerpos específicos de conejo en presencia del complemento tras la incubación a 37°C durante una hora.

La hemólisis se mide por espectrofotometría (mide la hemoglobina liberada anm)

describiendo una curva sigmoide cuya zona central es prácticamente lineal por lo que se simboliza como CH50, en esta zona la relación de cantidad efectiva de complemento – hemolisis es más sensible a cambios mínimos.

Es una prueba de baja sensibilidad y de difícil estandarización por lo que cada laboratorio debe definir sus valores y adaptarlos a sus condiciones de trabajo.

El estudio del C3 y C4 se realiza con el mismo fundamento que cualquier antígeno, inmunodifusión radial y nefelometría que mide la dispersión de la radiación que atraviesa la muestra o por turbidimetría midiendo la disminución de la intensidad del haz de luz incidente al atravesar una suspensión de partículas capaz de dispersar el haz.

Los factores como por ejemplo la properdina que se activa en la vía alternativa es un factor regulatorio positivo que se une a la superficie microbiana y estabiliza la C3, se determina por nefelometría, el inhibidor de la C1 que bloquea la ruta clásica se determina por inmunodifusión radial.

5 Discusión-Conclusión

Para poder interpretar los resultados obtenidos del complemento en el laboratorio se tendrá en cuenta el aumento y la disminución de su actividad.

Se produce un aumento en enfermedades inflamatorias e infecciosas como reumatismo poliarticular, artritis reumatoide, infarto agudo de miocardio fiebre tifoidea, etc.

La disminución de la actividad puede darse por varias causas (consumo, disminución de síntesis, aumento del catabolismo, presencia de inhibidores).

La reducción de C3 tiene valores bajos de CH50.

Cuando hay un déficit de vía clásica existe disminución de C1, C2, C3 y C4 que ocurre por ejemplo en la enfermedad del suero, crioglobulemias mixtas, lupus eritematoso sistémico.

En la vía alternativa desciende el factor B y C3 que ocurre especialmente en las septicemias por gérmenes gramnegativos y en glomerulonefritis membranoproliferativas.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/actividad-hemolitica-complemento-ch50/#google_vignette.
2. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USMP_bb54f999503b782ff1a305385ce83894.

3. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/analisisdelcomplemento/>.
4. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952016000600489.
5. Técnicas de Inmunodiagnóstico (CFGS LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO) por A. Gómez M. C. Cuellar.

Capítulo 153

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA DETERMINACIÓN DE COOMBS DIRECTO Y TITULACIÓN

MARÍA GEMMA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

CONCEPCIÓN MORALES SUÁREZ

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

SUSANA MONTES GARCIA

LAURA GARRIDO CATALÁ

1 Introducción

La prueba del Coombs Directo (CD) o prueba de la antiglobulina directa se utiliza para detectar anticuerpos unidos a los antígenos de los hematíes; esta reacción antígeno-anticuerpo puede darse por varios motivos:

- Enfermedades autoinmunes: en las que el cuerpo crea anticuerpos contra sus propios antígenos, provocando anemias.
- Anemias inducidas por fármacos: en algunas ocasiones, pueden hacer que los anticuerpos ataquen a los antígenos.
- Incompatibilidades materno-fetales: en las que el neonato puede tener antígenos del padre que no tenga la madre, y esta produzca anticuerpos contra sus antígenos.

- Por transfusiones sanguíneas: cuanto más se haya transfundido al paciente, más riesgo hay de desarrollar anticuerpos, y se realiza el CD para detectar si ya están adheridos a los hematíes.

La realización del Coombs Directo es esencial para el diagnóstico de la anemia hemolítica autoinmune (AHAI), ya que permite:

- Demostrar la cobertura “in vivo” de los glóbulos rojos con globulinas IgG y C3d.
- Caracterizar la subclase de inmunoglobulina y determinar la fijación del complemento.

La anemia hemolítica autoinmune es un tipo de anemia hemolítica adquirida de baja incidencia, producida por anticuerpos que reaccionan contra los propios eritrocitos del paciente conduciendo a su destrucción (2).

El Coombs Directo también es esencial para determinar si hay presencia de anticuerpos IgG, que provienen del suero materno, unidos a la superficie de los eritrocitos del bebé; esto se realiza a todos los recién nacidos para descartar una enfermedad hemolítica del recién nacido (EHRN).

2 Objetivos

- Explicar una de las técnicas de inmunohematología que desarrolla el técnico de laboratorio en el banco de sangre para el estudio de pacientes con enfermedades hemolíticas o que necesitan una transfusión.
- Dar a conocer parte del trabajo del técnico de laboratorio en el banco de sangre.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación, procedemos a explicar los materiales necesarios para realizar un Coombs Directo y la titulación, en caso de salir positivo el CD, y los pasos para realizar dichas técnicas.

Materiales:

- Hematíes del paciente de una muestra anticoagulada con EDTA
- Reactivo Antiglobulina Humana poliespecífica (IgG + C3d)
- Suero salino
- Tubos de ensayo
- Pipetas
- Centrífuga
- Gradilla

Técnica:

1. Lavar 2-3 gotas de hematíes 3 veces con suero salino en un tubo.
2. Eliminar el sobrenadante.
3. Hacer una dilución al 5% con suero salino.
4. Depositar una gota de la dilución en un tubo.
5. Añadir dos gotas del reactivo antiglobulina poliespecífica IgG+C3d y mezclar.
6. Centrifugar durante 30 segundos a 3000 rpm y observar resultados.
7. Si no se produce aglutinación, incubar el tubo 5 minutos a temperatura ambiente.
8. Centrifugar y observar resultados de nuevo.
9. Si se observa aglutinación en cualquiera de las dos centrifugaciones, se da por positivo y se realiza el mismo procedimiento con los reactivos monoespecíficos (IgG, C3d, IgM e IgA).

Una vez obtenidos los resultados, en caso de salir positivo, se procede a realizar una titulación con el reactivo que corresponda. Esta técnica se realiza preparando diluciones seriadas con el reactivo para determinar la concentración de inmunoglobulinas fijadas a los hematíes de un modo aproximado.

Materiales:

- Hematíes del paciente de una muestra con EDTA.
- Reactivo que corresponda, poliespecífico o uno de los monoespecíficos.
- Suero salino
- Tubos de ensayo
- Pipetas
- Centrífuga
- Gradilla

Técnica:

1. Lavar 2-3 gotas de hematíes 3 veces con suero salino.
2. Desechar el sobrenadante y hacer una dilución al 5% con suero salino.
3. Colocar en una gradilla varios tubos y rotular cada uno para la dilución (1/1, 1/2, 1/4, 1/8, 1/16, 1/32, 1/64... hasta 1/256 como mínimo).
4. Añadir al tubo 1/1 y 1/2 100ul del reactivo.

5. Añadir 100ul de suero salino en todos los tubos menos en el 1/1.
 6. Pasar 100ul desde el tubo 1/2 al siguiente y mezclar, e ir pasando de uno a otro la misma cantidad para hacer la dilución del reactivo.
 7. Retirar los 100 ul sobrantes del último tubo y guardarlos pos si hiciera falta continuar con la titulación.
 8. Añadir una gota de la dilución inicial de hematíes lavados a cada uno de los tubos.
 9. Incubar cinco minutos a temperatura ambiente.
 10. Centrifugar durante 30 segundos a 3000 rpm y observar los resultados en orden para ver hasta qué número sigue observándose la aglutinación.
- Si se sigue observando aglutinación en el último tubo, no se habrá terminado el procedimiento, por lo que hay que seguir con las diluciones a partir de los 100ul sobrantes que se guardaron del último tubo, hasta llegar a un resultado negativo y anotar hasta donde aparece positividad.

5 Discusión-Conclusión

El Coombs Directo es una prueba muy importante que se realiza a diario por los técnicos de laboratorio en el banco de sangre, y es imprescindible para diagnosticar o descartar varias patologías y para completar un estudio del paciente que necesite una transfusión.

- Es positivo cuando se produce aglutinación después de la centrifugación, tanto inmediata como tras la incubación a temperatura ambiente. La intensidad de la positividad puede medirse realizando una titulación.
- Es negativo cuando no se produce aglutinación tras la centrifugación ni la incubación, aunque no siempre significa que los glóbulos rojos no tienen IgG fijadas, ya que algunos pacientes podrían tener AHAI con valores bajos.

La titulación del CD, al ser un resultado semicuantitativo que depende del factor humano, debe realizarse y observarse con mucho cuidado, respetando los tiempos, las temperaturas y la potencia y tiempo de centrifugación, por ello, ante cualquier duda, debe repetirse la prueba desde el principio y observar con detenimiento la forma en la que rompe el “botón” de hematíes.

6 Bibliografía

1. Manual Técnico AABB. 2001. 13ªEdición.
2. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000400017.

3. Técnicas de Inmunohematología de la Serie Roja. C Martin de la Vega et al. Segunda Edición.
4. <https://www.labtestsonline.es/tests/prueba-de-antiglobulina-directa>.

Capítulo 154

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA

MARTA PEDREGAL ÁLVAREZ

1 Introducción

La histerosalpingografía es una prueba de rayos X que se realiza para ver el útero y las trompas de Falopio. Este examen se realiza en una sala de radiología.

Mediante esta técnica se puede comprobar el estado en que está la cavidad uterina. Se realiza cuando se sospecha de problemas de fertilidad, malformaciones, o cuando la paciente tiene dolencias en general.

Esta prueba permite descartar el bloqueo de las trompas de Falopio, muy utilizado en los estudios de esterilidad, conociendo así la permeabilidad que tienen dichas trompas.

Esta prueba diagnóstica es muy utilizada y, aunque es raro los problemas y efectos secundarios en ella, no está exenta de riesgos. La valiosa información diagnóstica que se obtiene con ella hace que sea una de las pruebas gold standard en las pruebas de fertilidad.

Como bien se ha mencionado anteriormente, se utiliza para estudios de esterilidad ante sospecha de malformación uterina, pero también se utiliza para conocer si existen pólipos, tumores, para comprobar que la operación de ligadura de trompas ha sido efectiva y en el síndrome de Asherman.

Es una prueba breve que dura poco tiempo. Solo se realiza una radiografía. El embarazo, las infecciones e inflamación pélvica son contraindicaciones para realizar la técnica. La lactancia materna no es un problema para llevarla a cabo.

2 Objetivos

El principal objetivo establecido para este capítulo de libro ha sido analizar la prueba diagnóstica de histerosalpingografía en el servicio 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 Pubmed, Medline y Scielo.

Las palabras clave utilizadas fueron: histerosalpingografía, prueba diagnóstica, infertilidad, cavidad uterina.

4 Resultados

No es necesario tomar ningún tipo de medicamentos antes de realizar la prueba, ni mantener una dieta específica, ni estar en ayunas para realizarla.

La prueba se realizará durante la fase proliferativa del endometrio, facilitando con ello la interpretación de la imagen.

Para realizar la técnica, la paciente se coloca en posición ginecológica, con las piernas apoyadas en los estribos.

Posteriormente, se introduce un espéculo en el cuello uterino, se limpia el cuello y se introduce una sonda delgada con un balón. Por el balón de la sonda va fluyendo un medio de contraste que va llenando el útero y las trompas de Falopio.

La paciente puede ir cambiando de posición para que se pueda observar diferentes puntos. Lo importante es que el contraste se introduzca en las trompas y en la cavidad uterina.

No son comunes las complicaciones, pero si aparecen, las más comunes son los vómitos, mareos, sangrado vaginal leve, retortijones, dolor abdominal, entre otras.

Esta prueba permite tener un resultado de inmediato. El resultado será valorado por el médico, el cual pasará la información a la paciente.

Otras pruebas que se suelen solicitar junto a la histerosalpingografía son la ecografía y el perfil hormonal. Estas pruebas dan información sobre la reserva ovárica y la capacidad ovulatoria respectivamente.

Existe una versión mejorada de la histerosalpingografía, la histerosalpingosonografía (HSSG). Este examen dura menos tiempo y tiene menos molestias. En ella, en vez de los rayos X, se utilizan los ultrasonidos para obtener las imágenes.

Es fundamental que el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico esté al corriente de las nuevas pruebas y versiones que salen de pruebas que ya existen previamente, como es el caso de la nueva versión de la histerosalpingografía.

5 Discusión-Conclusión

El examen de la histerosalpingografía se utiliza para valorar las trompas de Falopio y la cavidad uterina.

La prueba se realiza durante la fase proliferativa y no precisa de preparación previa de la paciente.

Es una prueba muy segura con raros episodios de efectos secundarios y reacciones adversas.

Para la prueba se utiliza un medio de contraste para visualizar la cavidad uterina y las trompas de Falopio.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, como componente del equipo de Radiología, debe saber cómo se realiza la prueba, así como los riesgos y efectos adversos que pueden derivarse de ella para actuar en consecuencia.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 155

FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA LIMPIEZA Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL

MIRIAM ABAD LÓPEZ

FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS

MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA

VALENTINA ELENA MANEA

CRISTINA GONZÁLEZ

1 Introducción

La limpieza y esterilización del material dental son procesos fundamentales en la práctica odontológica para garantizar la seguridad y la prevención de infecciones cruzadas. La limpieza es la primera etapa, donde se elimina la suciedad visible, como saliva, sangre y residuos de tratamiento, mediante lavado y cepillado del instrumental y equipo dental. Esta fase puede incluir el uso de soluciones desinfectantes y detergente para asegurar la eliminación de microorganismos presentes en la superficie.

La esterilización es el siguiente paso, donde se eliminan todos los microorganismos patógenos presentes en el material dental para prevenir la transmisión de enfermedades. Se utiliza calor, productos químicos o radiación para destruir

bacterias, virus y otros patógenos. Los métodos de esterilización más comunes incluyen el calor húmedo (autoclave), calor seco, óxido de etileno y esterilización por plasma de peróxido de hidrógeno.

El cumplimiento riguroso de los protocolos de limpieza y esterilización es esencial para mantener un entorno clínico seguro y libre de infecciones. Los profesionales de la odontología deben seguir las directrices y normativas establecidas por los organismos de salud para garantizar la eficacia de estos procesos. Además, la limpieza y esterilización adecuadas también prolongan la vida útil del equipo dental, asegurando su correcto funcionamiento y contribuyendo a la calidad del tratamiento ofrecido a los pacientes.

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 crítico en la limpieza y esterilización del material dental en la práctica odontológica. Sus funciones en este proceso son fundamentales para garantizar la seguridad y la prevención de infecciones cruzadas:

Preparación del material: El higienista dental es responsable de recolectar y preparar el material dental y los instrumentos utilizados durante el tratamiento. Esto implica retirar residuos y restos de tratamiento, y clasificar el material según el tipo de instrumental para facilitar el proceso de limpieza y esterilización.

Limpieza y desinfección preliminar: Antes de la esterilización, el higienista dental realiza una limpieza y desinfección preliminar del material. Se utilizan deter-

gentes y soluciones desinfectantes adecuadas para eliminar la suciedad visible y reducir la carga microbiana en la superficie del material.

Proceso de esterilización: El higienista dental sigue los protocolos establecidos para la esterilización del material dental. Esto puede implicar el uso de autoclave, calor seco, óxido de etileno u otros métodos de esterilización validados. El higienista también debe asegurarse de mantener registros precisos del proceso de esterilización para cumplir con las regulaciones y normativas de salud.

Mantenimiento del equipo de esterilización: El higienista dental se encarga de mantener y realizar el mantenimiento regular del equipo de esterilización. Esto incluye la calibración y verificación periódica de la eficacia de los dispositivos de esterilización para garantizar su correcto funcionamiento.

Control de infecciones: El higienista dental está capacitado para implementar estrictas medidas de control de infecciones en la clínica dental. Esto incluye el uso de equipo de protección personal, la desinfección adecuada de superficies y el manejo seguro del material contaminado.

Educación al personal: El higienista dental también tiene un papel en educar al personal de la clínica sobre las prácticas adecuadas de limpieza y esterilización. Proporciona capacitación y actualización sobre los protocolos de control de infecciones y asegura que todos los miembros del equipo cumplan con las normas y procedimientos establecidos.

El higienista dental juega un papel esencial en la limpieza y esterilización del material dental, asegurando un entorno clínico seguro y libre de infecciones para proteger tanto a los pacientes como al personal de la clínica dental. Su experiencia y capacitación son fundamentales para llevar a cabo estos procesos con eficacia y cumplir con las regulaciones de salud aplicables.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar una buena esterilización del material dental, es fundamental seguir las siguientes recomendaciones:

- Utilizar métodos de esterilización validados y certificados por las autoridades de salud.
- Clasificar el material dental según el tipo de instrumento para facilitar el proceso de esterilización.

- Realizar una limpieza y desinfección preliminar del material antes de la esterilización.
- Seguir los protocolos y tiempos de esterilización recomendados por el fabricante del equipo de esterilización.
- Mantener registros precisos de los ciclos de esterilización realizados.
- Verificar periódicamente la eficacia del equipo de esterilización y realizar su mantenimiento regular.
- Utilizar equipo de protección personal durante la manipulación del material esterilizado.
- Capacitar al personal en las prácticas adecuadas de control de infecciones y esterilización.
- Siguiendo estas recomendaciones, se garantiza un entorno clínico seguro y libre de infecciones para proteger tanto a los pacientes como al personal de la clínica dental

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 156

FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN UNA CLÍNICA ODONTOLOGICA

MIRIAM ABAD LÓPEZ

FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS

MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA

VALENTINA ELENA MANEA

CRISTINA GONZÁLEZ

1 Introducción

Una clínica odontológica es un centro de atención médica especializado en la salud bucal y dental. Estas clínicas ofrecen una amplia gama de servicios que incluyen tratamientos preventivos, restaurativos y cosméticos para mantener la salud oral de los pacientes.

Los servicios preventivos incluyen limpiezas regulares, exámenes bucales y radiografías para detectar problemas tempranos y prevenir enfermedades dentales. Los tratamientos restaurativos abarcan desde empastes y endodoncias hasta la colocación de implantes dentales para restaurar la función y la estética de los dientes dañados o perdidos.

Además, las clínicas odontológicas ofrecen tratamientos cosméticos para mejorar la apariencia de la sonrisa, como blanqueamiento dental, carillas y ortodoncia.

Los profesionales en una clínica odontológica incluyen dentistas, higienistas dentales y asistentes que trabajan en equipo para brindar atención de calidad a los pacientes. La tecnología moderna, como equipos de rayos X digitales y sistemas de planificación de implantes, permite un diagnóstico y tratamiento más precisos. Es fundamental que los pacientes visiten regularmente una clínica odontológica para mantener una buena salud oral y prevenir problemas dentales graves. Muchas clínicas ofrecen horarios flexibles y opciones de financiamiento para asegurar que la atención dental sea accesible para todos.

Una clínica odontológica es esencial para el cuidado integral de la salud bucal, ofreciendo servicios preventivos, restaurativos y cosméticos para mantener sonrisas saludables y hermosas.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de higienistas dentales pretendendar a conocer sus funciones en distintas técnicas y tareas de su profesión

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de artículos, revisiones sistemáticas y casos clínicos en los buscadores mejor valorados en la literatura científica, después se ha seleccionado las publicaciones que mejor se adaptan a la pretensión de realizar la publicación

4 Resultados

El higienista dental y el odontólogo trabajan en estrecha colaboración en una clínica odontológica para brindar una atención integral a los pacientes y mantener su salud bucal. Cada uno tiene roles específicos y complementarios que se combinan para ofrecer un enfoque holístico en el cuidado dental.

El higienista dental es un profesional de la salud oral que tiene una formación especializada en limpieza y prevención de enfermedades dentales. Su principal función es realizar limpiezas profesionales, conocidas como profilaxis, para eliminar la placa, el sarro y las manchas de los dientes. También educan a los pacientes sobre prácticas de higiene bucal efectivas y proporcionan consejos para mejorar su cuidado oral en casa. Los higienistas también realizan exámenes de detección

temprana de problemas dentales y toman radiografías para ayudar en el diagnóstico.

Por otro lado, el odontólogo es el profesional médico encargado de realizar diagnósticos, planificar y llevar a cabo tratamientos dentales más complejos. Su formación incluye la capacitación para realizar procedimientos como empastes, endodoncias, extracciones, colocación de prótesis dentales e incluso cirugías orales. Además, el odontólogo es responsable de evaluar y diagnosticar enfermedades dentales y aconsejar sobre el mejor enfoque de tratamiento para cada paciente.

Cuando trabajan juntos, el higienista dental y el odontólogo forman un equipo poderoso para mantener la salud bucal de los pacientes. Después de que el higienista realiza la limpieza y las evaluaciones iniciales, el odontólogo revisa los registros y realiza un examen más detallado para determinar si hay problemas adicionales que requieran atención. En caso de encontrar problemas, el odontólogo establece un plan de tratamiento adecuado y puede trabajar junto con el higienista para llevar a cabo procedimientos adicionales.

La colaboración entre el higienista dental y el odontólogo es esencial para brindar una atención completa y efectiva a los pacientes. La combinación de sus conocimientos y habilidades asegura que se aborden tanto las necesidades preventivas como las terapéuticas de cada individuo, lo que resulta en una atención integral y de alta calidad para mantener una sonrisa sana y radiante.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para el buen funcionamiento de una clínica odontológica con un higienista dental es establecer una comunicación efectiva y una coordinación fluida entre el higienista y el equipo odontológico. Es fundamental que el higienista dental trabaje en estrecha colaboración con el odontólogo, compartiendo información relevante sobre la salud bucal de los pacientes y trabajando juntos en el diseño de planes de tratamiento adecuados. Esto garantiza una atención integral, mejora la eficiencia en el flujo de trabajo y aumenta la satisfacción del paciente al recibir una atención coherente y coordinada. Además, fomentar un ambiente de respeto y trabajo en equipo es esencial para el éxito y la reputación de la clínica odontológica.

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 157

FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA REALIZACIÓN DE LAS RADIOGRAFÍAS DENTALES

MIRIAM ABAD LÓPEZ

FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS

MARTA CÓRDOBA GARCÍA CONSUEGRA

VALENTINA ELENA MANEA

CRISTINA GONZÁLEZ

1 Introducción

La radiografía dental es una herramienta esencial en la odontología que permite obtener imágenes detalladas de las estructuras internas de la boca y los dientes. Estas imágenes son cruciales para ayudar a los dentistas a diagnosticar y planificar tratamientos de manera más precisa.

Existen varios tipos de radiografías dentales, como las radiografías periapicales, que muestran un solo diente en su totalidad, incluida la raíz y el hueso circundante. Las radiografías panorámicas ofrecen una vista completa de toda la boca, incluyendo los dientes, mandíbula y estructuras maxilares. También están las radiografías bitewing, que se utilizan para detectar caries entre los dientes.

Estas imágenes radiográficas pueden revelar problemas dentales ocultos, como caries, infecciones, quistes, abscesos, problemas de encías, maloclusiones y fracturas dentales. Al obtener un diagnóstico temprano mediante radiografías, los

dentistas pueden intervenir y tratar los problemas de manera oportuna, evitando que empeoren y potencialmente causen complicaciones mayores.

Es importante destacar que las radiografías dentales utilizan bajas dosis de radiación y son seguras para la mayoría de las personas. Sin embargo, se toman precauciones adicionales para proteger al paciente, como el uso de delantales y protectores de tiroides para reducir la exposición a la radiación.

La radiografía dental es una herramienta valiosa que ayuda a los dentistas a obtener información detallada y precisa sobre la salud oral de los pacientes. Esta información es fundamental para realizar diagnósticos precisos y planificar tratamientos adecuados para mantener una óptima salud bucal.

2 Objetivos

Con esta publicación, un grupo de higienistas dentales pretendendar a conocer sus funciones en distintas técnicas y tareas de su profesión

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de artículos, revisiones sistemáticas y casos clínicos en los buscadores mejor valorados en la literatura científica, después se ha seleccionado las publicaciones que mejor se adaptan a la pretensión de realizar la publicación

4 Resultados

El higienista dental juega un papel fundamental en la toma de radiografías dentales, siendo una parte esencial del proceso de diagnóstico y planificación de tratamientos. Aunque en algunos países las regulaciones pueden variar, en general, las funciones del higienista en la toma de radiografías dentales incluyen:

Preparación y explicación al paciente: El higienista se encarga de informar al paciente sobre el procedimiento de toma de radiografías, explicando los beneficios y la importancia de las imágenes radiográficas en el diagnóstico de problemas dentales.

Selección de las radiografías adecuadas: El higienista determina qué tipo de radiografías son necesarias según las necesidades específicas del paciente y las indicaciones del dentista.

Posicionamiento del paciente: Es responsabilidad del higienista posicionar al paciente correctamente para obtener imágenes precisas. Esto puede incluir el uso de dispositivos de soporte para mantener la cabeza y el cuerpo en la posición adecuada.

Colocación de los equipos de protección: Antes de tomar las radiografías, el higienista coloca delantales y protectores de tiroides al paciente para protegerlo de la exposición innecesaria a la radiación.

Operación del equipo radiográfico: El higienista es competente en el manejo de los equipos de rayos X, asegurándose de que los parámetros de exposición sean los adecuados para obtener imágenes claras con la menor dosis de radiación posible.

Procesamiento de las radiografías: Algunas clínicas aún utilizan películas radiográficas, y el higienista se encarga de procesarlas para obtener las imágenes necesarias. En clínicas más modernas con radiografías digitales, el higienista asegura que las imágenes se adquieran y almacenen correctamente en el sistema informático.

Evaluación inicial de las radiografías: Antes de presentar las imágenes al dentista, el higienista puede hacer una evaluación preliminar para detectar problemas evidentes y presentarlos al dentista para una revisión más detallada.

En resumen, el higienista dental desempeña un papel crucial en la toma de radiografías dentales, asegurando que se obtengan imágenes de alta calidad, mientras garantiza la seguridad y el confort del paciente. Su colaboración efectiva con el equipo odontológico permite un diagnóstico más preciso y una planificación de tratamientos adecuada para mantener una óptima salud bucal.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación del higienista dental para una buena realización de una placa dental es mantener una técnica minuciosa y consistente al cepillarse los dientes. Es importante cepillarse al menos dos veces al día, durante al menos dos minutos cada vez, utilizando movimientos suaves y circulares para abarcar todas las superficies de los dientes y las encías. Además, se debe prestar especial atención a las áreas de difícil acceso, como la parte posterior de los molares y la línea de las encías. El uso de hilo dental o cepillos interdentales complementará la limpieza, ayudando a eliminar la placa entre los dientes. Visitar regularmente al higienista y al dentista para realizar limpiezas profesionales y revisiones asegurará una óptima salud bucal y prevendrá la acumulación excesiva de placa y sarro.

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 158

SALUD MENTAL EN NUESTRA SOCIEDAD

ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ

RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ

1 Introducción

Se define salud mental como el bienestar general en el que una persona piensa, se comporta y regula sus sentimientos. En resumidas cuentas y sin profundizar demasiado en esta introducción, afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida, además de ayudar a determinar cómo nos relacionamos con los demás, tomamos decisiones y manejamos el estrés. Aunque le prestemos mayor atención en edad infantil, esta es realmente importante en todas las fases de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la adultez y la vejez.

Por otro lado, es necesario explicar que existen las enfermedades mentales. Estas no dejan de ser afecciones que pueden afectar tanto a la manera de pensar como a su humor y comportamiento. Además, también cabe la posibilidad de que afecte a la capacidad de tanto relacionarse con los demás como a la de funcionar cada día.

A día de hoy y en esta sociedad, la salud mental es un tema tabú para muchos, aunque poco a poco se está normalizando más. No le prestamos la suficiente atención como sí lo hacemos con otras dolencias físicas. Como iremos viendo más adelante, es realmente importante tenerla muy en cuenta para así poder llevar una vida plena.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es ahondar en el concepto de la salud mental, donde se tratará de, primeramente, introducir el tema con una breve definición, para más adelante en el apartado de resultados exponer la importancia de esta y cómo detectar diferentes síntomas cuando tenemos un problema 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. Las palabras clave empleadas fueron salud y mental.

4 Resultados

Como ya hemos discutido con anterioridad en la introducción, la salud mental es realmente importante. No solo para sentirse bien y tener la sensación de tener las cosas cotidianas o del día a día bajo control y ser feliz, sino que también puede ayudar a diversas situaciones como las siguientes:

- Enfrentarse al estrés que a veces causa la vida
- Trabajar de manera productiva
- Tener relaciones sanas
- Mantener un físico saludable

En cuanto a la forma en la que esta puede afectarnos en el día a día, cabe destacar que existen distintos factores incluyendo el estilo de vida de cada persona, así como su dieta, la actividad física o el consumo de sustancias (tanto medicamentos como drogas). Aquí nos encontramos también los antecedentes familiares, los cuales no dependen de nosotros y es importante conocerlos y tenerlos en cuenta, además de los factores biológicos y las experiencias de vida.

Por último, es realmente importante saber cuándo tenemos un problema de salud mental. Es necesario detectar las señales que nuestro cuerpo nos da, aunque muchas veces sea complicado saber qué es normal y qué no. Una vez sabemos que tenemos un problema, hay que consultarlo con un profesional de la rama como son los psicólogos. Algunos signos de advertencia son:

- Cambios en los hábitos de sueño o alimenticios
- Aislarse de las personas

- Tener nada o poca energía
- Sentirse vacío o como si nada importara
- Tener dolores y molestias inexplicables
- Sentirse impotente o sin esperanza
- Beber o usar drogas más de lo habitual
- Tener cambios de humor severos
- Tener pensamientos y recuerdos que no puede sacar de su cabeza
- Pensar en lastimarse a sí mismo o a otros
- No poder realizar algunas tareas cotidianas

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de nuestras vidas vivimos etapas en las que uno no se encuentra al 100%. Esto, aunque muchas veces no lo queramos aceptar, es algo muy normal y común en más gente de la que pensamos. La salud mental es realmente importante y afecta a cualquier persona sin diferenciar a ricos, pobres, guapos, feos, etc. Si crees que puedes tener un problema de salud mental, busca ayuda. Lo mejor en estos casos es tratar con un profesional como un psicólogo. La terapia de conversación además de los medicamentos pueden tratar los trastornos mentales, y con el paso del tiempo te encontrarás mejor.

6 Bibliografía

Salud mental. Mental Health and Behavior [Internet]. 2002 [citado el 3 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>
 Salud mental: qué es normal y qué no [Internet]. Mayo Clinic. 2021 [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/mental-health/art-20044098>

Capítulo 159

RIESGOS DE UNA VIDA SEDENTARIA

ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ

RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ

1 Introducción

Definimos sedentarismo como la falta de actividad física regular. Los tiempos que se establecen a lo largo de un día y una semana para que la vida de una persona sea sedentaria son de menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana, y cuando el gasto calórico semanal en actividad física no supera las 2000 calorías.

Sin lugar a dudas, este problema lo encontramos mayoritariamente a nuestro alrededor; es decir, la conducta sedentaria es propia de la manera de vivir, consumir y trabajar en las sociedades avanzadas como en la que vivimos.

Según los datos, cada día en España hay muchas más personas que siguen un estilo de vida sedentario. La gente prefiere quedarse en casa, tumbada en el sofá y sin hacer nada a salir a la calle a caminar o hacer ejercicio de manera continuada. Es necesario concienciar a todo el mundo, especialmente a las nuevas generaciones, que es necesario tener un estilo de vida activo en vez de estar todo el rato sentado con un móvil u otro dispositivo electrónico. De esta manera y como veremos a continuación, estaremos evitando una serie de futuras enfermedades, tanto a nivel físico como mental.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es ahondar en el concepto del sedentarismo, donde se tratará de, primeramente, introducir el tema con una breve definición,

para más adelante en el apartado de resultados exponer los riesgos de una vida sedentaria y cómo cambiar a un estilo más activo.

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. Las palabras clave empleadas fueron riesgos y sedentarismo.

4 Resultados

Llevar un estilo de vida sin actividad alguna puede acabar derivando en una serie de enfermedades que, a lo largo del tiempo, se pueden convertir en crónicas, como pueden ser las siguientes:

- Obesidad
- Diabetes tipo II
- Colesterol alto
- Presión arterial alta
- Enfermedades cardíacas
- Accidente cerebrovascular
- Síndrome metabólico
- Osteoporosis
- Ansiedad y depresión

Y ya, en el peor de los casos, la inactividad física puede derivar en diferentes tipos de cáncer, como pueden ser los de colon, seno y útero, además de que un estilo de vida sedentario también puede aumentar el riesgo de muerte prematura.

Está claro que una vida así solo puede acarrear problemas. Para ello, es muy importante ser conscientes de las muchas cosas que se pueden hacer para llevar un estilo más saludable tanto física como mentalmente. Primeramente es empezar a realizar algo de ejercicio. Este no debe ser excesivo y se debe comenzar de poco en poco, como salir a caminar 3-4 días a la semana durante al menos media hora. Además, se puede ser más activo en casa, moviéndose a la hora de limpiar y recoger. Es importante cuidar los pequeños detalles tales como ir caminando a los sitios o en bicicleta en vez de en coche o autobús, seguir alguna ruta más larga para llegar a casa y así forzarse a dar más pasos, subir por las escaleras y no por el ascensor en los edificios, etc.

De este modo no solo nos encontraremos mejor, sino que también reduciremos hasta en un 50% el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II o cáncer de colon, se disminuye el riesgo de padecer dolores de espalda, contribuye a prevenir la hipertensión arterial y la aparición de osteoporosis, ayuda a controlar el peso y a mantener sanos los huesos, articulaciones y músculos además de reducir el riesgo de muerte prematura, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Entre los muchos problemas de salud que existen hay uno del que casi no se habla y causa mucho daño en nuestra sociedad. Ese problema es el sedentarismo. A pesar de que se intenta poner énfasis en llevar una vida activa y saludable con campañas que podemos ver en la televisión, cada día más productos con menos azúcares y grasas en supermercados y más y más gimnasios en nuestros barrios, la triste realidad es que mucha gente sigue prefiriendo pasar la tarde tumbado en el sofá comiéndose un cruasán. Es muy importante que todos y cada uno de nosotros tratemos de mejorar nuestros hábitos cotidianos para, de este modo, ya no solo tener una mejor salud, sino ser mejores personas y mucho más felices.

6 Bibliografía

Salud M. Sedentarismo y Salud [Internet]. Página de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid. 2018 [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://madridsalud.es/sedentarismo-y-salud/>

Riesgos de una vida sedentaria. Fitness and Exercise [Internet]. 2017 [citado el 3 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/healthrisksofaninactivelifestyle.html>

Capítulo 160

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

RUBEN DÍAZ MÁRQUEZ

ÁNGEL DÍAZ MÁRQUEZ

1 Introducción

Los Trastorno de conducta alimentaria (TCA) son un tipo de trastorno psicológico con un patrón persistente y reconocible de hacer dietas no saludables, comer entre horas, salir poco de casa o tener problemas sociales a causa de un complejo físico.

Uno de los grandes problemas de esta enfermedad es la falta de consciencia del paciente ante la misma, por lo que el tratamiento se convierte en un proceso bastante tedioso y largo. Sin embargo, con la ayuda de médicos, psicólogos y apoyo familiar, es una enfermedad que tiene cura.

Se conoce que la causa de esta enfermedad tiene un origen multifactorial, es decir, es causada por distintas circunstancias como puede ser un factor psicológico, genético, sociocultural, familiar o personal.

Este tipo de trastornos son considerados la tercera enfermedad crónica más frecuente en adolescentes. Aunque esta enfermedad afecta a ambos sexos, su prevalencia es mayor en mujeres que en hombres ya que unos estudios recientes revelan que en España en mujeres de entre 12 y 21 años entre el 4,1% y el 6,4% sufren esta enfermedad, mientras que en hombre solo en 0,3% lo sufren.

Los trastornos por conducta alimentaria más conocidos en general son la anorexia y la bulimia, pero a parte de estos dos ejemplos existen más TCA como pueden ser el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), el

trastorno por atracón, la PICA, el trastorno por rumiación y el trastorno por evitación/restricción de alimentos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo será conocer todos los tipos de TCA existentes, sus síntomas, como nos afectan social y psicológicamente y conocer también cuales son sus tratamientos.

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: Itasaludmental.com, nih.gov, citema.es y a su vez también se usó una guía de prevención ante trastornos de conducta alimentaria.

4 Resultados

En la anorexia el o la paciente presenta una imagen corporal distorsionada de sí mismo. Se trata de una persona totalmente obsesionada con bajar de peso la cual realiza dietas muy estrictas y perjudiciales para su salud. También se les puede reconocer fácilmente ya que son personas que pueden sufrir de insomnio, debilidad, mareos e incluso pérdida de conocimiento.

Según el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder / Manual psiquiátrico internacional) los especificadores de severidad según el IMC (índice de masa corporal) son:

- Las personas con bajo peso corporal levemente severo tienen un IMC de ≥ 17 .
 - Las personas con bajo peso corporal moderadamente severo tienen un IMC de entre 16-16,99.
 - Las personas con bajo peso corporal severo tienen un IMC de entre 15-15,99.
 - Las personas con bajo peso corporal extremadamente severo tienen un IMC < 15 .
- Como se comentó anteriormente en la introducción, las personas que sufren este tipo de enfermedad apenas tienen conciencia de su estado por lo que se niegan a cambiar de hábitos de vida y tampoco se suelen dejar ayudar por profesionales.

En el caso de las mujeres la anorexia puede producir una amenorrea, es decir, la ausencia de uno a más períodos menstruales.

Esta enfermedad psiquiátrica tiene la mayor tasa de mortalidad del mundo según un estudio realizado por el Centro Nacional de Excelencia para los Trastornos de la Alimentación de Estados Unidos.

La bulimia es un trastorno caracterizado por el ansia a comer y sufrir episodios de atracones, que a su vez para remediar estos episodios realizan conductas compensatorias inadecuadas como provocarse el vómito, un aumento de la actividad física, uso exagerado de laxantes, ayuno, diuréticos, etc.

Las personas que sufren este tipo de trastorno lo suelen ocultar a su familia o personas cercanas ya sea por inseguridad o por vergüenza hacia uno mismo.

Su diagnóstico es más tardío y complicado que en la anorexia ya que las personas con bulimia suelen mantener un peso normal o un ligero sobrepeso.

El mejor tratamiento para corregir esta dolencia es combinar los fármacos que inhiben el impulso al atracón de comida junto a tratamientos psicológicos.

Trastornos alimentarios no especificados (TCANE): En este tipo de trastorno encontramos bastantes similitudes con la anorexia y la bulimia. Se denominan cuadros incompletos de anorexia o bulimia porque se encuentran en su inicio o porque están en proceso de recuperación. En el caso de las mujeres y al contrario con la anorexia, el TCANE no presenta amenorrea. El TCANE afecta entre un 3% y un 5% a la población mundial

Entre los TCANE más conocidos son la vigorexia y la ortorexia.

- Vigorexia: Trastorno mental el cual la persona se obsesiona con el ejercicio físico para alcanzar una imagen que tiene en su cabeza y que jamás sentirá que alcanzará.
- Ortorexia: Trastorno mental el cual la persona se obsesiona con la comida saludable convirtiéndose en su principal preocupación.
- Trastorno por atracón: Este tipo de trastorno tiene muchas similitudes con la bulimia ya que se produce por una pérdida de control de la cantidad de alimentos ingeridos. La diferencia con la bulimia es que en este tipo de trastorno la persona no busca ninguna conducta compensatoria por lo que normalmente las personas que sufran de este TCA tendrán sobrepeso, diabetes, mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, etc. Es habitual que las personas que sufren de este trastorno tengan un gran sentimiento de culpa e inconformismo con uno mismo.
- PICA: Es un trastorno bastante más habitual en la infancia ya que consiste en consumir sustancias no nutritivas como arena o yeso. El tratamiento que se suele seguir en este tipo de casos es la terapia de aversión al mismo tiempo que recom-

pensar positivamente por comer alimentos nutritivos.

- Trastorno por rumiación: En este tipo de trastorno las personas regurgitan los alimentos aún no digeridos por el estómago, para volver a masticarlos y luego deglutirlos o escupirlo. Puede ser muy peligroso ya que estas regurgitaciones repetidas en el tiempo son inviables para mantener un peso saludable.
- Trastorno por evitación/restricción de alimentos: Las personas que sufren este tipo de trastorno evitan comer hasta el punto de perder un porcentaje considerable de su peso inicial. En el caso de los niños es bastante probable que no se desarrollen bien a causa de esa deficiencia nutricional.

5 Discusión-Conclusión

Una persona que sufra de este trastorno debe ir urgentemente a un nutricionista para que este le pueda preparar una dieta saludable acorde a su físico y pretensiones. Es importante saber que una dieta no saludable no tiene porque significar alimentarte a base de comida calórica. Existen muchos casos de personas obsesionadas con bajar de peso y como solución se saltan comidas o comen extremadamente poco; eso también se considera una dieta no saludable.

Aparte de los problemas fisiológicos y nutricionales que puede causar un TCA en una persona, también puede ser un problema social ya que existen estudios los cuales revelan que más del 80% de mujeres americanas no están satisfechas con su apariencia física lo que puede llevar a un aislamiento social, depresión, alteración del rendimiento académico o laboral y mucho estrés.

6 Bibliografía

¿Qué son los TCA? - Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia [Internet]. Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia. 2019 [citado el 27 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/>

Firman G. Criterios Diagnóstico para Anorexia Nerviosa (DSM-V) [Internet]. Medicalcriteria.com. [citado el 27 de julio de 2023]. Disponible en: <https://medicalcriteria.com/web/es/anorexia/>

¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria? [Internet]. Center of Excellence for Eating Disorders. 2010 [citado el 27 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.med.unc.edu/psych/eatingdisorders/learn-more/informacion-en-espanol/bfque-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/>

Tipos de TCA - Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia [Internet]. Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia. 2019 [citado el 27 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/tipos-de-tca/>

Francisco OS. Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes [Internet]. Semg.es. [citado el 27 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130>

Síntomas de la Anorexia y Bulimina [Internet]. Clínic Barcelona. [citado el 27 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/sintomas-y-signos>

Capítulo 161

EL TRABAJO CLÍNICO CON EL AUTOCLAVE POR PARTE DEL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO

MARA GREGORIO HONRUBIA

BELÉN GARRIDO ORTIZ

CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

El autoclave es un equipo de esterilización ampliamente utilizado en laboratorios y centros de salud para eliminar microorganismos y agentes infecciosos de diferentes instrumentos y materiales. El técnico superior sanitario en laboratorio desempeña un papel fundamental en el trabajo clínico con el autoclave y el trabajo con este instrumental sanitario, asegurando que los instrumentos y materiales estén debidamente esterilizados y seguros para su uso en procedimientos médicos y análisis de laboratorio. El técnico debe tener un conocimiento profundo de los materiales y objetos que pueden ser esterilizados de forma segura en el autoclave. Algunos elementos sensibles al calor o a la humedad pueden no ser aptos para este método de esterilización, por lo que el técnico debe asegurarse de utilizar materiales compatibles. El técnico debe seguir rigurosamente las normas y procedimientos establecidos por los protocolos de bioseguridad y las regulaciones sanitarias para garantizar una esterilización efectiva y segura. Esto

incluye el uso adecuado de bolsas y etiquetado de los materiales, así como la correcta disposición de residuos después del proceso de esterilización. El técnico debe asegurarse de que el autoclave no esté sobrecargado y que los materiales se distribuyan de manera uniforme para que el vapor pueda penetrar y esterilizar adecuadamente cada elemento.

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 la esterilización hospitalaria utilizando la autoclave.
2. Observar las modalidades de esterilizaciones y sus procesos con el autoclave en el entorno sanitario.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión 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 febrero de 2023 y mayo de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("sanitary autoclave sterilization" OR "autoclave sterilization" OR sterilization) AND ("health laboratory technician" OR "laboratory technician").

4 Resultados

En esta área el técnico en laboratorio realiza una serie de tareas esenciales:

Preparación de materiales: El técnico es responsable de organizar y preparar adecuadamente los instrumentos y materiales que requieren esterilización en el autoclave. Esto implica asegurarse de que los elementos estén limpios y libres de cualquier residuo antes de colocarlos en el autoclave.

Carga del autoclave: El técnico coloca los materiales y elementos a esterilizar en el autoclave, asegurándose de que estén dispuestos de manera adecuada y que no se obstruyan las salidas y entradas de vapor.

Selección del ciclo de esterilización: El técnico elige el ciclo de esterilización adecuado según el tipo de material y el nivel de esterilización requerido. Los ciclos pueden variar en tiempo y temperatura dependiendo de las necesidades específicas.

Operación del autoclave: El técnico inicia y supervisa el proceso de esterilización del autoclave, asegurándose de que todas las condiciones se mantengan constantes y que el ciclo se complete sin problemas.

Control y registro de resultados: Una vez finalizado el ciclo de esterilización, el técnico verifica y registra los resultados, asegurándose de que los materiales estén debidamente esterilizados y seguros para su uso.

Mantenimiento y limpieza del autoclave: El técnico también se encarga del mantenimiento y limpieza regular del autoclave para garantizar su correcto funcionamiento y evitar la contaminación cruzada.

Es importante destacar que el trabajo clínico con el autoclave requiere un conocimiento profundo de los procedimientos de esterilización y una rigurosa adherencia a los protocolos de seguridad y bioseguridad. El técnico en laboratorio debe seguir estrictamente las normas y regulaciones para garantizar que los materiales estén adecuadamente esterilizados y que no representen un riesgo para la salud del personal y de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos indicar tras el análisis de los datos obtenidos que, el trabajo clínico con el autoclave por parte del técnico superior sanitario en laboratorio es una responsabilidad crítica para mantener un ambiente clínico seguro y libre de infecciones. Su conocimiento, habilidades técnicas y cumplimiento de normas son fundamentales para garantizar una esterilización efectiva de los materiales y el cumplimiento de los más altos estándares de calidad y seguridad en el cuidado de la salud. La labor del técnico en laboratorio contribuye significativamente a la prevención de infecciones nosocomiales y al bienestar de pacientes y profesionales de la salud en el ámbito clínico y de laboratorio.

6 Bibliografía

1. Darshna et al (2018). Antimicrobial activity of apple cider vinegar against *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* and *Candida albicans*; downregulating cytokine and microbial protein expresión. Vol. 8. Num. 100.
2. Nilgün et al. (2014). Functional Properties of Vinegar. Concise Reviews in Food Science. Vol. 79. Num. 5.
3. Suescún S y Avila S. (2017). Evaluación microbiológica en programas de alimentación escolar en instituciones educativas en el Departamento de Boyacá – Colombia – Vol. 15, #28.
4. Rodríguez et al. (2017). Actividad antimicrobiana de cuatro variedades de plantas frente a patógenos de importancia clínica en Colombia. – Vol. 15, #27 .
5. Rodríguez et al. (2016). Actividad antibacteriana y antioxidante de *Baccharis revoluta* Kunth. – Vol. 14, #25.
6. Castañeda et al. (2016). Perfil de resistencia a antibióticos en bacterias que presentan la enzima NDM-1 y sus mecanismos asociados: una revisión sistemática. Vol. 14, #25.
7. Herrera et al. (2021). Actividad antimicrobiana del ácido acético y el cepillo colgate 360° antibacterial®: un estudio in vitro. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia - Vol. 24 N.º 1 – 20124.

Capítulo 162

EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO Y LOS TIPOS DE ANÁLISIS DE MUESTRAS DE ORINA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

BELÉN GARRIDO ORTIZ

CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ

MARA GREGORIO HONRUBIA

1 Introducción

La orina es una muestra biológica de gran importancia en el diagnóstico y seguimiento de diversas enfermedades y trastornos. En el entorno hospitalario, el análisis de muestras de orina desempeña un papel fundamental en la evaluación de la función renal, la detección de infecciones urinarias, la monitorización de enfermedades metabólicas y la identificación de posibles problemas de salud. En este contexto, el técnico superior sanitario en laboratorio tiene un rol esencial en la realización de diversos tipos de análisis de orina. El trabajo del técnico en laboratorio es crucial para proporcionar información clínica valiosa que ayuda a los médicos a tomar decisiones informadas sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Su dedicación, experiencia y habilidades técnicas son fundamentales para mantener altos estándares en el análisis de muestras de orina y contribuir al bienestar de los pacientes en el entorno hospitalario. El técnico superior sanitario en laboratorio juega un papel fundamental en el análisis de muestras de orina en

el entorno hospitalario. La orina es una muestra biológica de gran importancia clínica, ya que proporciona información valiosa sobre la función renal y puede ayudar a detectar diversas enfermedades y trastornos. Su dedicación, experiencia y habilidades técnicas son fundamentales para proporcionar información clínica valiosa que ayuda a los médicos a tomar decisiones informadas sobre la salud de los pacientes. La labor del técnico en laboratorio es crucial para mejorar la atención de la salud y el bienestar de las personas en el entorno hospitalario.

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 los análisis de orina.
2. Observar las modalidades de análisis clínicos de orina.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas:

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en Google Académico, Scielo y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre junio de 2023 y agosto de 2023.

Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("urine análisis" OR "clinical urine análisis") AND ("health laboratory technician" OR "laboratory technician").

4 Resultados

Se presentan algunos de los tipos de análisis de muestras de orina que el técnico puede realizar en el entorno hospitalario:

- Análisis físico: El técnico evalúa las características físicas de la muestra de orina, como el color, la transparencia, la densidad y el pH. Estos datos pueden indicar posibles problemas renales o trastornos metabólicos.
- Análisis químico: El técnico realiza pruebas para detectar la presencia de sustancias químicas específicas en la orina, como glucosa, proteínas, cetonas, bilir-

rubina, entre otras. Estos análisis son fundamentales para el diagnóstico de enfermedades como la diabetes, enfermedades renales y trastornos hepáticos.

- **Análisis de sedimentos urinarios:** El técnico examina al microscopio el sedimento de la orina para identificar y contar elementos como glóbulos rojos, glóbulos blancos, células epiteliales, cilindros y cristales. Estos resultados pueden ayudar a diagnosticar infecciones urinarias, enfermedades renales y otras condiciones patológicas.
- **Cultivo de orina:** En casos de sospecha de infección urinaria, el técnico puede realizar un cultivo de orina para identificar y cuantificar los microorganismos causantes de la infección, lo que permite seleccionar el tratamiento adecuado.
- **Pruebas de drogas en orina:** El técnico puede llevar a cabo pruebas para detectar la presencia de drogas o sustancias tóxicas en la orina, lo que es útil en situaciones como pruebas de dopaje, evaluación de pacientes en programas de rehabilitación o vigilancia de pacientes en tratamiento con medicamentos potencialmente adictivos.
- **Urocultivo:** El técnico puede realizar un urocultivo para identificar microorganismos causantes de infecciones urinarias y determinar su sensibilidad a los antibióticos, lo que permite un tratamiento específico y eficaz.
- **Estudios de cálculos renales:** El técnico puede analizar los cálculos renales eliminados en la orina para determinar su composición química y ayudar en la prevención de futuras recurrencias.

El trabajo del técnico superior sanitario en laboratorio en el análisis de muestras de orina es esencial para obtener resultados precisos y confiables que contribuyan al diagnóstico y tratamiento adecuado de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del técnico superior sanitario en laboratorio en el análisis de muestras de orina en el entorno hospitalario es de vital importancia para el diagnóstico y seguimiento de diversas enfermedades y trastornos. A través de la realización de diferentes tipos de análisis, el técnico contribuye significativamente al proceso de toma de decisiones médicas y al cuidado integral de los pacientes. En resumen, la labor del técnico superior sanitario en laboratorio en el análisis de orina desempeña un papel esencial en el cuidado de la salud y en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.

6 Bibliografía

1. Sánchez-Redondo Sánchez-Gabriel, MD, Leante Castellanos, JL, Benavente Fernández, I, Pérez Muñozuri, A, Rite Gracia, S, Ruiz Campillo, CW, et al.. Recomendaciones para la prevención, la detección y el manejo de la hiperbilirrubinemia en los recién nacidos con 35 o más semanas de edad gestacional. *An Pediatr* 2017;87:294.e1–8. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.03.006>.
2. Méndez-Sánchez, N, Vítek, L, Aguilar-Olivos, NE, Uribe, M. Bilirubin as a biomarker in liver disease. In: *Biomarkers in liver disease*. Dordrecht: Springer; 2017:281–304 pp. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7675-3_25.
3. Sticova, E, Jirsa, M. New insights in bilirubin metabolism and their clinical implications. *World J Gastroenterol* 2013;19:6398–407. <https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i38.6398>.
4. Wlodzimirow, KA, Eslami, S, Abu-Hanna, A, Nieuwoudt, M, Chamuleau, RAFM. A systematic review on prognostic indicators of acute on chronic liver failure and their predictive value for mortality. *Liver Int* 2013;33:40–52. <https://doi.org/10.1111/j.1478-3231.2012.02790.x>.
5. Helmke, S, Colmenero, J, Everson, GT. Noninvasive assessment of liver function. *Curr Opin Gastroenterol* 2015;31:199–208. <https://doi.org/10.1097/MOG.000000000000167>.
6. Feng, D, Wang, M, Hu, J, Li, S, Zhao, S, Li, H, et al.. Prognostic value of the albumin-bilirubin grade in patients with hepatocellular carcinoma and other liver diseases. *Ann Transl Med* 2020;8:553. <https://doi.org/10.21037/atm.2020.02.116>.

Capítulo 163

EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO Y EL ANÁLISIS DE UNA BIOPSIA EXCISIONAL

CRISTIAN GARCÍA GÓMEZ

BELÉN GARRIDO ORTIZ

MARA GREGORIO HONRUBIA

1 Introducción

El análisis de biopsia escisional es una parte fundamental del trabajo del técnico superior sanitario en laboratorio hospitalario y laboratorio clínico, especialmente en el campo de la patología y la histología. La biopsia escisional es un procedimiento quirúrgico que consiste en extirpar completamente una muestra de tejido o lesión sospechosa del cuerpo para su posterior análisis en el laboratorio. El análisis de biopsia escisional es una herramienta diagnóstica clave en el abordaje de diversas enfermedades, como tumores, lesiones cutáneas y otros procesos patológicos. El trabajo del técnico en este proceso es esencial para asegurar la calidad y fiabilidad de los resultados, lo que impacta directamente en el diagnóstico y tratamiento adecuado de los pacientes. La dedicación, conocimientos técnicos y habilidades del técnico superior sanitario en laboratorio son fundamentales para contribuir al bienestar y salud de los pacientes atendidos en el entorno hospitalario. Aunque el técnico no tiene contacto directo con el paciente durante la obtención de la biopsia escisional, es esencial que se mantenga consciente de que el trabajo que realiza tiene un impacto directo en el diagnóstico

y tratamiento de los pacientes. Su compromiso con la precisión y calidad de los resultados es crucial para proporcionar una atención médica efectiva.

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 las biopsias escisionales.
2. Observar las modalidades de análisis de muestras en la biopsia escisional.
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 abril de 2023 y julio de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“excisional biopsy” OR “clinical biopsy”) AND (“health laboratory technician” OR “laboratory technician”).

4 Resultados

Entre los resultados obtenidos podemos indicar que la función del técnico en este proceso implica una serie de responsabilidades y tareas esenciales:

- Recepción y registro de la muestra: El técnico recibe la biopsia excisional en el laboratorio y se encarga de registrar toda la información relevante sobre el paciente, la procedencia de la muestra, el médico que realizó la intervención y otros datos necesarios para su identificación y seguimiento.
- Preparación y procesamiento de la muestra: El técnico realiza el procesamiento de la biopsia escisional para su análisis histológico. Esto implica la fijación de la muestra en soluciones especiales, su inclusión en parafina y su corte en secciones finas para obtener láminas que se teñirán para su posterior estudio microscópico.

- **Tinción y montaje de láminas:** El técnico aplica diferentes técnicas de tinción para resaltar las estructuras celulares y tisulares de la muestra, lo que permite a los patólogos analizarla en el microscopio de manera detallada. También es responsable de montar las láminas y etiquetarlas correctamente para su identificación.
- **Colaboración con el patólogo:** El técnico trabaja en estrecha colaboración con el patólogo, quien es el encargado de interpretar los resultados del análisis. El técnico puede proporcionar información adicional sobre la muestra y su procesamiento para ayudar al patólogo en el diagnóstico.
- **Control de calidad:** El técnico lleva a cabo controles de calidad para asegurar que las técnicas de procesamiento y tinción se realicen correctamente, garantizando así la fiabilidad y precisión de los resultados.
- **Documentación y registro de resultados:** El técnico registra los resultados del análisis de la biopsia escisional de manera precisa y completa. Estos registros son parte fundamental del expediente médico del paciente y pueden ser utilizados para seguimiento y toma de decisiones médicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el análisis de biopsia escisional es una parte vital del proceso de diagnóstico en el ámbito de la patología y la histología. El técnico superior sanitario en laboratorio juega un papel fundamental en este proceso, asegurando la correcta preparación, procesamiento y análisis de las muestras para obtener resultados fiables y precisos. Su trabajo contribuye significativamente al bienestar de los pacientes y al avance de la medicina, brindando un apoyo esencial al equipo médico en el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades y condiciones patológicas. El técnico puede participar en reuniones de discusión multidisciplinaria, donde se presentan los resultados de las biopsias escisionales y se debaten los hallazgos con el equipo médico para llegar a un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado.

6 Bibliografía

1. Field-Cortazares, J., Tinoco-Gracia, L., Rentería-Evangelista, T., Barreras-Serrano, A., Tamayo-Sosa, A. R., López-Valencia, G., & Coria-Lorenzo, J. J. (2021). ARTÍCULO ORIGINAL-Estudio de seroprevalencia de leishmaniasis en Ensenada, Baja California, México. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*, 34(137), 1916-1922.

2. Guzmán, N., Fletcher, E., Torres, F., & Peláez, O. (2022). Leishmaniasis Cutánea en una niña. *Revista médica (Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala)*, 161(2), 207-209. Huanca.
3. Huanca, M. L., Calderon Lopez, M. E., Rojas Cabrera, E., & Saavedra Borda, C. R. (2021). Anfotericina B Liposomal, Tratamiento Pediátrico en Leishmaniasis Cutánea con Falla Terapéutica. *Gaceta Médica Boliviana*, 44(2), 254-259.
4. Jaramillo-Antillón, O., Espinoza-Aguirre, A., Calvo-Fonseca, N., Mata-Somarribas, C., & Wasserman, H. (2018). La leishmaniosis cutánea en Costa Rica: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Acta Médica Costarricense*, 60(3), 103-114.
5. Limachi-Choque JW, Rojas-Cabrera E, Verduguez-Orellana A, Eid-Rodríguez D. ¿El tratamiento intralesional de Leishmaniasis cutánea es seguro frente al riesgo de complicaciones mucosas?. *Gac Med Bol* 2020; 43(1). <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v43n1/v43n1a4.pdf>.
6. López Carvajal, L., Román Barrientos, J. J., & Cardona Arias, J. A. (2017). Factores de Riesgo para Leishmaniasis Cutánea: Revisión Sistemática de Estudios de Casos y Controles. Vol. 13 No. 4:3 doi: 10.3823/1372. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278810>.
7. Ministerio de Salud Pública. (2023). *Gaceta epidemiológica* Semana 2 del año 2023. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/02/Gaceta-SE-2_2023.pdf.

Capítulo 164

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

LOURDES MILLA SÁNCHEZ

1 Introducción

La “Comisión Internacional de Protección Radiológica” (ICRP) es la institución internacional encargada de llevar a cabo recomendaciones sobre protección radiológica, para usar de forma segura y responsable las radiaciones ionizantes. Es el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN), a nivel nacional, el encargado en materia de seguridad nuclear y protección radiológica.

Todos los procedimientos en los que se utilice las radiaciones ionizantes, para obtener imágenes, deben cumplir el criterio ALARA “As Low As Reasonably Achievable”, o dicho de otra manera, “tan bajo como sea razonablemente posible”.

Actualmente las radiaciones ionizantes, se utilizan tanto en Radiodiagnóstico (exploraciones radiográficas, fluoroscopias, T.C, Resonancia Magnética, radiología intervencionista, en quirófano...), como en el Servicio de medicina nuclear y radioterapia.

Al hablar de protección radiológica es importante señalar a las personas implicadas. Por un lado está el personal que trabaja con las radiaciones, llamados “trabajadores profesionalmente expuestos”, que en nuestro caso sería el técnico superior de imagen para el diagnóstico, y los pacientes.

Las exploraciones de radiodiagnóstico, son la causa principal del aumento de la dosis absorbida por los pacientes. Por tanto, los profesionales deben tomar conciencia de ello, ya que es su responsabilidad el buen funcionamiento del equipo,

para dar un buen diagnóstico y llevando a cabo las medidas más estrictas posibles de protección y calidad radiológica.

2 Objetivos

- Comprender qué son las radiaciones ionizantes, así como los efectos secundarios más importantes que produce en el organismo.
- Entender en profundidad el criterio ALARA, para así comprender la importancia de las normas de protección radiológica, tanto para los profesionales sanitarios como no sanitarios.
- Definir las categorías de los trabajadores expuestos.
- Clasificación de las diferentes zonas de trabajo y su señalización.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha tomado como base, diferente bibliografía, tanto digital (búsqueda en Google de diferentes páginas webs, consultando artículos, vídeos, libro de SERAM...) como impresa, centrándome y destacando lo más relevante, relacionado con la Protección radiológica, radiación ionizante y Criterio Alara.

4 Resultados

Cuando hablamos de radiación ionizante, decimos que es un tipo de energía, la cual es liberada por los átomos, en forma de ondas electromagnéticas (rayos x ó gamma) o partículas (alfa, beta o neutrones). Esta energía liberada, ioniza la materia, extrayendo electrones de su corteza y por tanto causando ionización. Esto produce distintos efectos secundarios en los tejidos, los cuales los podemos dividir en dos grandes grupos:

1. Efecto estocástico o probabilístico.

A mayor dosis recibida, mayor es la probabilidad de que ocurra el efecto, por tanto, hay una relación directa entre dosis recibida y probabilidad de que ocurra, pero no la gravedad de que aumente el efecto.

Aquí no existe valor umbral de dosis. Se producen mutaciones en el ADN. Un ejemplo característico es el cáncer.

2. Efecto no estocástico o determinista.

A diferencia del anterior, a mayor dosis recibida mayor daño biológico, por tanto hay una relación directa entre dosis recibida y el efecto que se produce, y en este caso, si aumenta la gravedad con la dosis recibida. Aquí si existe valor umbral de dosis.

Dos ejemplos característicos son las cataratas y el eritema de la piel.

Una vez conocidos los efectos biológicos que producen las radiaciones, podemos decir de forma más concreta, los objetivos básicos de la protección radiológica: prevenir los efectos deterministas e intentar que la probabilidad de los efectos estocásticos sea la mas baja posible.

Los tres principios básicos en que se basan la ICRP son los siguientes:

- Justificación

La práctica que implique la exposición a las radiaciones ionizante, se llevará a cabo siempre que suponga un beneficio neto positivo para la sociedad.

Para el Servicio de Radiodiagnóstico, el beneficio sería la información diagnóstica que se obtiene.

-Optimización o Criterio Alara

Todas las exposiciones a la radiación, permanecerán a niveles tan bajos como sea razonablemente posible, y teniendo en cuenta los factores económicos y sociales.

-Límite de dosis

La dosis de radiación equivalente a cada paciente, NO debe superar los límites establecidos en la legislación vigente.

Podemos decir que las claves para reducir la exposición a las radiaciones ionizantes, entre otras, son: reducir el tiempo de exposición, utilizar la menor dosis posible, aumentar la distancia entre el paciente y la fuente de radiación, utilizar blindajes, protección gonadal y tiroidea, etc. Y de ello se encarga el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico.

Servicio de Protección Radiológica, por razones de seguridad y calidad, clasifica al personal en dos categorías principales:

1. Categoría A: trabajadores que pueden recibir una dosis efectiva superior a 6mSv/ año oficial o una dosis equivalente superior a 3/10 de los límites para el cristalino, piel y extremidades.
2. Categoría B: trabajadores en los que es muy improbable recibir dosis superiores a 6mSV/ año oficial, o una dosis equivalente de 3/10 para cristalino, piel y extremidades.

Finalmente, la clasificación de las zonas, dependiendo del riesgo de irradiación, se señala mediante un “trébol” de diferentes colores. En la parte superior aparece escrito, el tipo de zona y en la parte inferior, el tipo de riesgo:

-Gris azulado: zona vigilada.

- Verde: zona controlada.
- Amarillo: zona de permanencia limitada.
- Naranja: zona de permanencia reglamentada
- Rojo: zona de acceso prohibido

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo se ha intentado explicar de manera sencilla, la importancia de la protección radiológica, explicando conceptos muy importantes tanto para los trabajadores, como para los pacientes que traten con radiaciones ionizantes. Por tanto, si tenemos que someternos, algún procedimiento en donde se utilicen dichas radiaciones para obtener un buen diagnóstico, podemos tener la seguridad de que se van a tomar las medidas necesarias para que estemos protegidos, ya que SIEMPRE se van a llevar a cabo los tres principios básicos en los que se basa la Protección Radiológica y el Técnico Superior de Imagen para el Diagnóstico se formará para ello y tendrá una estrecha relación con el Servicio de Protección radiológica, para cualquier accidente o incidente que se produzca, para poder resolverlo de inmediato.

6 Bibliografía

1. Protección radiológica -CSN. Disponible en: <https://www.csn.es/proteccion-radiologica>.
2. Ley 15/1980, de 22 de abril, de creación del Consejo de Seguridad Nuclear
3. <https://seram.es/documentos-de-seram/>
4. https://www.todostuslibros.com/libros/proteccion-radiologica-su-legislacion-y-las-utpr_978-84-92551-05-7

Capítulo 165

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SESCAM

JOSUE GOMEZ MANZANERO

MARTA SANCHEZ ADEVA

MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA

1 Introducción

El auxiliar administrativo tiene un papel muy importante en su trabajo a realizar en los centros de salud “atención primaria”, ya que es el primer contacto que tiene el paciente al entrar en estos centros sanitarios.

Para dar una buena atención al paciente debe de controlar todas sus funciones, dando soluciones a todo lo que conlleva su trabajo y tener una buena comunicación hacia ellos, dando respeto y también recibéndolo.

Muchas veces por las circunstancias ajenas a nosotros vienen muchos pacientes alterados, agresivos o faltando el respeto y hay que saber controlar esos impulsos y no entrando en esa forma de comunicación. Suele ser al principio, luego si le hablas con paciencia y pidiendo que se calme suele funcionar y así poder poner solución a su problema. Si no cambia de actitud debemos llamar a seguridad para su abandono del centro.

Son varios los programas que utiliza el auxiliar administrativo en atención primaria y muchos documentos que tiene que manejar para el buen funcionamiento del centro.

Otra función importante del auxiliar administrativo es la atención telefónica, este tipo de comunicación ya es cada vez más usado por los pacientes, ya que en las situaciones de la vida es una vía más rápida para poder solucionar algunas de las cuestiones.

También el auxiliar administrativo es un intermediario ente paciente y personal sanitario.

2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar administrativo en la atención primaria y ver las distintas situaciones en las que se puede encontrar en la atención al paciente.

3 Metodología

Para hacer este capítulo se ha llevado a cabo búsquedas por bastantes vías, entre ellas internet y artículos basados en estos profesionales, en varias bases de datos y también como actividad profesional personal en este ámbito profesional.

También se han consultado libros de oposiciones de auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.

4 Resultados

Como bien hemos dicho, el papel del auxiliar administrativo tiene un papel muy importante en el ámbito sanitario, en especial vamos a hablar de la atención primaria que son las funciones realizadas por estos profesionales en los centros de salud.

Para empezar vamos a hablar de la atención al paciente, el auxiliar administrativo es el primer contacto que tiene el paciente para poder comunicarse y debe de saber las formas correctas de escuchar y dar la información oportuna. El auxiliar administrativo debe de tener conocimientos de la forma de relacionarse con el paciente.

Muchas veces nos encontramos con pacientes que por motivos ajenos a nosotros vienen alterados o faltando el respeto y hay que intentar apaciguar ese comportamiento, normalmente es al principio, luego van tranquilizándose si no nos

ponemos a su altura, y si va a peor la situación o hay síntomas de agresión hay que llamar a seguridad.

En cuanto a los programas que se utilizan, estos son los principales en Castilla la Mancha:

- Turriano: Es el programa más usado, ya que en él se dan las citas para atención primaria: médico, enfermería, matrona, odontología, etc.

También en este programa se pueden gestionar las agendas, sacar listados, ver datos de clientes, etc.

- Mambrino: Es el programa donde se citan a los médicos especialistas como por ejemplo: Traumatología, Neurología, Urología, Radiografías, etc.

- Tarjeta Sanitaria: Es el programa donde se crean y modifican las tarjetas sanitarias, se hacen altas, desplazamientos, etc.

Apárate de manejo de programas también tienen que hacer registros de entrada y salida de los documentos, algunos de los que se gestionan son: peticiones, historias clínicas a otro centro de salud, reclamaciones, justificantes, formularios de sugerencias, agradecimientos e iniciativas, derivación cuidados paliativos, declaración de episodio violento, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este capítulo podemos decir que el auxiliar administrativo tiene un papel importante y fundamental en el ámbito sanitario, en este capítulo contamos el que se desarrolla en los centros de salud “atención primaria”.

En este trabajo es muy importante controlar la comunicación con el paciente, sabiendo como actuar en cualquier situación, ya que hay muchas personas que se muestran alteradas o con agresiones.

Las funciones principales de un auxiliar administrativo en atención primaria en la sanidad es la gestión de citas tanto en primaria como especializada telefónica o presencialmente y tramitar tarjetas sanitarias.

También es el lazo de unión entre los demás sanitarios del centro y los pacientes.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

libro El auxiliar administrativo. Editorial Mad.

Capítulo 166

CENTROS DONDE PUEDE TRABAJAR UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD Y SUS DIFERENTES FUNCIONES

JOSUE GOMEZ MANZANERO

MARTA SANCHEZ ADEVA

INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA

MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo tiene un papel fundamental y muy importante en el ámbito sanitario y son varios los centros donde puede trabajar y en cada uno de ellos realiza unas funciones diferentes.

Entre otros, un auxiliar administrativo puede trabajar en varios puestos:

- En la atención primaria, que son los centros de salud, donde estos trabajadores desempeñan un trabajo de conexión entre el paciente y el personal sanitario.
- En la atención especializada, que son los hospitales por excelencia donde realizan su trabajo, y aparte de prestar la asistencia de urgencias, también internamiento, etc. y también en los centros de especialidades.

Muchas son las funciones del auxiliar administrativo: En los centros de salud su principal función es dar cita, tanto al personal sanitario del propio centro, dar citas para los médicos especialistas, tramitar tarjetas sanitarias, entre otros. En los hospitales tienen más variedad de funciones, tienen el servicio de urgencias donde su principal función es la admisión de enfermos, el servicio de atención al paciente y se hace tanto presencial como telefónicamente, consultas externas haciendo recepción del paciente, coordinación de consultas entre otras, gestión de ingresos donde se gestionan las camas de hospitalización, identificación de pacientes y más que desarrollaremos en el capítulo.

2 Objetivos

Conocer los distintos sitios donde pueden estar trabajando un auxiliar administrativo y saber cuáles son sus funciones en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para hacer este capítulo se ha llevado a cabo búsquedas por bastantes vías, entre ellas internet y artículos basados en estos profesionales, en varias bases de datos y también como actividad profesional personal en este ámbito profesional. También se han consultado libros de oposiciones de auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.

4 Resultados

En sanidad el auxiliar administrativo tienen una gran importancia, ya que por él pasan casi todos los pacientes, bien antes de ver al personal sanitario o después de la visita para pedir nuevas citas y otras gestiones.

El auxiliar administrativo, sobre todo en atención primaria, es a la persona que se dirige el paciente en primer lugar, y algunas veces ese paciente está descontento o frustrado con un tema ajeno al auxiliar administrativo y hay que saber gestionarlo con tranquilidad, ponerse en lugar del paciente e intentando se tranquilice, si conseguimos eso es mucho más fácil el trato con ellos. Otras veces no se consigue, ya que ese paciente está tan alterado que no se controla y puede llegar a causar agresiones psicológicas o físicas, y ahí es cuando hay que avisar a seguridad para que se hagan cargo el paciente enfadado.

Los trabajos de auxiliar administrativo pueden realizarse en atención primaria o atención especializada, a continuación detallamos cada punto.

- Atención primaria: Se trabaja en los centros de salud y aquí es donde el auxiliar administrativo tiene más relación con el paciente y normalmente es la primera persona con la que se comunica.

Las funciones de un auxiliar administrativo aquí principalmente es la gestión de citas, bien citas con el personal del propio centro, citas para médicos especialistas, gestión de tarjetas, etc.

- Atención especializada: Se trabaja en los centros de especialidades y en los hospitales, estos últimos son sitios complejos donde el auxiliar administrativo realiza una función muy importante.

Tienen múltiples funciones en las que incluye la atención al paciente, la gestión de registros médicos, la coordinación de citas, la comunicación con otros proveedores de atención médica, registro y seguimiento de pacientes, manejo de equipos y suministros, facturación y servicio médico, apoyo administrativo general entre otras.

Pueden trabajar en varios sitios: Servicio de urgencias, ingresos, consultas externas, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este capítulo podemos decir que el auxiliar administrativo tiene un papel importante y fundamental en el ámbito sanitario, en este capítulo contamos que hay diferentes sitios donde puede trabajar, está la atención primaria que estos trabajadores su función principal es la gestión de citas tanto del personal sanitario del propio centro o de citas para especialistas y gestión de tarjeta sanitaria y la atención especializada, donde se realiza en centros de especialidades y hospitales y en estos últimos hay varias secciones donde cada trabajador tiene unas funciones específicas, como servicio de urgencias, ingresos, consultas externas, entre otras.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

www.lacentrifugadora.es/

libro El auxiliar administrativo. Editorial Mad.

Capítulo 167

GESTIÓN DE LAS TARJETAS SANITARIAS EN EL SESCOAM POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

JOSUE GOMEZ MANZANERO

MARTA SANCHEZ ADEVA

INMACULADA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ GARCÍA

MARIA CARIDAD ROJO MARTINEZ

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo tiene un papel fundamental y muy importante en los centros sanitarios de atención primaria. Tiene muchas funciones, entre ellas gestión de citas tanto con el personal sanitario del centro, como los médicos especialistas, tramitación de documentación, gestión de pedidos, la gestión de tarjeta sanitaria, etc.

En este capítulo vamos a ver la gestión de la tarjeta sanitaria.

La tarjeta sanitaria individual es el documento acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, solamente se puede usar en el ámbito sanitario, no siendo válido para ser usado para otras prestaciones de la seguridad social.

La tarjeta sanitaria permite a su titular el acceso a los servicios sanitarios establecidos en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, así como a las prestaciones adicionales que el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha garantiza a los residentes en esta Comunidad Autónoma.

El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, y la condición de asegurado, corresponde a las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Para la gestión de la tarjeta sanitaria es imprescindible que el usuario tenga asignado un número de la seguridad social.

Hay varios casos con los que se puede asignar una tarjeta sanitaria, los desarrollaremos en este capítulo.

Para la gestión de esta tarjeta es imprescindible llevar documentos originales a su centro de salud.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es saber la gestión que debe hacer un auxiliar administrativo para tramitar la tarjeta sanitaria.

3 Metodología

Para hacer este capítulo se ha llevado a cabo búsquedas por bastantes vías, entre ellas internet y artículos basados en estos profesionales, en varias bases de datos y también como actividad profesional personal en este ámbito profesional.

También se han consultado libros de oposiciones de auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.

4 Resultados

El auxiliar administrativo del sescam es el encargado de la tramitación de la tarjeta sanitaria en castilla la mancha. La tramitación se ha de realizar en los centros sanitarios, una vez gestionada se pasa a las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y ahí es donde se reconoce o no está prestación. Uno de los requisitos para poder hacer esta gestión es tener asignado un Número de Afiliación de la Seguridad Social (NASS) por la Dirección Provincial de la

Tesorería General de la Seguridad Social o esté incluido en una cartilla como beneficiario.

El reconocimiento de esta tarjeta implica la asignación de un Código TSI para la aportación farmacéutica (recetas).

En la base de datos del SNS se actualiza regularmente con los datos aportados por el instituto nacional de la seguridad social. El cruce de datos puede dar lugar a múltiples Discrepancias o Incidencias, que se registran en la aplicación en los Datos de Aseguramiento.

Para gestionar una tarjeta sanitaria se debe de ir al centro de salud con toda la documentación original que se le requiera (NIE, NIF, PASAPORTE, TARJETA DE RESIDENCIA, etc.)

Las personas que pueden acceder a esta tarjeta son los siguientes:

- Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.
- Tener la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
- Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, como la prestación y el subsidio por desempleo u otras similares.
- Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones y encontrarse en situación de desempleo.

Los menores de edad sujetos a tutela administrativa siempre tendrán la consideración de personas aseguradas.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este capítulo podemos decir que el auxiliar administrativo es el encargado de gestionar la tramitación de la tarjeta sanitaria del sescam. Este tipo de gestiones se hace en los centros de salud y para ello el paciente debe de presentar la documentación original que se le pida.

Para poder hacer esta gestión, el paciente debe de tener un número de la seguridad social que se le asigna en el instituto nacional de la seguridad social.

Una vez tramitado se manda a las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social para ser aprobada.

Una vez aceptada se manda la tarjeta sanitaria a su domicilio o al centro de salud solicitado.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

libro El auxiliar administrativo. Editorial Mad.

Capítulo 168

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SANIDAD CON LAS PANTALLAS

MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA

MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ

CARLOS MORENO SÁNCHEZ

MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA

RAQUEL HINESTROSA ROSAL

1 Introducción

Desde finales del siglo pasado, el trabajo de los auxiliares administrativos en la sanidad conlleva el uso de medios tecnológicos que tienen pantallas. La tecnificación ha favorecido que el trabajo sea más eficaz y de calidad pero por otro lado conlleva una serie de riesgos sobre todo a nivel visual.

El hecho de tener que pasar casi toda la jornada laboral delante de las pantallas supone problemas y alteraciones en la salud de los profesionales de la sanidad como son los auxiliares administrativos.

Debido a esta realidad cada vez más acuciante, se deben buscar medios para minimizar los riesgos por ello se han revisado numerosos estudios para mostrar la prevención ante las pantallas de visualización dentro del entorno de trabajo.

El personal que trabaja en gestión y servicios y en concreto el auxiliar administrativo es uno de los más perjudicados con el sentido de la vista, ya que utilizan durante toda la jornada pantallas.

Será el servicio de prevención de los centros sanitarios el que va a realizar los protocolos de prevención para este tipo de profesionales para ofrecer medidas de protección y prevención ante las pantallas de los ordenadores o cualquier otro tipo de pantalla ante la que se exponen.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este capítulo se trata de definir y mostrar los riesgos de las pantallas de los medios tecnológicos que usa el auxiliar administrativo en su trabajo.

Como objetivo secundario describir las medias de prevención para estos trabajadores.

3 Metodología

Este capítulo versa sobre revisión bibliográfica en materia de prevención, así como diversas páginas webs relacionadas con los riesgos laborales del sector de la administración.

Para llevar a cabo este análisis hemos realizado un estudio y un análisis de normativa y webs específicas sobre la materia a tratar y, de esta forma, hemos utilizado en todo momento como descriptores las palabras clave sobre la materia.

Palabras claves: auxiliar administrativo, tecnología y pantallas.

4 Resultados

A nivel general, existe una carrera para estar en todo momento actualizados a la hora de realizar nuestro trabajo por ello se han venido desarrollando medios tecnológicos que conllevan el uso de las pantallas de visualización para poder acceder a los datos que facilitan la atención de los usuarios.

El R.D. 488/97, de 14 de abril, va a exponer la normativa de prevención de riesgos laborales en el que se incluye el uso de las pantallas.

Existen una serie de trabajos que implican el acceso de forma continuada a las pantallas, y en su mayoría coinciden con las funciones de los auxiliares administrativos:

- Uso de sistemas informáticos de forma regular por una atención al público ya sean fijos como portátiles.

El auxiliar administrativo que trabaja más de 4 horas o veinte horas semanales frente a los monitores de datos son considerados trabajadores de personal y gestión con riesgo por lo que los servicios de preventiva desarrollan protocolos para prevenir y promover la salud visual de estos profesionales.

Los riesgos que se definen en el trabajo del auxiliar administrativo en la sanidad son:

- Cansancio físico ante el esfuerzo de las vistas y lesiones musculoesqueléticas por las posiciones que adoptamos.
- Cansancio visual por la mala calidad ambiental, ángulo de visualización de más de 30° entre otros.
- Fatiga cognitiva y mental en base a la capacidad para observar y atender a los usuarios para dar citas y otras cuestiones. La sobre carga de trabajo en muchas ocasiones provoca que estamos más horas de lo habitual frente a la pantalla o cambiamos de programa con mucha asiduidad teniendo que adaptarnos de nuevo al sistema del programa.

Por ello, los sistemas de preventiva de las instituciones sanitarias van a desarrollar una serie de protocolos para prevenir y promover la salud de los profesionales y en este caso la de los auxiliares administrativos de la sanidad:

- Formación en la higiene postural para adoptar posturas correctas en base a la exposición de las pantallas.
- Promover un buen ambiente de iluminación que evite reflejos con el mobiliario correcto.
- Favorecer las pausas y los descansos para que la visión no se fuerce. Se debe marcar un tiempo máximo de atención continua.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, en base a la cantidad de horas que los auxiliares administrativos de la sanidad pasan de su jornada laboral delante de los medios tecnológicos con pantallas se hace necesario la creación de reglamentos basados en la ergonomía para prevenir y promover posturas y medios adecuados que protegen nuestra salud evitando desarrollar trastornos provocados por el uso de estos aparatos mientras desarrollan su trabajo.

Por lo tanto, deducimos que las pantallas de visualización en su uso diario van a provocar daños a los trabajadores por lo que el auxiliar administrativo se debe concienciar y formar en ello para poder desarrollar sus funciones sin perjuicio para su salud en pro de seguir realizando un bien para los usuarios del sistema de salud.

6 Bibliografía

- R.D. 488/1997 de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo que incluye pantallas de visualización.
- Portal de riesgos laborales de los trabajadores de la enseñanza. Sitio web: www.riesgoslaborales.saludlaboral.org

Capítulo 169

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE SALUD Y LOS EXTRANJEROS RESIDENTES NO AUTORIZADOS

MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA

MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ

CARLOS MORENO SÁNCHEZ

MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA

RAQUEL HINESTROSA ROSAL

1 Introducción

Según el “Real Decreto-ley 7/2018, sobre el acceso universal al sistema nacional de salud” las personas extranjeras residentes en España que no están autorizadas ni registradas en territorio español, son titulares del derecho a la atención sanitaria y a la protección de la salud en las mismas condiciones que los ciudadanos con nacionalidad española.

Este Real Decreto-ley tiene como principal objetivo rescatar la sanidad universal pública y gratuita, además de garantizar la sanidad, sobre todo, para aquellas personas que se ven amenazadas por la exclusión social o sufren una especial

vulnerabilidad, como es el caso de la población extranjera residente no autorizada sin recursos.

Antes de aprobarse este Real Decreto-ley 7/2018, estaba en vigor el Real Decreto-ley 16/2012 que limitaba el acceso al sistema de salud público de España a las personas extranjeras, exceptuando en estos casos a las mujeres embarazadas, partos y puerperios, casos de atención urgente y menores de edad. La población de España aumentó en 34.110 personas durante el 2021, este crecimiento fue debido al incremento de las personas con nacionalidad extranjera.

El número total de extranjeros contabilizados hasta el día 1 de enero de 2022 es de 5.417.883. El mayor crecimiento de población durante el 2021 se dio entre los residentes con nacionalidad Italiana, Colombiana y Peruana.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Dar a los profesionales de las unidades de tramitación las herramientas necesarias para que puedan llevar a cabo el procedimiento que acredita a los extranjeros residentes no autorizados el derecho a la protección y atención sanitaria.

Objetivos secundarios:

- Dar a conocer los requisitos mínimos que necesita una persona extranjera residente no autorizada para disfrutar del derecho a la protección y a la atención sanitaria.
- Exponer las recomendaciones comunes a nivel nacional para la tramitación del documento que acredita a las personas residentes no autorizadas para recibir asistencia sanitaria

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo principalmente una revisión exhaustiva sobre el Real Decreto-ley 7/2018 y sobre la resolución publicada por la secretaría general de sanidad y consumo acerca de las recomendaciones para que todas las Comunidades Autónomas (CC. AA.) y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) puedan llevar a cabo de manera homogénea el procedimiento por el que se acredita a una persona extranjera residente no au-

torizada para la asistencia y protección sanitaria, además, se han llevado a cabo revisiones bibliográficas de ámbito extra comunitario y publicaciones oficiales autonómicas y nacionales.

4 Resultados

El derecho que se le otorga a las personas extranjeras sin recursos sobre la protección y la atención sanitaria estarán incluidos en los gastos que ocasiona el sector público siempre que dichas personas no puedan acreditar o exportar cobertura sanitaria. Tampoco estarán incluidos en los gastos públicos si existen terceras personas obligadas al pago.

Son las propias CC.AA., dentro de los límites de sus competencias, quienes fijan el método de tramitación del certificado del documento que acredite a las personas extranjeras que están en España pero no residen de forma legal en el país y precisan de atención sanitaria. Aún siendo las C.C.A.A. las encargadas de fijar dicho método de tramitación, el Ministerio de Sanidad publica una serie de recomendaciones con el objetivo de homogenizar el procedimiento para acreditar el derecho de estas personas para recibir asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos. En primer lugar, la solicitud por la cual se acredite esta asistencia se presentará en las unidades de tramitación administrativa de los centros de salud u otras unidades habilitadas al efecto por cada comunidad autónoma (C.A.) e INGESA y se hará por la persona interesada.

Además de la solicitud, el interesado deberá presentar la siguiente documentación:

- Pasaporte o documento oficial de identidad. En el caso de menores de edad, la identidad se podrá acreditar a través del certificado de nacimiento o el libro de familia.
- Certificado de empadronamiento de al menos 3 meses en cualquier C. A. (si el interesado autoriza a cualquier Administración Pública a comprobar su domicilio, no será necesario aportar dicho certificado). En caso de que no pueda acreditar su residencia, se podrá obtener la acreditación mediante documentos oficiales de cualquier Administración del Estado (registro de visitas a los servicios sociales, carta de viaje cursada por el consulado, pasaporte con sello, inscripciones en colegios, etc.).
- Acreditación de no haber terceras personas obligadas al pago.

En el caso de que los ciudadanos extranjeros sean de países con convenio bilateral con España o de países en los que se les aplique los reglamentos comunitarios:

- Certificado de no poder exportar el derecho de cobertura sanitaria emitido por su país de origen. Una vez presentada la documentación y comprobada y valorada por los profesionales de las unidades de tramitación, se procederá a registrar al interesado en el sistema de información poblacional de la C.A. correspondiente o del INGESA, además, se le asignará a la persona solicitante un código de Identificación Personal Autonómico (CIPA) y un código de Identificación Personal del SNS (CIPSNS).

A continuación, se entregará a la persona solicitante un documento provisional acreditativo de que su solicitud ha sido aceptada a trámite. Esto va a permitir la atención sanitaria por un plazo de 3 meses y tendrá 3 meses la administración para resolverlo.

Por último, la administración autonómica correspondiente en materia sanitaria o el INGESA emitirá el certificado/tarjeta que acredite a la persona interesada el derecho de protección y atención sanitaria. Este documento tendrá que ser renovado cada dos años mientras la situación de residencia de la persona persista.

5 Discusión-Conclusión

La asistencia sanitaria universal debe ser imprescindible para poder cumplir con las normas que acreditan el derecho de protección y atención sanitaria a todos los ciudadanos residentes en el territorio español.

El fenómeno migratorio cada vez es mayor, bien por motivos económicos, turísticos, sociales, laborales, familiares o por cualquier otra circunstancia, y es por esto que las normas referentes a la asistencia sanitaria de extranjeros van cambiando y se van adaptando a los tiempos.

Sabemos muy bien que gozando de buena salud podemos continuar con nuestros proyectos de vida, y en el caso de los ciudadanos extranjeros pueden seguir realizando su proyecto dentro de nuestro territorio o regresar a su país de origen.

6 Bibliografía

16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud

Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud

Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria [Recomen_proc_personas_extranjeras](#) (sanidad.gob.es)

Capítulo 170

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD

MARIA PILAR ROMERO VILLAESCUSA

MARIA ISABEL SANCHEZ RODRIGUEZ

CARLOS MORENO SÁNCHEZ

MARIA RAQUEL GUIRADO MOYA

RAQUEL HINESTROSA ROSAL

1 Introducción

El profesional que ejerce sus funciones en la sanidad como auxiliar administrativo tiene un papel primordial sobre todo en los centros de atención primaria ya que es el que recibe al paciente con lo que es la primera impresión que se van a llevar del sistema de salud.

El personal de gestión y servicios como es el auxiliar administrativo puede ejercer sus funciones en los centros sanitario de la red nacional del sistema sanitario en los puestos que pertenezcan al ámbito privado y al ámbito público. Dentro el ámbito público se accede por las bolsas de empleo, por proceso selectivo de oposición o por el proceso selectivo de concurso-oposición mientras que en el privado se depende de los procesos selectivos por currículum a través del servicio de recursos humanos.

Por otra parte, gestiona toda la documentación que pertenece a la historia clínica del paciente y junto a ello el uso y la emisión de la tarjeta sanitaria como documento identificativo del servicio de salud.

Normalmente, el auxiliar administrativo inicia el dialogo ante una serie de demandas por parte del usuario del sistema para recibir una información que ha solicitado. Este es el inicio de una vinculación y de la posibilidad de ofrecer el servicio de calidad que busca la sanidad ya que el usuario vuelve de nuevo al sistema para que sus demandas sean atendidas.

2 Objetivos

En este capítulo, como objetivo principal se trata de exponer el trabajo del auxiliar administrativo en el sistema sanitario.

Como objetivo secundario queremos describir las labores propias de este personal de gestión y servicios en los servicios de salud.

3 Metodología

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

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

Palabras claves: auxiliar administrativo, centro de salud, sanidad entre otras.

4 Resultados

En base a la Ley General de la Seguridad Social de abril de 1986 aparecen un número de profesionales llamados de gestión y servicios que no son catalogados como personal sanitario, pero van a ejercer durante su vida laboral dentro del sistema sanitario. Dentro de este grupo se encuentran los auxiliares administrativos.

Para poder acceder a desarrollar las funciones de auxiliar administrativo en los servicios de salud de las comunidades autónomas debemos ser mayores de edad,

con la enseñanza secundaria obligatoria o equivalente o el grado medio de administración. Junto a esta formación académica, se debe desarrollar una serie de capacidades que facilitan la atención al público.

Los auxiliares administrativos tienen una serie de funciones básicas en cada centro sanitario que pueden variar según se trata de atención primaria o especializada:

- Deber de desarrollar el trabajo administrativo en base a la función asistencial del centro sanitario que implica la gestión de las citas, la atención al usuario física o telefónica y otras que puedan ir surgiendo.
- Desarrolla unas funciones y labores más específicas en las diferentes secretarías de las plantas y los servicios del centro.
- Debe aprender a tratar y grabar los documentos que se incluyen en la historia clínica por ello debe desarrollar y fomentar el secreto profesional porque el auxiliar administrativo tiene ante sí demasiada información sobre los usuarios del sistema sanitario.
- La atención que prestan a la sanidad no es exclusivamente a los usuarios o pacientes, sino que también atienden a los profesionales de la sanidad en las necesidades como la elaboración de los contratos, las nóminas y cualquier otra necesidad administrativa que puedan tener.

Por último, en base a estas funciones técnicas es primordial que se unan a una coherencia en la comunicación con el usuario que evite errores y lleve al conflicto.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, en muchas ocasiones pese a no tratarse de personal sanitario, el auxiliar administrativo no se le da la misma importancia que a estos, pero debemos ser conscientes de la labor primordial que realizamos como primer contacto con los usuarios en muchas de las instituciones sanitarias.

Como auxiliares administrativos, además de saber gestionar tenemos que desarrollar una serie de capacidades y habilidades psicológicas como son la capacidad empática y la escucha activa. Existen numerosos cursos formativos por parte de las entidades sanitarias para que se desarrollen este tipo de habilidades y capacidades que logran que la atención por parte del auxiliar administrativo sea eficiente y de calidad en pro del bienestar de los usuarios.

6 Bibliografía

1. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-12108.
2. <https://www.aappf.edu.es/funciones-auxiliar-administrativo-sanidad-descubre-competencias/>.
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sa>.
4. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
nitaria-siglo-xxi-261-articulo-la-informacion-sobre-recursos-humanos-X1137296610878547.

Capítulo 171

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN LOS CENTROS SANITARIOS

BÁRBARA MUÑOZ PALOMO

ELENA MALDONADO GALERA

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

M^a INMACULADA LÓPEZ GALLEGO

SANDRA RODRIGO MARTINEZ

1 Introducción

En la sociedad actual, la tecnología ha revolucionado el mundo de las telecomunicaciones.

Fue a principios de los años ochenta, cuando irrumpió de forma incontrolable en el ámbito comercial. Actualmente, en pleno siglo XXI, ya no se concibe una sociedad sin teléfonos ni ordenadores. Al principio, la telefonía fue concebida para su uso por voz de forma única. Pero hoy en día, el progreso sufrido, ha sido muy importante. Ya son posibles servicios tales como datos, vídeos, audios en tiempo real.

Los teléfonos fijos y móviles se han transformado en una herramienta esencial para el ciudadano de a pie y para las empresas.

Nos vamos a centrar en el ámbito sanitario, donde la cantidad de llamadas de forma continuada, las 24 horas al día durante 365 días, requiere de un sistema de comunicación complejo a la vez que rápido y eficiente. Una llamada puede salvar vidas. Es fundamental que las llamadas recibidas en los centros sanitarios, sean atendidas de forma ágil y eficaz.

En los centros de salud, los auxiliares administrativos son los encargados de atender dichas llamadas. Se debe de mantener un trato exquisito con el paciente, e intentar solucionar las peticiones que nos expresa. Utilizar un lenguaje cercano, preciso y agradable, sin subidas de tono.

2 Objetivos

El objetivo fundamental sería el de ofrecer un excelente servicio de atención telefónica al paciente.

Intentar cubrir las necesidades del paciente, dentro de nuestras posibilidades. Actualmente, se utiliza a menudo el servicio de llamadas telefónicas para la renovación de medicación crónica.

Transmitir una imagen correcta y funcional del servicio sanitario, aumentando la confianza del paciente.

3 Metodología

Se ha investigado en la bibliografía científica existente. Sobre todo a nivel de páginas de internet. También en temarios de oposiciones y en Google. En bases de datos como: Pudmed, Scielo, etc. Se han utilizado palabras claves: sanidad-comunicación- teléfono- empatía-paciencia.

4 Resultados

La llamada telefónica es un recurso muy útil que mejora el acceso a la sanidad al paciente. Está demostrado, a través de diferentes estudios, que este modo de comunicación resuelve problemas de diversos tipos y para diferentes grupos de edades. Investigaciones realizadas, revelan que los resultados han sido muy satisfactorios por parte de los pacientes, cuando han utilizado este medio para comunicarse con su centro de salud o con los servicios de urgencias.

El auxiliar administrativo, encargado de la atención telefónica, recibirá una formación que le permitirá cumplir con su trabajo de forma eficaz. Aprenderá a

escuchar de forma activa, a tranquilizar al paciente cuando sea necesario y a intentar resolver sus peticiones. Se evitarán palabras malsonantes y actitudes incorrectas que puedan producir malestar al paciente. Se intentará conseguir un clima agradable para el interlocutor, que genere confianza y satisfacción. Utilizaremos el tono de voz adecuado, las pautas que nos han enseñado, los silencios y la sonrisa, aunque no se vea nuestra cara, que darán una buena imagen de la institución para la que estemos trabajando es ese momento.

Contamos con la ayuda de nuevas tecnologías tales como mensajes de bienvenida, mensajes de espera, servicio de buzón de voz que nos ayudarán a realizar nuestro trabajo.

Es aconsejable la utilización de una serie de recomendaciones:

- El saludo: Buenos días, buenas tardes. Identificar el centro u hospital al que se está llamando. El paciente tiene que mostrarse satisfecho y seguro.
- Concentrarnos en la conversación, en lo que el paciente nos quiere transmitir. En la sociedad actual, conviven diferentes culturas con diferentes idiomas, a veces la comprensión es complicada, pero debemos hacer un esfuerzo para entender al interlocutor dentro de nuestras posibilidades.
- Terminar la llamada con un saludo, de manera cordial.

5 Discusión-Conclusión

Con relativa frecuencia, se tiene la idea de que la atención telefónica carece de importancia. Que se lleva a cabo de una manera mecánica, sin preparación ni orden. Una llamada puede salvar vidas.

Por lo tanto, esto no es verídico, actualmente se da mucha importancia a la atención telefónica. La sociedad actual requiere que sus problemas se solucionen sin desplazamientos, el tiempo es oro. En el ámbito sanitario, los llamados call center, han sido una pieza fundamental, sobre todo en época de pandemia. La tecnología actual nos permite resolver muchos temas de forma telemática. En los centros de salud, se evitan muchos desplazamientos de personas de edad avanzada y con poca movilidad, a través de la atención telefónica. El trabajo del auxiliar administrativo es tan importante cuando tiene al paciente delante, como cuando le atiende a través del teléfono.

6 Bibliografía

- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-el-papel-atencion-primaria-el-13073394>

-https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Capítulo 172

EL ANIMALARIO EN LOS CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR CON LOS ANIMALES UTILIZADOS PARA EXPERIMENTACIÓN

JUAN SIMÓN LÁZARO ROLDÁN

DAVID MORENO GARCÍA

1 Introducción

El animalario es la ubicación física donde se encuentran los animales que son sometidos a estudios de investigación dentro de los centros sanitarios de atención especializada.

El diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE) establece la siguiente definición del término animalario “Es la instalación donde se tienen los animales destinados a estudios de laboratorio”.

Son numerosos los estudios científicos de ámbito sanitario que realizan experimentaciones con animales, por lo que es necesaria la presencia de una persona que se encargue del cuidado de estos animales, ya que son animales muy importantes para los estudios experimentales.

Las personas encargadas de estos animales en los centros sanitarios de atención especializada serán los celadores adscritos a este servicio. Estos celadores se en-

contrarán bajo la dirección de la jefatura del personal subalterno, pero deberá rendir cuentas a los responsables de los estudios experimentales, tanto a científicos que realizan los estudios con estos animales, como a los veterinarios que se encargan del cuidado sanitario de estos animales.

Durante el desarrollo de este capítulo científico se llevará a cabo una breve explicación de las funciones realizadas por los celadores adscritos al servicio del animalario de los centros sanitarios de atención especializada en los cuales se realicen estudios experimentales con animales.

2 Objetivos

- Definir el término de animalario.
- Enumerar las funciones realizadas por los celadores adscritos al servicio del animalario de los centros sanitarios de atención especializada en los cuales se realicen estudios experimentales con animales.

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

Del cuidado del estado de salud de los animales se ocuparán los veterinarios existentes en el centro de investigación de los centros sanitarios de atención especializada.

Mientras que del resto de los cuidados se ocupará el personal subalterno adscrito a tal servicio. Entre las funciones que deberán realizar los celadores se pueden encontrar:

Limpieza del animal.

- Se deberán asear a los animales antes y después de ser sometidos a los estudios de investigación.
- Los celadores deberán comunicar tanto al veterinario como a los responsables de los estudios experimentales, de cualquier anomalía encontrada en el cuerpo

de los animales, por lo que deberán ser explorados en su totalidad durante el aseo diario.

Limpieza de los habitáculos.

- Se deberán limpiar dos veces al día los habitáculos donde descansan los animales. Es importante que cada especie tenga su habitáculo, incluso se deberá separar aquellos animales de la misma especie que presenten signos de violencia entre ellos.
- Los celadores deberán comunicar tanto al veterinario como a los responsables de los estudios experimentales, de cualquier anomalía encontrada en las heces u orina de los animales.

Alimentación de los animales.

Los celadores deberán tener en cuenta una serie de consideraciones para alimentar a los animales que están siendo sometidos a estudios de investigación.

- Antes de alimentar a un animal, el celador deberá comprobar si ese animal ya ha sido sometido a una sesión de investigación. Si todavía no ha participado en ninguna sesión, hay que esperar para no interrumpir los horarios.
- Se deberá tener una continua comunicación con los veterinarios del servicio de investigación, puesto que los animales deberán recibir una alimentación exclusiva e individualizada para cada animal y para cada especie.
- Se deberá administrar la dosis de alimentación establecida por los veterinarios para cada animal.
- Se deberá proporcionar agua a los animales en todo momento, intentando que el agua se mantenga fría en todo momento, si esto no es posible, se cambiará continuamente.
- Los celadores deberán comunicar tanto al veterinario como a los responsables de los estudios experimentales, de cualquier anomalía encontrada en la alimentación de los animales.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El animalario en los centros sanitarios de atención especializada. La actuación del celador con los animales utilizados para experimentación” nos demuestra la importancia del celador adscrito al servicio del animalario, puesto que es de vital importancia que estos animales reciban atenciones especializadas e individualizadas para cada una de las especies existentes, ya que son animales muy importantes para que los experimentos sanitarios realizados en estos laboratorios sean

realizados con éxito. Es por ello, que los celadores deberán estar en continua comunicación con los responsables de estos estudios de investigación y comentar cualquier anomalía encontrada en los animales.

6 Bibliografía

- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 173

EL CELADOR: TIPOS DE CELADOR EN UN SERVICIO SANITARIO, DENTRO DE LA MISMA CATEGORÍA PROFESIONAL

ALMUDENA PANTOJA HERRERA

JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA

MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS

CELIA SÁNCHEZ MARTÍN

1 Introducción

La categoría de Celador, que presta sus servicios en centros hospitalarios, es una misma.

Los celadores tienen unas funciones generales, pero según la planta, el servicio o la parte del hospital donde realicen su trabajo, van a tener otras funciones específicas diferentes.

Es un hospital, la categoría con el número más alto de trabajadores es la de Celador, ya que en todas y cada una de las partes del mismo, son necesarios uno o varios celadores trabajando a la vez.

El celador realiza trabajos de traslado de pacientes, de documentación, de cadáveres, de órganos, documentación, enseres de los pacientes, etc.

También realiza labores de control de entradas y salidas al hospital o a las plantas, que las estancias en las que trabaja, se encuentren limpias y en perfecto orden,

y de abastecer a todas las zonas en las que presta servicios, de los instrumentos, productos de limpieza e higiene necesarios.

En algunos servicios, realizará trabajos de fotocopias, utilizará maquinaria como por ejemplo, grúas para trasladar a pacientes, ayudará en la higiene de pacientes que no se sirvan por sí mismos y de controlar qué pacientes, por ejemplo psiquiátricos, se tomen toda su medicación y realicen su higiene personal.

A continuación, vamos a enumerar, algunos de los tipos de celadores que se encuentran en los hospitales, explicando, muy por encima, sus funciones.

2 Objetivos

Con este capítulo, se pretende explicar la diversidad de puestos en los que puede trabajar la categoría general de Celador en hospitales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 de Puerta Principal, se encarga de controlar las entradas y salidas del mismo, de informar a los pacientes y familiares de hacia donde se tienen que dirigir y se debe preocupar que toda su zona de trabajo esté en orden, silencio y con limpieza.

Celador de Urgencias: se encarga del traslado del paciente a las salas donde va a ser tratado. El paciente puede trasladarse por sí solo o puede ir en silla de ruedas o camilla.

Celador de Planta: traslada a los enfermos recién ingresados a las plantas, los lleva a sus habitaciones, cuando son dados de alta, les acompaña o les traslada a la salida, se ocupa de ayudar a los sanitarios en la higiene de los enfermos y en cambios posturales.

Celador de quirófano: traslada al paciente de la planta o de la sala donde este se

prepara a la mesa de operaciones y viceversa al acabar las intervenciones. Ayudará a los sanitarios en aquello que le demanden.

Celador de la UCI: aquí, además de trasladar a los pacientes, debe conocer las posturas básicas de las personas inmovilizadas, ya que ayudará en los cambios de las mismas.

Celador de Rehabilitación: aquí ayuda a los pacientes en la realización de sus movimientos, siempre recomendados por el Fisioterapeuta que le atienda.

Celador de Anatomía Patológica: traslada al fallecido desde la cámara frigorífica a la mesa de autopsias, ayuda en los cambios posturales, dando a los sanitarios el instrumental, rellena el cadáver, pesa los órganos extraídos y los reparte a los servicios necesarios para su análisis. Limpia el instrumental y la mesa de autopsias.

Celador que asiste a ambulancias: extrae al paciente de la ambulancia y lo traslada a las dependencias que se le encomienden. Debe ser conocedor de las formas de utilización de sillas y camillas y de dónde empujar o tirar, en caso de utilizar ascensores, de atravesar puertas o de subir o bajar rampas.

Celador de Centro de Salud: aquí se encarga de dirigir a los pacientes a las salas donde se les explorará, según la documentación que aporten, realizarán labores de fotocopiado y abastecerá todas las salas de lo necesario en cuanto a utensilios higiénicos, mobiliario, material, etc.

Otros puestos en los que se contrata a un celador, pero dependiendo de la gerencia de los hospitales, ya que en muchos casos, estos puestos los realizan trabajadores de empresas externas, pueden ser el celador de Lavandería, en de Lencería, almacén, etc.

5 Discusión-Conclusión

El Celador, como trabajador, entra en esta categoría general, pero un celador, puede trabajar en muy diversos lugares en un hospital.

Puede realizar su labor, tanto en Puerta Principal, en modo de vigilancia e informante, como en una planta, trasladando a pacientes, realizándoles cambios posturales, vigilando su aseo y que tomen su medicación, como por ejemplo en planta de Psiquiatría.

Puede realizar traslado de órganos o manipular cadáveres para su relleno en Anatomía Patológica o estar en contacto estrecho con pacientes, haciéndoles sentirse lo más cómodos posible en sus últimos días de vida, como es el caso de las plantas de hospitalización de enfermos terminales.

Con lo cual, cuando una persona acepta el trabajo de celador en un hospital, debe informarse bien del lugar donde prestará sus servicios, ya que aunque hay funciones generales a todos los celadores, hay también unas particulares en cada uno de los servicios donde se le haya demandado.

6 Bibliografía

http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm

"Funciones y tipos de celadores"

Celadores.org <https://www.formacioncarpediem.com/blog/tipos-celador-en-la-sanidad/>

"Tipos de celador en la sanidad"

Carpe Diem. Formando profesionales desde 2002.

Capítulo 174

EL CELADOR: LABOR EN PARTOS

MARÍA JESÚS PÉREZ TIMIRAOS

ALMUDENA PANTOJA HERRERA

JOSÉ LUIS PANTOJA HERRERA

CELIA SÁNCHEZ MARTÍN

1 Introducción

La categoría de Celador en los hospitales, es una categoría en la que el trabajador debe cumplir con unas funciones que son iguales a todos, pero en cada servicio hospitalario, en la planta de hospitalización, en los centros de salud, en quirófanos y demás, tiene otras funciones diferentes.

Por ejemplo, el celador de almacén, no tiene que trasladar a enfermos, hacerles cambios posturales, utilizar grúas para ello, etc. , se limita al transporte de artículos sanitarios.

El celador de Medicina Paliativa, tiene una relación muy estrecha con el paciente, ya que debe facilitarle su estancia en cuanto a comodidad y tranquilidad, ya que se encuentra en los últimos momentos de su vida.

En unos puestos, puede que el celador tenga una carga física más que en otros, y que en algunas unidades, la psicológica sea muy elevada, pudiéndole afectar tanto personal, como social y familiarmente al trabajador.

En la planta de hospitalización psiquiátrica, tiene que estar preparado también para la inmovilización de pacientes, es estado de nerviosismo, alteración o violentos y vigilar muy estrictamente las salidas y entradas a la planta, ya que se ha dado el caso de la fuga de algún paciente.

A continuación, vamos a explicar las funciones básicas que tiene el celador en la planta de Partos y Maternidad.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende explicar las funciones más básicas de un celador en Partos y en la planta Materno Infantil de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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, en la planta de Maternidad, se encarga del traslado de la embarazada, desde la habitación donde se encuentra ingresada a la zona de Partos.

Allí, se la puede dejar en una de las estancias para controlar sus contracciones, hasta que dilate lo suficiente para dar a luz o, en caso contrario, practicarla una cesárea si el bebé se encuentra en peligro.

Si la mamá da a luz espontáneamente, la transporta de la cama a la mesa de partos ayudado por otro compañero.

Si necesita cesárea, la llevará al quirófano y la cambiará, con ayuda, a la mesa donde se procederá a la intervención.

En caso de cesárea, llevará al quirófano la incubadora para introducir al bebé recién nacido y le llevará a la planta de Neonatos, cuando se le hayan hecho los análisis pertinentes.

También, ayuda en la higiene a la embarazada, junto con un sanitario, su rasuración de la zona pélvica, a ponerla el enema y en todo lo necesario que le sea demandado, antes de llevarla al paritorio.

Si la madre ha dado a luz por ser cirugía, será trasladada a una zona de recuperación, pero si ha sido por cesárea, la llevarán a la URPA de paritorios para tenerla vigilada.

Además de los traslados de la paciente y el bebé, el celador está a cargo de la documentación y los enseres de la paciente, si esta llega a Urgencias y va directamente al paritorio.

En caso de muestras de orina, de sangre y demás, será el encargado de llevarlas al laboratorio para ser analizadas.

También, trasladará el mobiliario que le sea requerido por los sanitarios y la maquinaria solicitada, así como los productos farmacéuticos pesados.

Ya en la planta de Maternidad, se debe encargar del control de entrada y salida de visitantes, para que la habitación no se encuentre llena de personas y alteren la tranquilidad tanto de la madre, como del recién nacido.

Si encontrara cualquier desperfecto, viera un uso indebido de instalaciones o cualquier falta de orden o limpieza, lo comunicaría de inmediato al personal pertinente.

Acompaña también a la paciente a la salida en silla de ruedas, una vez le sea dado el alta.

5 Discusión-Conclusión

El celador en la planta de Partos y Materno Infantil, se encarga del traslado de la madre al paritorio o al quirófano, ayudará a los sanitarios en todo lo demandado dentro de sus funciones y se encargará de llevar al bebé recién nacido por cesárea a la planta de neonatos.

Este celador tiene unas funciones diferentes al resto de la categoría, ya que, por ejemplo, se encarga de ayudar a los sanitarios en la higiene de la embarazada antes de pasar a paritorio.

El celador debe ser conocedor de todas sus funciones y saber perfectamente dónde se encuentran todas las estancias donde tiene que trasladar tanto a la madre como al bebé, para hacerlo con premura.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/celador-planta-maternidad/>

”EL CELADOR EN LA PLANTA DE MATERNIDAD”

Ocronos. Vol. VI. Nº 3–Marzo 2023. Pág. Inicial: Vol. VI; nº3: 171 <https://revistamedica.com/celador-paciente-embarazada/>

”EL CELADOR Y LA PACIENTE EMBARAZADA”

Ocronos. Vol. IV. Nº 3–Marzo 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº3: 137

Capítulo 175

LOS PINCHES Y LA ERGONOMÍA EN LA COCINA DEL HOSPITAL

ALICIA CORROCHANO MARTÍN

MARÍA INMACULADA GARCÍA SANCHEZ MAYORAL

1 Introducción

La ergonomía en la cocina hospitalaria es de vital importancia para garantizar un entorno de trabajo seguro, eficiente, y cómodo, para los profesionales del servicio de cocina. La ergonomía se refiere al estudio de las condiciones de trabajo y la adaptación del entorno laboral a las características y necesidades de las personas que lo utilizan. En el caso específico de la cocina en el ámbito hospitalario, la ergonomía se centra en optimizar los utensilios, los espacios de trabajo y las posturas corporales para prevenir lesiones, mejorar la productividad y asegurar la calidad de los alimentos.

Los pinches de cocina han de estar formados en ergonomía, mediante formación continuada, lo que les ayudará a mantener una postura correcta, cuidando de sí mismo, y previniendo accidentes y ausencias laborales, causadas por bajas médicas.

La dirección del centro ha de estar en continuo seguimiento del servicio de cocina, comprobando que las posibles bajas médicas no estén implicadas en una mala disposición de la maquinaria y demás herramientas de cocina. Los superiores deben facilitar a los pinches los medios necesarios para que una buena ergonomía sea motivo de éxito en el puesto de trabajo individual de cada pinche, en el caso de que el pinche sufra una minusvalía su puesto será adaptado.

2 Objetivos

Dar a conocer la definición de ergonomía adaptada a los puestos de trabajo de los pinches de cocina en un ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha tenido en cuenta la experiencia profesional de la autora, en la categoría de pinche, dentro de un complejo hospitalario. Además, se han revisado varias bibliografías y se han buscado datos en internet en diferentes buscadores, obteniendo la información deseada.

4 Resultados

Una de las principales consideraciones ergonómicas en la cocina hospitalaria es la distribución y la organización de los espacios. Es importante que las zonas de elaboración, de planchas y fogones, de hornos, etc, estén dispuestos de manera que los pinches y cocineros, puedan trabajar de manera cómoda y eficiente. Las distancias han de ser cortas y sin obstáculos para minimizar al máximo el riesgo de accidentes.

Las diferentes zonas de la cocina han de estar diseñadas teniendo en cuenta el alcance de los pinches. Es muy importante que las superficies de trabajo estén a una altura adecuada para evitar posturas incómodas o forzadas, que pueden causar lesiones a largo plazo por una fatiga muscular. Los pinches y cocineros han de poder realizar sus tareas sin tener que inclinarse o estirarse excesivamente. Además, también es esencial en la ergonomía de la cocina en el hospital, que los pisos sean antideslizantes y fáciles de limpiar, para poder eliminar rápidamente los restos de alimentos que se hayan derramado y evitar caídas y accidentes de pinches y cocineros. La iluminación de la cocina debe ser óptima para aumentar la visibilidad, evitando cortes o lesiones. Los equipos y utensilios han de pasar las revisiones rutinarias regularmente para garantizar su correcto funcionamiento y prevenir accidentes.

Otro aspecto importante en ergonomía es la carga física de trabajo. En la cocina del hospital los pinches manejan cargas y objetos pesados, como cacerolas, ollas, grastonors, etc. En este caso el pinche ha de usar una camarera para transportarlos, minimizando la carga física y reduciendo el riesgo de lesiones en la espalda, hombros y extremidades. Si no es posible el uso de una camarera o carro, el pinche ha de pedir ayuda a un compañero para mover el objeto en cuestión.

En el ámbito de los factores psicosociales en una cocina hospitalaria, la comunicación efectiva, la colaboración, actitudes y aptitudes de los pinches y cocineros, son factores clave para promover un ambiente de trabajo saludable y productivo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la ergonomía en la cocina hospitalaria tiene el objetivo de adaptar el entorno de trabajo, los utensilios y las tareas, a las características y necesidades de los pinches y cocineros. Al tratar aspectos como la distribución de los espacios, la seguridad, la carga física y los aspectos psicosociales, se puede crear un entorno de trabajo eficiente, seguro y cómodo. La ejecución de los principios ergonómicos en la cocina hospitalaria no sólo beneficia a los pinches y cocineros, sino que también asegura la calidad de los alimentos, lo que contribuye al bienestar de los pacientes y a su mejoría.

6 Bibliografía

- Experiencia profesional.
- La importancia de la ergonomía en la cocina profesional: por qué y cómo - Electrolux Professional España
- Editorial MAD

Capítulo 176

AVANCES TECNOLÓGICOS EN LA DISTRIBUCIÓN Y PRODUCCIÓN DE COMIDAS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS POR EL PINCHE DE COCINA

MARCOS LÓPEZ PEINADO

JAVIER SANCHEZ GOMEZ

IRENE GALÁN CORDERO

LORENA GALÁN FUERTES

MARIA ALEJANDRA BLANCO ACUÑA

1 Introducción

Las cocinas hospitalarias han experimentado una serie de avances tecnológicos en los últimos años que han mejorado la producción y distribución de comidas para los pacientes.

Uno de los avances más importantes ha sido la implementación de sistemas automatizados de producción y distribución de comidas. Estos sistemas utilizan tecnología avanzada para planificar, preparar y entregar comidas de manera eficiente y segura, con un mínimo de errores o demoras.

Además, la tecnología de cocción y conservación se ha desarrollado mucho, permitiendo la producción en grandes cantidades de alimentos de alta calidad que pueden ser almacenados y distribuidos sin perder sus propiedades nutricionales. Esto es especialmente importante en entornos hospitalarios donde los pacientes tienen requisitos nutricionales específicos.

Otro avance importante ha sido el uso de tecnología de seguimiento y registro de alimentos para garantizar la seguridad alimentaria. Estos sistemas registran y monitorean la cadena de suministro de alimentos desde su producción hasta su entrega a los pacientes, lo que permite una mayor transparencia y responsabilidad en el proceso.

Además, los sistemas de información y tecnología de la información se han utilizado para mejorar la eficiencia y la eficacia de la planificación y distribución de comidas. Esto incluye la automatización de procesos, la integración de sistemas y la utilización de información en tiempo real para tomar decisiones informadas. En resumen, los avances tecnológicos en las cocinas hospitalarias han mejorado significativamente la producción y distribución de comidas, garantizando la seguridad alimentaria, la eficiencia y la eficacia en la entrega de alimentos a los pacientes.

2 Objetivos

Exponer desde la visión del pinche el importante beneficio que trajeron los avances tecnológicos a las cocinas hospitalarias y la adaptación a estos mismos.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Desde el punto de vista del pinche de cocina, y como trabajador y profesional en los hospitales donde desarrolla su labor, la adaptación a los nuevos avances tecnológicos en la producción y distribución de comida en las cocinas hospitalarias

puede incluir los siguientes puntos:

- Aprendizaje de las nuevas tecnologías: El pinche de cocina debe estar dispuesto a aprender y utilizar nuevas tecnologías, como sistemas automatizados de producción y distribución de comidas, tecnología de seguimiento y registro de alimentos, y sistemas de información y tecnología de la información.
- Adopción y realización de las prácticas más eficientes: Con la ayuda y el apoyo en el trabajo de la tecnología, el pinche de cocina puede adoptar prácticas más eficientes y seguras en la producción y distribución de comidas.
- Mejora de la calidad de los productos, género y de los alimentos: La tecnología de cocción y conservación avanzada permite y consiente al pinche de cocina producir comidas de alta calidad que cumplen con los requisitos nutricionales de los pacientes.
- Trabajo en equipo: La tecnología también puede facilitar una mayor colaboración y coordinación entre los miembros del equipo de cocina, lo que mejora la eficiencia y la eficacia en la entrega de comidas tanto a los pacientes como a los comensales de un hospital ya sean trabajadores o usuarios.
- Enfoque en la seguridad alimentaria: La tecnología de seguimiento y registro de alimentos ayuda a garantizar la seguridad alimentaria, lo que es una prioridad en las cocinas hospitalarias.

En general, la adaptación a los nuevos avances tecnológicos en la producción y distribución de comida en las cocinas hospitalarias requiere una mentalidad abierta y un enfoque en el aprendizaje y la mejora continua por parte del pinche de cocina. Al hacerlo, pueden mejorarse la eficiencia, la eficacia y la seguridad en la entrega de alimentos a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los avances tecnológicos en la preparación y distribución de alimentos en las cocinas de los hospitales pueden ser muy ventajosos porque permiten a los ayudantes de cocina aumentar la eficacia, eficiencia y seguridad en la entrega de alimentos a los pacientes. Sin embargo, también es crucial recordar que el ayudante de cocina debe poner un fuerte énfasis en el aprendizaje y la mejora continua para poder adoptar estas tecnologías.

Desde el punto de vista del ayudante de cocina, creo que los avances tecnológicos presentan una oportunidad para mejorar su trabajo y brindarle a los pacientes un servicio más efectivo y de calidad. Es fundamental recordar que la tecnología no debe sustituir los conocimientos y habilidades del ayudante de cocina, sino potenciarlos. Por lo tanto, para garantizar el uso efectivo y eficiente de estas

tecnologías, creo que la adopción de tecnologías de punta debe ir de la mano con la capacitación y el desarrollo de habilidades constantes.

6 Bibliografía

1. Lara Estrella, Luis O. (2013). La gestión tecnológica como parte integrante de la atención en salud alimenticia (Profesionalización de la Ingeniería Clínica en Venezuela). Revista de la Facultad de Ingeniería Universidad Central de Venezuela, 28(4), 101-115.
2. Arias Z, Gonzalo Y. Elaboración de un manual de procedimientos para servicios de alimentos de los Hospitales Militar Central.
3. Fundación San Carlos de Santa Fe de Bogotá. Tesis de grado. Facultad de Medicina. Bogotá: 2000.

Capítulo 177

EL PINCHE DE COCINA EN EL ALMACENAMIENTO DE LOS PRODUCTOS NO PERECEDEROS Y PERECEDEROS EN EL HOSPITAL

MARCOS LÓPEZ PEINADO

JAVIER SANCHEZ GOMEZ

IRENE GALÁN CORDERO

LORENA GALÁN FUERTES

MARIA ALEJANDRA BLANCO ACUÑA

1 Introducción

El almacenamiento adecuado de los productos por el trabajador y profesional del pinche de cocina, ya que es el responsable y el encargado de seguir las directrices a la hora de que en una cocina hospitalaria es esencial para garantizar la seguridad alimentaria y evitar la contaminación cruzada. Tanto los productos perecederos como los no perecederos deben manejarse y almacenarse de manera apropiada para evitar su deterioro y mantener su calidad y seguridad. El pinche de cocina es responsable de llevar a cabo estas tareas, y es importante que conozca y siga las normas y procedimientos establecidos para garantizar un ambiente seguro y saludable para los pacientes y el personal. Además, una gestión

eficiente del almacenamiento también ayuda a reducir los costos y a maximizar la vida útil de los productos.

El almacenamiento adecuado de los alimentos en una cocina hospitalaria es crucial para garantizar la seguridad y la calidad de los alimentos que se sirven a los pacientes. Una mala práctica de almacenamiento puede resultar en la contaminación cruzada de alimentos, lo que puede causar enfermedades graves y potencialmente fatales para los pacientes. Además, el deterioro de los alimentos puede ocurrir más rápidamente si no se almacenan adecuadamente, lo que resulta en una pérdida de tiempo y recursos.

2 Objetivos

Exponer la importancia que tienen los cometidos del pinche de cocina en cuanto al control de los alimentos de su almacenaje y de su separación en productos perecederos y no perecederos.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es importante que el profesional trabajador de pinche de cocina en una cocina hospitalaria comprenda y siga las normas, directrices dadas por sus superiores jerárquicos y que estos se basan en las normas de salubridad y procedimientos de almacenamiento establecidos por la cocina hospitalaria. Esto incluye la identificación y el almacenamiento segregado y separado de los productos que son considerados perecederos y no perecederos, y el seguimiento muy importante de las fechas de vencimiento y respetar en todo momento las temperaturas adecuadas para cada tipo de alimento, ya que de ello dependerá su conservación. Por ejemplo, los productos perecederos, como la carne, el pescado y los productos lácteos, deben almacenarse en el refrigerador a una temperatura adecuada para prevenir el crecimiento de bacterias peligrosas. Por otro lado, los productos

no perecederos, como las especias, los granos y las conservas, deben almacenarse en un lugar fresco y seco para evitar la humedad y el deterioro.

El pinche de cocina también es responsable de rotar los productos y siempre asegurarse de que los productos más antiguos se usen antes que los más recientes, para evitar la pérdida de alimentos y reducir el desperdicio. Además, el pinche de cocina debe mantener un registro preciso de los alimentos almacenados y su fecha de vencimiento, para asegurarse de que los productos no se usen después de su fecha de vencimiento.

Cabe decir que el manejo adecuado del almacenamiento de alimentos en una cocina hospitalaria es esencial para garantizar la seguridad alimentaria, reducir el desperdicio y aumentar la eficiencia de la cocina. El pinche de cocina desempeña un papel importante en la realización de estas tareas y es responsable de seguir las normas y procedimientos establecidos para garantizar un ambiente seguro y saludable para los pacientes y el personal.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el ayudante de cocina es un miembro esencial de la cocina del hospital y juega un papel importante para garantizar la seguridad y la calidad de los alimentos que se brindan a los pacientes. Es crucial almacenar los alimentos correctamente porque un almacenamiento inadecuado puede provocar contaminación cruzada, lo que puede hacer que los pacientes se enfermen gravemente. En mi opinión, para garantizar la seguridad alimentaria y la eficiencia de la cocina, el ayudante de cocina debe estar bien formado y ser consciente de sus funciones. Debe cumplir estrictamente con todas las políticas y prácticas establecidas y mantener un inventario preciso de todos los alimentos que se almacenan. Es imposible subestimar lo crucial que es el papel del ayudante de cocina en el almacenamiento de alimentos en la cocina del hospital. Sus esfuerzos siempre deben ser valorados y alentados porque son vitales para la eficiencia de la cocina y el mantenimiento de la seguridad alimentaria.

6 Bibliografía

1. León M. La evolución de la alimentación hospitalaria. *ArsMédica. Revista de Humanidades*. 2004;45-56.
2. Sánchez N, García M. Alimentación, Nutrición y Dietética a través de la historia de la enfermería. *Cultura de los cuidados*. 1999; año III (5):29-32. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5163/1/CC_05_05.pdf

3. López A, Carabias L, Díaz E. Ofertas gastronómicas. 1a. Edición. Madrid: Ediciones Parainfo S.A.; 2011.
4. Arias Z, Gonzalo Y. Elaboración de un manual de procedimientos para servicios de alimentos de los Hospitales Militar Central y Fundación San Carlos de Santa Fe de Bogotá. Tesis de grado. Facultad de Medicina. Bogotá: 2000.

Capítulo 178

EL PINCHE DE COCINA Y LA EXPOSICIÓN DE ALÉRGENOS DE ORIGEN ANIMAL EN LA COCINA HOSPITALARIA

MARCOS LÓPEZ PEINADO

JAVIER SANCHEZ GOMEZ

IRENE GALÁN CORDERO

LORENA GALÁN FUERTES

MARIA ALEJANDRA BLANCO ACUÑA

1 Introducción

En un entorno de cocina, la gestión de alérgenos es crucial para garantizar la seguridad alimentaria y prevenir reacciones adversas a los alimentos. Como pinche de cocina, es esencial conocer los diferentes tipos de alérgenos y tener en cuenta las necesidades de los clientes con alergias alimentarias.

La Academia Europea de Alergología e Inmunología Clínica (EAACI) clasifica las reacciones adversas a los alimentos en tóxicas y no tóxicas. Los alérgenos no tóxicos incluyen aquellos que pueden causar reacciones de hipersensibilidad a los alimentos, como las alergias o las intolerancias.

En un entorno de cocina, es importante tener en cuenta los siguientes factores para prevenir las reacciones adversas a los alimentos:

- Identificar los alérgenos presentes en los alimentos y en el entorno de cocina
- Llevar a cabo prácticas de limpieza y sanitización rigurosas para prevenir la contaminación cruzada
- Mantener separados los alimentos que contienen alérgenos y los que no los contienen
- Capacitar a los empleados sobre la importancia de la gestión de alérgenos y cómo evitar las reacciones adversas a los alimentos

Como pinche de cocina, es fundamental respetar las necesidades de los clientes con alergias alimentarias y tomar medidas efectivas para prevenir las reacciones adversas a los alimentos en el entorno de cocina. La gestión de alérgenos es un aspecto crítico para garantizar la seguridad alimentaria y mantener una excelente reputación en el negocio culinario.

2 Objetivos

Exponer la importancia de gestionar bien los alérgenos de origen animal en una cocina hospitalaria para los pacientes enfermos en la dieta y en los menús hospitalarios por el pinche de cocina.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los alérgenos son proteínas presentes en los alimentos que pueden desencadenar una respuesta inmunitaria en el organismo, aunque normalmente son inocuos. La mayoría son glicoproteínas y pueden ser estables a diferentes condiciones como el calor, los ácidos y las enzimas proteasas.

- Tipos de Alérgenos

Se pueden clasificar en alérgenos mayores y alérgenos menores, dependiendo de la proporción de personas sensibilizadas.

Una alergia alimentaria se origina cuando el alérgeno presente en el alimento desencadena una respuesta inmunitaria en el organismo.

- Reactividad Cruzada

La reactividad cruzada es la aparición de síntomas sin haber existido contacto previo con el alérgeno específico.

Ocurre cuando una persona toma un alimento que contiene alérgenos similares a otro al que ha estado expuesto previamente.

- Principales Alérgenos

Los alérgenos alimentarios pueden ser de origen animal o vegetal hoy exponemos los de origen animal

Alérgenos de origen animal

1. Leche

Es uno de los alimentos que más reacciones alérgicas e intolerancias produce, especialmente en los niños.

Las proteínas más comunes que pueden causar alergias son la lactoalbúmina, seroalbúmina, caseína y gammaglobulina.

Alimentos que pueden presentar este tipo de alérgenos incluyen helados, margarina, pastas alimenticias, productos de panadería, salsas, embutidos y conservas. Los síntomas más comunes incluyen erupciones cutáneas, vómitos y diarrea.

2. Huevo

Es uno de los alérgenos más comunes y puede causar reacciones en la piel, el sistema digestivo y el sistema respiratorio.

Alimentos que pueden presentar este tipo de alérgenos incluyen pasteles, postres, alimentos fritos, salsas y aditivos.

Los síntomas más comunes incluyen erupciones cutáneas, rinitis, conjuntivitis y dificultad para respirar.

3. Pescado y Marisco

Son alérgenos comunes y pueden causar reacciones en la piel, el sistema digestivo y el sistema respiratorio.

Alimentos que pueden presentar este tipo de alérgenos incluyen salsas, aditivos y productos de panadería.

Los síntomas más comunes incluyen erupciones cutáneas, urticaria, dificultad para respirar, dolor de cabeza, hinchazón de labios, lengua y garganta, y fatiga. En casos graves, la reacción alérgica puede causar shock anafiláctico, que puede ser potencialmente mortal si no se trata de inmediato. Es importante buscar atención médica de inmediato si se sospecha de una reacción alérgica. El tratamiento incluye la administración de medicamentos antihistamínicos y de emergencia, como la adrenalina, para detener los síntomas y prevenir complicaciones graves.

También es importante identificar y evitar el desencadenante de la reacción alérgica para prevenir futuras reacciones.

5 Discusión-Conclusión

De este artículo se desprende claramente, como ayudantes de cocina empleados en un hospital, que los alérgenos de origen animal son una causa frecuente de reacciones alérgicas y deben tomarse en serio en la cocina de un hospital. Es fundamental tomar las precauciones necesarias para reducir la exposición y el contacto con estos alérgenos. Estos incluyen el etiquetado claro de los alimentos que contienen alérgenos animales, la puesta en práctica de procedimientos seguros de manipulación de alimentos y la capacitación necesaria del personal. Al hacer esto, puede garantizar la seguridad del entorno tanto para los pacientes como para el personal y detener cualquier reacción alérgica potencialmente dañina.

6 Bibliografía

1. Harada N, Shoda T. Prevalencia de alergias alimentarias en Japón. *Alergia a Asia Pac.* 2013 Diciembre;3(4):225-32. doi: 10.5415/apallergy.2013.3.4.225.
2. Knulst AC, Alcaraz I, Blanco C, Cardona V, Castells M, Cruz MJ, et al. Prevalencia de alergia alimentaria en Europa: una revisión sistemática y metanálisis. *Alergia.* 2015 Noviembre;70(11):1372-80. DOI: 10.1111/all.12706.
3. Wensing M, Knulst AC, Blaiss MS, Muraro A, Ong PY, Roberts G, et al. Una visión general mundial de las características clínicas de la sensibilización a alérgenos animales y los trastornos alérgicos asociados. *Alergia.* 2016 Septiembre;71(9):1138-50. doi: 10.1111/all.12954.
4. Cianferoni A, Spergel JM. Una visión general de la alergia alimentaria: una guía práctica para el clínico. *J Alergia Clin Immunol Pract.* 2013 Mar-Abr;1(2):119-26. doi: 10.1016/j.jaip.2012.10.005.
5. Bock SA, Muñoz-Furlong A, Sampson HA. Muertes debidas a reacciones anafilácticas a los alimentos. *J Alergia Clin Immunol.* 2001 Octubre;108(4):641-5. DOI: 10.1067/MAI.2001.11

Capítulo 179

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS DILIGENCIAS DE LA TARJETA SANITARIA

ELENA MALDONADO GALERA

BÁRBARA MUÑOZ PALOMO

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

M^a INMACULADA LÓPEZ GALLEGO

SANDRA RODRIGO MARTINEZ

1 Introducción

El Sistema Nacional de Salud tiene su origen en la Constitución Española del año de 1978 y en la llamada Ley General de Salud del año 1986. A partir de aquí la sanidad pasa a financiarse a través de los Presupuestos Generales del Estado.

Fue a comienzos de los años noventa cuando se empieza a implantar la tarjeta sanitaria en todo el estado español. Y en 2002, las competencias sanitarias son transferidas a la Comunidades Autónomas.

Se puede definir la tarjeta sanitaria como el documento administrativo que tiene un carácter individual, personal e intransferible. Es el instrumento que permite identificar al usuario en el sistema sanitario y es la prueba del derecho del paciente a recibir la asistencia sanitaria. Se podría indicar que la tarjeta sanitaria es

la clave que nos permite la entrada al Sistema Sanitario público, por eso resulta un elemento tan importante y con unas características determinadas.

2 Objetivos

Enumerar las características y funciones de la tarjeta sanitaria, explicando de qué partes se compone esta tarjeta.

Mencionar los derechos que se obtienen con la tarjeta en la sanidad pública española.

Detallar el papel realizado por parte del auxiliar administrativo en la tramitación de la tarjeta sanitaria individual (TSI).

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, seleccionando revistas y artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo. Y en temarios de oposición relativos a la categoría.

4 Resultados

El usuario acredita su derecho a la asistencia sanitaria de carácter público, a través de la tarjeta sanitaria. Se trata de un documento administrativo, individual y personalizado. La tarjeta sanitaria se emite en las distintas Comunidades Autónomas y depende de las Consejerías de Salud de cada comunidad. Ser titular de la tarjeta da opción a recibir asistencia sanitaria de carácter público en todo el Reino de España, incluye además la aportación para la compra de productos en las farmacias. Dicha aportación es diferente, según se trate de pensionistas, trabajadores en activos, beneficiarios de pensiones no contributivas, entre otros. Será en Centro de Salud de cada usuario, donde se realizará la solicitud de la tarjeta sanitaria. Por lo tanto, se tiene en cuenta el domicilio donde esté empadronado el paciente. Los auxiliares administrativos, son los encargados de tramitar la gestión y para ello informarán al paciente de la documentación que tendrán que aportar. Principalmente, esta sería la documentación más usual:

- El DNI, en caso de ciudadanos con nacionalidad española o el NIE en caso de extranjeros.
- Cuando el paciente sea menor de 14 años, no es obligatorio disponer de DNI y en este caso, se presenta el libro de familia y un documento que expide el INSS en el que se certifica al paciente como beneficiario de un titular. Habitualmente el padre o la madre.

La tarjeta sanitaria se compone de dos partes:

- La parte delantera, donde figuran los datos personales del paciente, la comunidad que emite la tarjeta, la fecha de renovación de la misma.
- La parte trasera, o reverso, es donde se encuentra la banda magnética. Y el nombre del médico y del enfermero que le corresponde al paciente para su atención médica.

Habitualmente, las tarjetas se envían a los domicilios de los pacientes, aunque también se pueden recoger en el centro de salud donde se llevó a cabo la solicitud.

Cuando un paciente, necesite realizar cualquier gestión relacionada con la tarjeta sanitaria, deberá dirigirse a la unidad administrativa de su Centro de Salud. Será allí, donde el auxiliar administrativo intente dar solución a sus demandas. Formulará su solicitud, se encargará de verificar los documentos aportados y en caso de algún problema informará al paciente para intentar solucionarlo con la mayor rapidez.

Para ello, el auxiliar administrativo que trabaja en los centros sanitarios, deberá tener un buen manejo del programa que gestiona la tarjeta sanitaria, así como formación para dar soluciones a los diferentes casos que se le pudieran presentar.

5 Discusión-Conclusión

Las unidades administrativas de los centros de salud, serán las encargadas de solicitar, gestionar y renovar en caso de pérdida o caducidad. Los auxiliares administrativos, contarán con un nivel alto de conocimiento de los programas informáticos utilizados para estas gestiones. Su papel consistirá en orientar, simplificar los trámites y atender las demandas de los usuarios.

La tarjeta sanitaria, resulta ser un elemento muy útil en la dispensación de medicamentos en la farmacia. Ha significado un gran avance, en cuanto a gasto de recetas de papel y agilidad en la renovación de tratamientos médicos.

6 Bibliografía

- <https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/tarjetaSanitariaSNS/home.htm>
- <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/tarjetasanitaria/informacion/como-conseguir-la-tarjeta-sanitaria>

Capítulo 180

LOS CELADORES Y SU TRATO CON LOS PACIENTES DE TERCERA EDAD INGRESADOS EN LAS ESTITUCIONES SANITARIAS

CRISTINA MOROTE TERCERO

YOLANDA MOROTE BONIFACIO

MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO

SERGIO YUNCAL VIVAS

EVA NAVARRO TERCERO

1 Introducción

La población española es una de las que más ha envejecido en las últimas décadas; esto se debe a una combinación de factores, que incluyen una tasa de mortalidad muy baja entre las personas y una disminución en la tasa de natalidad provocada por una crisis económica y los avances en la medicina.

Debido a la vida más larga de los humanos, las enfermedades relacionadas con el envejecimiento como el Alzheimer y la demencia senil están en constante aumento.

Para que la estancia de los pacientes de edad avanzada en un centro hospitalario sea lo más cómoda posible, el celador debe desempeñar sus funciones dentro

del servicio de geriatría hospitalario debe tener los conocimientos suficientes sobre el tratamiento y cuidados especiales que estos pacientes necesitan, así como empatía con ellos.

El celador es uno de los empleados más importantes en las instituciones de salud porque brindan atención médica adecuada a los pacientes de la tercera edad que necesitan ser hospitalizados, así como a los que ya han sido ingresados. También brindan movilidad continua, acomodan a los pacientes o ayudan a los auxiliares de enfermería con tareas diarias como limpiar a los pacientes, alimentarlos y atender todas sus necesidades o derivar preguntas a la persona adecuada.

2 Objetivos

Conocer las funciones esenciales de un celador frente a un paciente geriátrico será uno de los principales objetivos de este trabajo.

3 Metodología

Para profundizar en este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Además de realizar una búsqueda exhaustiva de libros, se utilizó Scielo, Medline y Pubmed para consultar artículos, así como en Google.

4 Resultados

El tipo de paciente geriátrico es aquel que requiere de un adecuado cuidado psicológico y físico porque pueden vivir más que cualquier otro tipo de paciente y son más sensibles. Por ello, el celador ayudará a que su trabajo sea de mayor calidad, ya que, en algunos casos, el papel psicológico es crucial porque determina si un paciente cooperará o no, lo que hace que sea antes su restauración.

La única responsabilidad de un celador que atiende a estos pacientes es asistir al personal médico y brindarle servicios de apoyo, como por ejemplo asistir en ejercicios de rehabilitación a pacientes de edad avanzada que presentan ciertas secuelas o movilidad limitada. Los celadores que trabajan con estos pacientes no son responsables del diagnóstico de la enfermedad ni de gran parte de su tratamiento.

El celador necesita poseer una serie de habilidades, incluidas las siguientes, para poder trabajar en este tipo de unidades y servicios.

- Serán capaces de reconocer situaciones dolorosas en cualquier momento y actuar en consecuencia en el menor tiempo posible gracias a su capacidad para observar señales no verbales.
- Reconocer que cada paciente es muy diferente y que no todos pueden ser tratados de la misma manera, permitiéndoles analizar cada situación y determinar qué funciona para una persona en particular y qué no. Otros podrían no encontrarlo.
- Deben ser sensibles y trabajar duro para comprender cómo se siente la otra persona.
- No necesitan ocupar una posición extrema; en cambio, deben trabajar dentro de los límites de la gravedad y sus respectivas funciones, explicando en todo momento cómo moverse y realizando cada procedimiento de la manera más cómoda para el paciente tan acogedor como práctico.
- Incluso si el paciente no puede cooperar debido a su condición, deben ser considerados y respetuosos mientras cuidan siempre su lenguaje.

5 Discusión-Conclusión

Dado que estas enfermedades suelen ser muy frecuentes en pacientes de edad avanzada, el celador debe poseer y comprender algunos conocimientos fundamentales sobre estas enfermedades y este tipo de pacientes.

Sin embargo, para mejorar la calidad de la atención a los pacientes geriátricos, los celadores deberían poner más énfasis y atención a este tipo de trastornos mentales, como la demencia o la depresión.

El ambiente se volverá más tranquilo, más agradable o más respetuoso con la capacitación adecuada del celador y la cooperación de todo el personal médico y no médico, lo que beneficiará más a este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.scielo.org

Capítulo 181

LOS CELADORES EN INSTITUCIONES DE SALUD PRIMARIA

CRISTINA MOROTE TERCERO

YOLANDA MOROTE BONIFACIO

MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO

SERGIO YUNCAL VIVAS

EVA NAVARRO TERCERO

1 Introducción

La ATENCIÓN PRIMARIA es el nivel básico de atención que garantiza la atención continuidad de la atención a lo largo la vida del paciente. En cualquier modo en la atención primaria, el Sistema Salud debe asegurar una asistencia básicas y comunes a todos las personas, con el objetivo de que dicha asistencia continua, integrada y permanente en todos los niveles de asistencia. La constitución estipula que todas las personas tienen derecho al amparo de la sanidad y de la salud, a la educación en la salud y a los de servicios necesarios que establece las bases y la disposición general de la sanidad en España. Promulga la libre la elección de médico atención primaria, enfermería y pediatra de entre los profesionales existentes en la respectiva área de salud. Tenemos que tener en cuenta que los centros de salud son la primera línea de la sanidad, ya que es el lugar más próximo al paciente y en el que se encuentra más cómodo por ser el lugar que conoce y confía en su persona sanitario. Es donde recibe su primera valoración antes de

ser derivado a la atención especializada o al servicio de urgencias del hospital, descongestionando así dicho servicio hospitalario.

2 Objetivos

Indicar y explicar las funciones del equipo de celadores en este servicio de un centro de atención primaria de la salud

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Veremos las funciones de los celadores en las instituciones de los centros de salud primaria .

Las tareas más frecuentes de los celadores en Atención Primaria serían:

- Informar al usuario, de carácter general, como por ejemplo explicarle donde se encuentran de los diferentes servicios que haya en el Centro
- Colaborar en la movilización de usuarios que tengan una movilidad reducida
- Repartir el correo que llega a diario al centro de salud
- Ayudar a otros profesionales como serían el técnico de rayos, matronas, pediatras cuando estos lo demanden
- Trasladar a pacientes que necesiten ayuda
- Tareas administrativas, según las necesidades del momento como puede ser coger el teléfono, reparto de material en las diferentes consultas, etc
- El celador se personará donde sea solicitado, una vez recibida la solicitud de traslado y efectuará cambio de muebles.
- Colaborar en lo que te pidan los facultativos, así como la matrona, fisioterapeutas, pediatras etc.
- Trasladar de las balas de oxígeno y su cambiarlas cuando sea necesario
- Distribuir medicación y demás productos de farmacéuticos

- Archivar la diferente documentación que haya, y tener especial cuidado con los datos personales para salvaguardar la Protección de Datos.
- No utilizar su posición para mirar expedientes médicos, ya que esto sería un delito
- Control del acceso al centro, estando pendiente de cualquier sujeto que tenga una actitud extraña

El celador de los centros de salud , tambien llevan parte de las funciones del personal auxiliar administrativo, que sería estar en el mostrador y estar atendiendo llamadas y cogiendo citas de los diferentes médicos de cabecera, y tambien citas con otro tipo de especialistas que estarían en los hospitales generales. Tambien el traslado de los pacientes que acuden a las urgencias de los centros de salud de atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión el celador en atención primaria, constituye una de las partes más importantes del Centro de Atención Primaria, tiene que tener conocimientos del funcionamiento de toda la Institución Sanitaria, así como de cada consulta, horarios del personal sanitario para así poder dar mejor servicio al ciudadano. Es el primer profesional con el que se va a encontrar el paciente deberá ser atento, empático y tener un concepto claro y conciso de cuáles serán sus funciones y limitaciones dentro del centro de atención primaria. Será el encargado tanto de tranquilizar como de informar al paciente dentro de sus posibilidades y siempre guardando el secreto profesional.

6 Bibliografía

BOE-A-2003-23101 Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud
 Temarios para oposiciones de CEP, MAD, y Master D
 ESSAE Centro de Formación

Capítulo 182

EL CELADOR DE CONSULTAS EXTERNAS DE LOS CENTROS SANITARIOS

CRISTINA MOROTE TERCERO

YOLANDA MOROTE BONIFACIO

MARIA EUGENIA MOROTE BONIFACIO

SERGIO YUNCAL VIVAS

EVA NAVARRO TERCERO

1 Introducción

El celador apoya a otros profesionales, como médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc., en consultas externas realizando funciones de apoyo. El celador debe estar a cargo de mantener el orden, asegurándose de que los pacientes y sus acompañantes sigan las reglas del centro además de sus deberes regulares como abrir y cerrar las instalaciones.

Los servicios del celador podrán ser requeridos en las siguientes áreas:

1. Área asistencial: Para que los profesionales sanitarios puedan desempeñar correctamente sus funciones, deberá llevar a la consulta tanto la historia clínica de los pacientes (o cualquier otra documentación solicitada) como el equipamiento necesario. Debe ayudar a los pacientes que necesitan asistencia a llegar a la cita,

vestirse y desvestirse, y subirse y bajarse de la mesa de exploración. El personal médico también debe ayudar en todas sus necesidades.

2. La responsabilidad organizativa del celador es garantizar que los registros médicos de los pacientes programados para ese día sean accesibles para el personal médico.

3. Configuración de la consulta: Es importante revisar los términos de la consulta tanto al iniciar como al finalizar la actividad diaria. Se debe examinar lo siguiente.

a) Ropa blanca: De la camilla. b) Instrumentos de exploración. c) Inspeccionar las sillas y camillas del centro.

2 Objetivos

- Conocer las responsabilidades del celador de consultas externa de un hospital y conocer la distribución del área de consulta externa del hospital.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de varios artículos sobre el tema de la actuación del asistente durante el traslado y movilización del paciente. Los celadores han sido entrevistados varias veces y se han valorado los métodos que emplean y sus experiencias.

4 Resultados

Las responsabilidades del celador en las consultas externas del hospital incluyen:

1. Es responsable de que el área de consulta externa esté en buen estado y mantener el orden en las dependencias.

2. Asegurarse de que los pacientes y sus familias actúen correctamente y no molesten a los demás asistentes.

3. Educación pública, se debe proporcionar a los usuarios toda la información necesaria, incluido el lugar, la fecha y la hora de las consultas.

4. Mover: a) Documentación: toda la documentación solicitada, incluidas las historias clínicas de los pacientes que tengan consultas ese día. b) Dispositivos: Todo el equipo médico necesario debe ser llevado a las consultas para permitirle realizar su trabajo. c) Mover objetos: moverá todos los objetos en las consultas son imprescindibles.

5. Los pacientes deberán ser trasladados cuando requieran asistencia a las consultas.
6. Se debe ayudar a los pacientes que no puedan hacerlo a vestirse, subir y bajar de la mesa de examen y realizar todas las demás tareas necesarias.
7. Deberá asistir al personal médico en la realización de intervenciones menores o curas cuando así lo solicite.
8. Deberán auxiliar a los técnicos especialistas en la elaboración de placas con materiales transportables.
9. Configuración de la consulta: debe asegurarse de que las consultas estén equipadas con todas las herramientas necesarias, incluido un carrito de tratamiento, talonarios de recetas, volantes, ropa limpia para la camilla y equipo.
10. Reemplace el material esterilizado por uno nuevo.
11. Para ahorrar tiempo a los trabajadores de la salud durante las búsquedas, se asegurará de que los registros médicos estén debidamente organizados y en el orden correcto.
12. El resto de los deberes generales de los celadores incluyen abrir y cerrar el edificio, alertar a sus superiores de cualquier daño y operar el guardia y el ascensor.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el trabajo de los celadores es fundamental para el funcionamiento eficiente del servicio después de observar todas las tareas que realizan en el área de consulta externa. Es crucial para el paciente pueden acceder a la consulta, obtienen el apoyo que requieren, las consultas del hospital están en buen estado, tienen todo lo necesario para funcionar correctamente en este servicio, y no se olvidan de las tareas de apoyo para ellos.

Para que el servicio funcione de manera efectiva, el trabajo del celador en esta área debe estar coordinado con el trabajo de los demás, como es el personal sanitario.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/celador-servicios-centrales/>
- <https://andalusascom.files.wordpress.com/2018/02/muestratemarioespecc3adfico-y-test.pdf>

Capítulo 183

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE LA PREPARACIÓN Y LA ADMINISTRACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN PARENTERAL

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

ANA CRISTINA MAROTO BARATO

CRISTINA GARCIA REYES

SUSANA AVILA UBEDA

BRÍGIDA MANGLANO GARCÍA

1 Introducción

Se entiende como nutrición la acción de alimentarse o alimentar a alguien. El diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE) recoge en su tercera acepción sobre nutrición la siguiente definición “Preparación de los medicamentos, mezclándolos con otros para aumentarles la fuerza”.

La nutrición enteral es aquella alimentación que se administra por vía oral. Se produce en aquellos pacientes que no pueden ingerir alimentos debido a sus patologías o enfermedades y requieren de una alimentación vía oral a través de sondas o catéteres.

La nutrición parenteral es aquella alimentación que se administra por vía intravenosa. Esta nutrición se basa en la preparación de fórmulas dietéticas y administradas por un catéter a través de la vena subclavia o de la yugular.

La nutrición parenteral central (NPC) se le conoce también como nutrición periférica hipocalórica (NPP). Esta alimentación no se debe administrar durante más de 10 días, es por ello que está destinado a aquellos pacientes que deban permanecer en ayudas debido a una intervención, o a pacientes que necesiten una transición entre la nutrición periférica parcial y la nutrición periférica total.

Pacientes con nutrición parenteral:

- Con vómitos durante mucho tiempo.
- Con diarreas crónicas.
- Negativa a recibir alimentación.
- Intolerancia a la nutrición por sonda.

2 Objetivos

- Definir los conceptos de alimentación parenteral y alimentación enteral.
- Conocer a que pacientes está indicado la alimentación parenteral.
- Describir la técnica para administrar nutrición parenteral.

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

Las nutriciones parenterales son realizadas por el servicio de farmacia de los centros hospitalarios, los cuales se encuentran en coordinación y colaboración con los nutricionistas del centro sanitario para determinar las cantidades de cada mezcla.

Los profesionales encargados de la preparación de estas mezclas de soluciones de nutrientes pueden ser:

- Farmacéuticos

- Graduados en enfermería.
- Técnico especialista en laboratorio.

Mientras que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería les preparará todo el material necesario para la preparación de las mezclas. Para ello se necesitará:

- Bolsa de plástico con una capacidad no inferior a 5L. Esta bolsa deberá ser estéril.
- Sistemas. Utilizados para llevar a cabo el paso de las soluciones desde los frascos de preparación hasta la bolsa donde se introduce la nutrición.
- Kit para infusión intravenosa.
- Solución alcohólica antiséptica.
- Equipo de protección individualizado estéril y desechable. Los responsables de realizar estas preparaciones nutricionales deben realizar la mezcla manteniendo la mayor asepsia posible.
- Material estéril: agujas, jeringas, gasas...

Técnica de preparación de nutrición parenteral.

Una vez se ha preparado la nutrición parenteral, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería del servicio de farmacia se encargará de:

- Proteger la bolsa con la mezcla de la exposición a la luz, es por ello que la cubrirá con otra bolsa que no permita pasar a la luz.
- Etiquetar la bolsa donde se encuentra la preparación con el contenido de la mezcla.
- Etiquetar la bolsa donde se encuentra la preparación con los datos identificativos del paciente.
- Preparar la recepción de la nutrición parenteral y llamar al celador para que la recoja.

El profesional responsable de la administración de la nutrición parental es el enfermero responsable del paciente, sin embargo, requiere de la ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para su conexión y administración.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la preparación y administración de la alimentación parenteral” nos ha demostrado en primer lugar los pacientes a los que están destinados este tipo de nutrición, y en segundo lugar, la técnica para administrar la nutrición parenteral.

Es necesario destacar que es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería del servicio de farmacia el encargado de suministrar todo el material requerido para

la preparación de dichas mezclas al personal responsable de su realización, es por ello, que se considera de vital importancia que el TCAE conozca cada uno de los elementos necesarios y utilizados en las cabinas de preparación, de esta manera el tiempo de preparación de la nutrición parenteral será menor y antes podrá ser administrado al paciente.

6 Bibliografía

- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021

Capítulo 184

FUCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: CENTROS DE SALUD

JUAN MARTINEZ ORTEGA

SARA TORNER HUERVA

VICENTE ROSADO SOTO

GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO

PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ

1 Introducción

La atención primaria es aquel nivel asistencial que frecuentemente suele ser el primer contacto del paciente con la sanidad, la puerta de entrada a los servicios de salud. Este servicio ofrece una atención personalizada al usuario, a lo largo de toda su vida, tanto en la enfermedad como en la salud, pues en atención primaria se llevan a cabo la mayoría de actividades preventivas y programas de educación sanitaria a la población, como pueden ser campañas para prevenir el uso de drogas, tabaco, campañas de educación alimentaria, higiene postural, concienciación sobre la importancia del deporte, charlas sobre educación sexual, etc.

Además, atención primaria tiene una función coordinadora de las necesidades sanitarias del enfermo, siendo el médico de familia el encargado de objetivar

cuando es necesario una consulta a un especialista, una radiografía o un análisis de sangre.

La atención primaria se desarrolla en los centros de salud y el equipo de atención primaria básico se compone de un médico de familia, un pediatra y una enfermera, aunque en los centros de salud trabajan multitud de profesionales además de los anteriormente listados, como son los odontólogos, celadores, personal administrativo, de limpieza y mantenimiento. En este texto se analizarán las funciones que lleva a cabo el celador en el ámbito de atención primaria.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en atención primaria.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en atención primaria.
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en este servicio, necesario para su correcto funcionamiento.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “atención primaria”, “centros de salud”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

La atención primaria constituye una parte esencial dentro de la sanidad, muchas veces son los médicos de familia y no los especialistas quienes diagnostican graves y complejas enfermedades, puesto que los médicos de familia cuentan con mucha más experiencia con el usuario, conociendo muy bien a sus pacientes. En un centro de salud se desarrollan muchas actividades ligadas a la medicina y la atención primaria, como son las consultas, revisiones, formación, campañas de prevención, servicio de urgencias, etc. Por todo ello, es de esperar que un centro de salud exija la labor coordinada de multitud de profesionales entre los que se encuentra el celador.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en atención primaria.

El celador es el encargado de abrir las puertas al comienzo de la mañana y cerrarlas una vez finalizada la jornada laboral.

El celador ayudará a los pacientes a encontrarlas consultas correspondientes, guiándoles con educación y acompañándolos si fuera necesario.

Otra competencia del celador la constituye el traslado de enfermos dependientes o con movilidad reducida, siendo el celador quien se encargue de transportarlos a las consultas o unidades correspondientes.

El celador velará también por el orden en las salas de espera, procurando silencio, para facilitar el buen funcionamiento del centro de salud.

Si fuera necesario transportar algún mobiliario, será el celador quien realice esta tarea, como llevar ecógrafos u otros aparatos médicos de unas consultas a otras, el traslado de impresoras, sillas, etc.

Si el centro de salud no cuenta con laboratorio, será el celador quien transporte las muestras de sangre recogidas al hospital de referencia.

El celador será quien entregue los recados y correspondencia en el interior del centro de salud, así como el transporte de documentación, como por ejemplo historias clínicas.

El celador asistirá a los miembros del equipo de atención primaria cuando estos necesiten de su ayuda, como, por ejemplo, a la hora de posicionar a un paciente para realizarle una cura.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo del presente texto, la labor de la atención primaria es esencial si se quiere prestar un servicio de salud de calidad, pues

no solo la medicina especializada es importante, sino que es necesaria la coordinación entre ambas atención primaria y especializada, para brindar la mejor atención posible al paciente, no solo curar sus patologías, sino prevenir, diagnosticar precozmente y educar en salud a la población.

Por todo lo anterior, es fundamental que la totalidad de personal que trabaja en un centro de salud esté adecuadamente formada, sepa trabajar en equipo y sea amable, esto incluye al celador, pues con su labor y profesionalidad contribuye a que la atención primaria funcione de forma óptima.

6 Bibliografía

1. Funciones del Celador en atención primaria - ESSAE. (n.d.). Retrieved July 13, 2023, from <https://essaeformacion.com/funciones-celador-atencion-primaria>
2. Las funciones del celador en Atención Primaria - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 13, 2023, from <https://revistamedica.com/las-funciones-del-celador-en-atencion-primaria/>

Capítulo 185

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

JUAN MARTINEZ ORTEGA

GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO

VICENTE ROSADO SOTO

SARA TORNER HUERVA

PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ

1 Introducción

Actualmente, los hospitales son instituciones sanitarias que desarrollan funciones de prevención, diagnóstico, rehabilitación, cuidados y tratamiento de enfermedades.

En la actualidad la red de hospitales constituye una parte esencial de todo programa de asistencia médica. Según la Ley General de Sanidad, cada área tendrá un hospital de referencia que atenderá a toda la población de su ámbito de actuación, prestando asistencia sanitaria especializada y de emergencia.

Debido al continuo avance de la medicina, es fundamental que los médicos generales y especialistas cuenten con un servicio hospitalario eficaz para poder prestar una asistencia de calidad y eficiente.

En esta línea podemos afirmar que el hospital tal y como se concibe en la actualidad desempeña un papel importante en los programas de salud y bienestar social y ejerce una gran influencia en el desarrollo económico.

La asistencia especializada que se presta en los hospitales, puede ser en régimen ambulatorio como consultas externas, hospital de día, o en régimen de internamiento, en plantas de hospitalización.

En el presente capítulo vamos a desarrollar la atención que presta el celador en las plantas de hospitalización, sus funciones, y la importancia del mismo para un funcionamiento de calidad y eficacia en el ámbito hospitalario.

Como parte de un equipo multidisciplinar, el celador trabajará coordinadamente con el resto de categorías sanitarias, y no sanitarias.

2 Objetivos

- Describir las características y funcionamiento de un hospital.
- Desarrollar las funciones que realiza el celador en planta de hospitalización.
- Destacar la importancia del celador en las plantas de hospitalización.

3 Metodología

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

4 Resultados

La atención especializada comprende las siguientes actividades:

- Asistencia especializada en consultas externas.
- Atención especializada en hospital de día médico quirúrgico.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Hospitalización en régimen de internamiento
- Hospitalización domiciliaria.

Normalmente se organiza en servicios, que pueden dividirse en secciones o unidades.

Su organización es jerárquica, normalmente estructurado por áreas asistenciales.

Las más comunes son:

- Servicios clínicos: médicos, quirúrgicos y mixtos.
- Servicios de diagnóstico: laboratorios de análisis clínicos, anatomía patológica y citología, radiología y electrofisiología médica.
- Servicios auxiliares de tratamiento: radioterapia
- Servicios auxiliares de tratamiento: radioterapia, hemoterapia, diálisis, litotricia, banco de sangre etc.
- Otros servicios: hostelería, servicio de admisión, información y documentación clínica, mantenimiento, medicina preventiva etc.

Al frente del hospital esta la figura del director/a gerente, que se encargará de representar al hospital y gestionar los distintos servicios. A partir de aquí, suelen existir tres secciones

- División médica
- División de enfermería
- División de gestión y servicios generales

Al frente de cada división estará un responsable propio de diversa formación.

Todas las áreas o unidades de un hospital son importantes, pero como mínimo debe contar con servicios de emergencia, UCI, quirófano y radiología. También deberá ofrecer las especialidades de obstetricia, cirugía, pediatría y medicina interna.

A continuación vamos a listar y describir las funciones que realiza el celador en las plantas de hospitalización:

- Ayudará en la movilización de pacientes al personal sanitario, ya sea en el aseo, curas, cambios posturales etc.
- Será el encargado de manejar la grúa, para movilizar a los pacientes que lo requieran.
- Trasladará a los pacientes para la realización de las pruebas que le sean prescritas por los facultativos.
- Cursarán las peticiones, e interconsultas.
- Se encargarán de llevar al mortuario a los pacientes fallecidos.
- Al finalizar el turno llevarán la jaula de la ropa sucia a lencería y pondrán una vacía.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar dentro de todos los hospitales existe un área de hospitalización donde los pacientes pasan estancias de tiempo prolongadas. La

correcta y eficaz organización de esta unidad es de vital importancia para resolver exitosamente los problemas de salud de los usuarios. En este sentido el papel del celador es importante, pues contribuye al correcto y fluido funcionamiento de las plantas hospitalarias, desarrollando multitud de funciones en las mismas. Será el encargado de ejecutar todas las órdenes recibidas por el personal sanitario, ya sea traslado de pacientes a otras unidades, para la realización de pruebas, o gestión de documentación administrativa.

6 Bibliografía

1. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1239/40223.pdf>
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-celador-en-una-planta-de-hospitalizacion/>
3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8908695>

Capítulo 186

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

JUAN MARTINEZ ORTEGA

VICENTE ROSADO SOTO

GEMA BELÉN PALOMINO ESCRIBANO

SARA TORNER HUERVA

PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos, también llamada unidad de críticos es una zona o área del hospital que presta atención médica a pacientes con problemas de salud que pueden llegar a provocarles la muerte. Necesitan estar monitorizados las 24 horas del día debido a que su estado es crítico.

Al frente de este servicio trabajan un conjunto de profesionales de diversas disciplinas especialmente capacitados para prestar este tipo de atención.

Toda unidad de cuidados intensivos debe cumplir unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garanticen una atención de calidad, eficiente y segura.

Debido a las peculiaridades de la atención prestada las unidades de cuidados intensivos contarán con una gran variedad de aparataje, monitores, desfibriladores, carros de parada, respiradores, etc.

Al frente de las unidades de críticos están los médicos intensivistas que tienen una especialidad en atención al paciente crítico y las competencias profesionales para desarrollarla. Junto a ellos trabajan otros profesionales sanitarios y no sanitarios entre los que se encuentra el celador. Las labores del celador en este servicio son de especial importancia, pues colabora en la manipulación de pacientes que por su estado son sumamente delicados, por lo que debe conocer perfectamente las posiciones anatómicas y seguir cuidadosamente las instrucciones del personal sanitario.

En este capítulo vamos a desarrollar en profundidad las labores que realiza el celador en la UCI.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en la unidad de cuidados intensivos.
- Explicar concisamente de qué tratan cada una de esas funciones, estacando la labor del celador en las unidades de críticos.
- Llamar la atención sobre la importancia de trabajo del celador en la unidad de críticos, necesario para el correcto funcionamiento de la unidad.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “UCI”, “unidad de críticos”, “unidad de cuidados intensivos” y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

La unidad de cuidados intensivos deberá estar ubicada en una zona claramente diferenciada y con un acceso restringido. Igualmente estará cerca del bloque quirúrgico, urgencias o radiología, ante la posibilidad de tener que trasladar a un paciente con urgencia a estos servicios.

Se trata de unidades donde el paciente permanece sin acompañantes y esto supone un desgaste a nivel psicológico, que puede incidir en su recuperación, es por ello que el equipo de profesionales, debe cuidar este aspecto, mejorando en lo posible la calidad de la atención del paciente no sólo a nivel asistencial sino también humano.

El celador que trabaja en la UCI debe conocer perfectamente sus funciones y tener la formación adecuada en la realización de cambios posturales y traslado de enfermos, pues las características de vulnerabilidad, y disminución de conciencia del paciente así lo requieren.

Igualmente el celador y el resto de profesionales, deben cuidar al máximo todos los aspectos relacionados con la higiene de manos, y medidas de antisepsia y aislamiento pertinentes, como puede ser el uso adecuado de guantes, bata estéril, calzas, gorro, mascarilla, pues tratan en muchos casos con pacientes inmunodeprimidos cuyas patologías pueden empeorar por infecciones nosocomiales. También deben evitar salir de la unidad a otras estancias del hospital con el uniforme, debido al riesgo que este comportamiento entraña.

A continuación vamos a describir las funciones del celador en la unidad de cuidados intensivos:

- Trasladará a los pacientes que ingresen en la unidad, desde urgencias, o por empeoramiento en una planta de hospitalización.
- Ayudará a la movilización de los pacientes siguiendo las instrucciones del personal sanitario.
- Se encargará del transporte de todo el aparataje necesario, ecógrafo portátil, portátil de rayos, bombas de medicación, respiradores, desfibriladores etc.
- Serán los encargados de informar sobre el horario de visitas a la uci y acompañar a los familiares y visitantes a la zona correspondiente.
- Repondrá el material sanitario que sea necesario.
- Recogerá los pedidos de farmacia.
- Tramitará las interconsultas.
- Llevará al laboratorio correspondiente las muestras biológicas.

Es de gran importancia que el celador conozca bien los protocolos de trabajo de la unidad, para no empeorar la salud de los pacientes críticos y cumpla de forma

profesional las órdenes de los superiores.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo del capítulo la unidad de cuidados intensivos tiene unas características peculiares que la diferencian del resto de unidades o servicios del hospital, es por ello que el celador destinado a dicha unidad debe poseer amplios conocimientos en movilización de pacientes y medidas de higiene, así como trabajar coordinadamente con el personal sanitario, siguiendo minuciosamente sus instrucciones, pues los pacientes ingresados debido a su estado así lo requieren.

En definitiva podemos afirmar que la labor del celador en esta unidad es más específica y delicada y requiere una dedicación y esfuerzo adicional que en el resto de servicios hospitalarios.

6 Bibliografía

1. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
2. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>

Capítulo 187

IMPORTANCIA DE LA FARMACIA HOSPITALARIA EN LOS HOSPITALES: FUNCIONES DESARROLLADAS POR LOS CELADORES

ANTONIO CANO PEÑA

YOLANDA LEON DE LA TORRE

MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO

VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA

ROSARIO PEREZ LOPEZ

1 Introducción

La farmacia hospitalaria es uno de los servicios más comunes presente en la mayoría de los centros hospitalarios. Sus funciones para el uso racional de los medicamentos están reguladas en el artículo 84 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Desde la farmacia hospitalaria se facilita de forma segura y controlada a través de documentos, como son las recetas o las órdenes de dispensación hospitalaria, tanto medicamentos como otros productos farmacológicos, a pacientes internos o externos del centro hospitalario. La farmacia hospitalaria es un servicio de atención médica en el que se desarrollan actividades de distinta naturaleza como: el almacenaje, la distribución,

la dispensación, el control de los diferentes medicamentos prescritos; la elaboración de diferentes fórmulas magistrales, citostáticos o nutriciones parentales; el control de los botiquines de diferentes unidades del centro hospitalario; actividades de farmacovigilancia; e, incluso, actividades formativas y de investigación científica.

El artículo 85 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio establece que el titular y principal responsable de los servicios de farmacia hospitalaria debe ser un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. Junto al máximo responsable de la farmacia hospitalaria desarrollará su labor tanto personal sanitario como farmacéuticos, farmacéuticos internos residentes, personal de enfermería y auxiliares de enfermería o personal no sanitario como personal de mantenimiento, administrativos o celadores.

Los celadores, en el desarrollo de sus funciones, deben conocer el funcionamiento de la farmacia hospitalaria y, a través de sus buenas prácticas, contribuir a la consecución de sus objetivos.

2 Objetivos

- Describir las funciones de la farmacia hospitalaria como prestador de servicios al resto de unidades en un centro hospitalario.
- Exponer las funciones y tareas principales desarrolladas por parte del celador dentro del ámbito de la farmacia hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “farmacia hospitalaria” “celador en la farmacia hospitalaria” o “funciones del celador”.

4 Resultados

Dentro de los centros hospitalarios, la farmacia hospitalaria es la unidad responsable de la dispensación y control de los medicamentos y de otros productos far-

macológicos. En este contexto, el celador, como personal no sanitario, desarrolla un papel fundamental mediante la colaboración con el resto de los profesionales que trabajan en ella, para asegurar un servicio seguro y eficiente al resto de las unidades del centro hospitalario. Entre las funciones asignadas al celador de la farmacia hospitalaria se encuentran las siguientes:

- Recepción de mercancía: El celador se ocupará de la recepción de los paquetes y materiales, para ello llevará a cabo funciones de control cotejando la coincidencia entre la mercancía recibida y los albaranes suministrados por proveedores o acreedores. A continuación, entregará la mercancía y la documentación al personal sanitario que se ocupará de almacenar de la mercancía y derivar la documentación para su registro contable.
- Traslado desde la farmacia hasta los puestos de enfermería de la unidad hospitalaria de destino los carros con la medicación prescrita a los pacientes.
- Distribución de otros productos farmacológicos como los citostáticos, nutricionales o enterales desde la farmacia hospitalaria hasta la unidad hospitalaria peticionaria, utilizando los contenedores adecuados, custodiando y controlando la correcta cumplimentación de la documentación de suministro y entrega de estos productos.
- Transporte y distribución hasta la farmacia hospitalaria los productos provenientes de las distintas unidades hospitalarias.
- Custodia, almacenaje y acondicionamiento de productos como el alcohol o el suero fisiológico, también su distribución a otras plantas hospitalarias, utilizando las técnicas de control de materiales y documentación establecidas por el centro hospitalario.
- Transporte de materiales y movimiento de cargas dentro de la propia farmacia hospitalaria.
- Colaboración en el control de stocks y reposición de existencias en el almacén, y verificación de las fechas de caducidad de los productos, retirando del almacén aquellos que estén caducados.
- Colaboración con el resto del personal que desarrolla su labor en la farmacia hospitalaria en la elaboración periódica del inventario.

Generalmente la distribución de los medicamentos y del resto de los productos farmacológicos a las distintas unidades del centro hospitalario por parte de los celadores del servicio de farmacia se lleva a cabo una vez al día y por las mañanas, a través de formatos monodosis para la dispensación individualizada de los tratamientos prescritos a cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

La farmacia hospitalaria es una unidad muy importante dentro de los diferentes espacios que forman un centro hospitalario al contribuir al mantenimiento o mejora de la salud del paciente mediante la gestión de materiales tan delicados como lo son los medicamentos y otros productos farmacológicos.

El celador desarrolla múltiples funciones dentro de la farmacia hospitalaria. Estas funciones están asociadas al desempeño de tareas fundamentales para el buen funcionamiento de la unidad, como podrían ser la recepción de materiales y mercancías, su almacenaje, su distribución a las distintas unidades del centro hospitalario, el movimiento de materiales y cargas dentro de la unidad, etc., también es el responsable del control y dispensa de productos como el alcohol o el suero. Además, el celador, también se ocupa del tratamiento de la documentación anexa a la recepción y suministro de los medicamentos y otros productos farmacológicos con los que se trata en la farmacia hospitalaria. Por ello es necesario resaltar sus funciones y su trabajo como un integrante más del equipo interdisciplinar que hace que la farmacia hospitalaria preste su servicio al resto de las unidades con la máxima eficiencia y seguridad.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Funciones que realiza el celador/a en la farmacia hospitalaria [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-que-realiza-el-celador-a-en-la-farmacia-hospitalaria/>
2. Perfil V. TEMA 12.1- LA FARMACIA HOSPITALARIA [Internet]. Blogspot.com. Blogger; 2018 [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://dpfsegundofarmacia.blogspot.com/2018/02/la-farmacia-hospitalaria.html>
3. Online C, Perfil VT mi. Tema 22. Funciones del Celador en la Farmacia y en el Animalario [Internet]. Blogspot.com. [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-22-funciones-del-celador-en-la.html>
4. de Enfermería Ocronos RM y. Farmacia hospitalaria. Funciones del celador [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/farmacia-hospitalaria-funciones-celador/>

Capítulo 188

FUNCIONES DESARROLLADAS POR EL CELADOR EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES TERMINALES

VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA

ANTONIO CANO PEÑA

YOLANDA LEON DE LA TORRE

MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO

ROSARIO PEREZ LOPEZ

1 Introducción

La medicina paliativa es la especialidad de la medicina que procura mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen enfermedades terminales. Los pacientes terminales son aquellos enfermos a quienes se les pronostica un corto espacio de tiempo de vida, medidos en días o meses, como consecuencia de las enfermedades o patologías sufridas y que además suelen verse afectados por dolores de gran intensidad, tanto en su vertiente física como psicológica. La medicina paliativa, una vez descartada la posibilidad de la cura de la enfermedad, se centra, principalmente, en el alivio del dolor y de cualquier otro síntoma que perturbe el bienestar del paciente proporcionando en la medida de lo posible la mejor calidad de vida posible al paciente.

Los cuidados paliativos, aplicados desde la medicina paliativa y a pacientes terminales incluye todos los tratamientos médicos y farmacológicos necesarios, pero, también debe cubrir, de manera continuada, individualizada e integral, todas las necesidades biopsicosociales del paciente. Necesidades que requieren la participación y el abordaje de un equipo interdisciplinar para poder ser satisfechas. Los cuidados paliativos no tienen como objetivo retrasar o adelantar la muerte del paciente, sino constituirse como un sistema de bienestar y apoyo para el paciente y para sus familiares o entorno más próximo.

El equipo interdisciplinar de cuidados paliativos suele estar formado por médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales. El celador apoyará al equipo interdisciplinar en su tarea de aliviar el sufrimiento y procurar bienestar al paciente, y al paciente, a partir del desarrollo de sus funciones como celador de atención directa al enfermo teniendo siempre en cuenta las especiales condiciones del paciente y de su entorno más próximo.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia de la aplicación de cuidados paliativos a pacientes terminales.
- Describir las funciones y tareas que desarrollan los celadores en los cuidados paliativos aplicados sobre pacientes terminales.

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: “cuidados paliativos” y “celador en cuidados paliativos” o “condiciones ambientales en la farmacia hospitalaria”.

4 Resultados

Dentro del equipo que proporciona cuidados paliativos al paciente terminal se encuentra el celador. Las especiales condiciones físicas y psicológicas en las que se encuentra el enfermo terminal deben ser tenidas en cuenta por el celador

que deberá prestar mucha atención a su forma de actuar, mostrando un comportamiento especialmente respetuoso, cooperador, sensible y muy empático, además de prestar atención a la satisfacción de las necesidades y mostrando respeto por las creencias cuando se trata tanto del paciente terminal como de sus cuidadores y familiares.

Las patologías más frecuentes en las unidades de cuidados paliativos suelen ser las derivadas de enfermedades oncológicas; demencias; insuficiencias renales, hepáticas, cardíacas, o respiratorias; enfermedades degenerativas; o las enfermedades vasculares. Los cuidados a realizar al enfermo terminal serán diferentes dependiendo de la sintomatología física: dolor, náuseas, sequedad bucal, vómitos, anorexia, insomnio, úlceras, diarreas, etc., o psicológica: depresión, ansiedad, miedo, etc., que el paciente presente. El celador debe conocer las necesidades que presente el paciente terminal y actuar en consecuencia.

Entre las funciones desarrolladas por el celador en el ámbito de los cuidados paliativos al enfermo terminal se encuentran las siguientes:

- Prestar compañía al paciente hasta el último momento evitando que se sienta solo.
- Procurar que se encuentre cómodo y en posiciones confortables cuando el paciente lo requiera, para evitar en media de lo posible que sufra dolores.
- Facilitar el descanso del paciente.
- Ayudar en las tareas de higiene personal, manteniéndolo limpio.
- Controlar continuamente la piel y las constantes vitales del paciente terminal.
- Vigilar al paciente y procurar que ocupe siempre que sea posible una habitación individual.
- Procurar que la cama esté bien hecha con la ropa siempre seca, limpia y bien estirada.
- Ayudar en el suministro de líquidos para la hidratación del paciente.

En definitiva, utilizar todas las habilidades técnicas requeridas para el puesto y recurrir a las habilidades sociales y comunicativas propias para prestar toda la atención psicológica que necesite el enfermo terminal y su entorno mostrando cordialidad y respeto.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos aplicados por la medicina paliativa a un paciente terminal se producen en un contexto especialmente sensible en el que el objetivo principal ya no es la curación sino procurar el máximo bienestar y la máxima calidad de la vida respetando la dignidad del paciente.

Es fundamental que el equipo interdisciplinar y quienes colaboran en el cuidado de los pacientes estén formados adecuadamente y sensibilizados ante esta situación. Las habilidades técnicas son muy importantes, pero también lo son las habilidades sociales y comunicativas para prestar la mejor atención y el apoyo emocional necesario en un momento tan delicado para el paciente, los familiares y el entorno próximo.

El celador, como parte del personal que desarrolla su labor en los servicios de cuidados paliativos, debe tener un buen conocimiento de sus funciones en este ámbito, aplicarse con la máxima profesionalidad, saber actuar con extrema sensibilidad y respeto ante las necesidades y las demandas de los pacientes en un momento tan delicado de su vida.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. El trabajo que realiza el celador ante el paciente terminal [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 12 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-trabajo-que-realiza-el-celador-ante-el-paciente-terminal/>
2. Ocronos R. La actuación del celador ante un paciente terminal [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 12 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funcion-celador-paciente-terminal/>
3. Medicos P. Actuación del celador ante el paciente terminal y sus cuidados paliativos [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. Revista Electrónica de Portales Medicos.com; 2023 [citado el 12 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actuacion-del-celador-ante-el-paciente-terminal-y-sus-cuidados-paliativos/>
4. Online C, Perfil VT mi. Tema 23. Actuación del Celador con el Paciente Terminal y Fallecido [Internet]. Blogspot.com. [citado el 12 de julio de 2023]. Disponible en: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-23.html>

Capítulo 189

FUNCIONES DEL CELADOR EN RELACIÓN CON PACIENTES FALLECIDOS

ROSARIO PEREZ LOPEZ

ANTONIO CANO PEÑA

MARÍA DE LOS ANGELES ZAMORA VELASCO

YOLANDA LEON DE LA TORRE

VICTORIA DÍAZ-MERINO CABA

1 Introducción

La muerte es el cese integral de todas las funciones vitales sitas en el organismo. En los centros hospitalarios el fallecimiento o muerte se denomina EXITUS. Para determinar el deceso de un paciente es necesario realizar un electrocardiograma, este será realizado por el personal sanitario del centro diplomado en enfermería o por un facultativo.

Hay varios indicadores del fallecimiento:

Signos precoces

- Total ausencia de respiración, movimiento del tórax y de abdomen..
- No se escucha el latido cardíaco.
- Desaparición de pulso.
- Pérdida de sensibilidad en el cuerpo y ausencia de tono muscular.

Signos tardíos

- Frialdad del cuerpo.
- Rigidez cadavérica.
- Aparición de livideces.

Los signos tardíos son grandes indicadores del fallecimiento

Cuando un paciente fallece un facultativo firmará el certificado de fallecimiento, y a partir de ahí se iniciará el proceso de amortajamiento, en dicho proceso el celador colaborará con el resto del personal sanitario para ayudar a movilizar al fallecido y posteriormente llevarlo al mortuario. Todo el proceso de amortajamiento se realizará con el máximo respeto, manteniendo la dignidad del fallecido y dejando intimidad a los pacientes en su despedida final. Los celadores no deberán informar a la familia del fallecimiento, esta es una función exclusivamente del facultativo correspondiente.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento básico del amortajamiento de un exitus.
- Explicar las funciones de los celadores ante el fallecimiento 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 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: exitus y amortajamiento

4 Resultados

Para amortajar a un exitus existe un protocolo básico de amortajamiento de todo el equipo que lo vaya a realizar, entre otras cosas:

- Nos pondremos los guantes y colocaremos al fallecido en posición decúbito supino.
- Retiraremos las vías, sondas o dispositivos que porte.
- Le cerraremos los ojos y boca.

- Taponaremos con algodones los orificios naturales (orejas, vagina, ano y nariz) para que no salgan los fluidos orgánicos.
- Se le sujetarán los tobillos con una venda y le cruzaremos los brazos sobre el tórax. Finalmente, pasaremos una sábana por debajo le cubriremos con otra.
- Se dejará entrar a la familia para que puedan despedirse, dejándoles intimidad.
- Una vez la familia de haya despedido, movilizaremos al exitus a una camilla para trasladarlo al mortuario.
- El celador se asegurará de portar el certificado de defunción y los datos de traslado, sobre la sábana y el cuerpo del fallecido se le pondrá una pegatina en el que figuren los siguientes datos: nombre y apellidos, número de historia clínica, fecha de nacimiento y dirección postal.

El traslado del cadáver al mortuario es una de las tareas específicas del celador y para llevarla a cabo, se debe hacer de forma discreta, conociendo el protocolo con pacientes fallecidos en el centro hospitalario.

El celador anotará en el registro los datos del fallecido, fecha y hora de entrada al mortuario y planta con el número de habitación o planta de procedencia, firmando con su nombre completo y hora de llega al mortuario.

Si los familiares del fallecido tuvieran dudas de los pasos a seguir, se les acompañará a la oficina del jefe de personal subalterno donde se le indicarán todos los pasos a seguir en cuestión de empresa funeraria y entierro.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores deben conocer el proceso de amortajamiento cuando un paciente fallece, así como el protocolo de traslado al mortuario, ya que es de suma importancia que el fallecido vaya adecuadamente identificado. Colaborarán con el personal sanitario en la preparación del exitus, manteniendo la intimidad del fallecido poniendo biombos, mamparas... si el fallecido tuviese compañero de habitación, se evitarán los comentarios incorrectos y se realizará con respeto y empatía hacia sus familiares. Los celadores y todo el personal que colabore en el proceso debe entender la importancia de la empatía en momentos difíciles, tratando con delicadeza, corrección, educación y amabilidad a familiares y allegados.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Funciones del celador ante un éxitus, en el mortuorio y en la sala de autopsias [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 12 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-celador-exitus-mortuorio-autopsias/>.
2. Cgtsanidadlpa.org. [citado el 12 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_5.pdf.
3. Chospab.es. [citado el 12 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c81f9a717166cab338bab3474e685c9e.pdf>.

Capítulo 190

EL PROCESO DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE QUE VA A SER OPERADO EN QUIRÓFANO

MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU

ANA MOYANO SOLERA

GREGORIO REYES CIFUENTES

ÓLIVER RAYOS MARTÍN

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

1 Introducción

El bloque quirúrgico de un centro hospitalario es la localización física donde se encuentran ubicados los quirófanos o salas de intervenciones.

El manual del celador “Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. 2023” define el término cirugía como “la rama de la medicina encargada de curar, paliar y diagnosticar enfermedades. Otra finalidad de la cirugía es la reparación o mejora de las secuelas originadas por enfermedades, a través de intervenciones manuales en el quirófano”.

En los bloques quirúrgicos son realizadas multitud de operaciones a lo largo de la jornada, siendo operaciones de distinta índole y de distinta dificultad o peligrosidad. Sin embargo, todas estas operaciones requieren de unas normas de asepsia y seguridad para el paciente que va a ser intervenido.

Tipos de intervenciones quirúrgicas dependiendo del objetivo que se quiera conseguir:

- Intervenciones diagnósticas. Esta intervención permite determinar la causa de los síntomas, por lo tanto, determina la enfermedad.
- Intervenciones curativas. Esta intervención permite la resección de la parte enferma.
- Intervenciones reparadoras. Esta intervención permite corregir deformidades o anomalías.
- Intervenciones reconstructivas. Esta intervención permite fortalecer zonas debilitadas.
- Intervenciones estéticas. Esta intervención permite mejorar el aspecto físico del paciente.
- Intervenciones paliativas. Esta intervención permite reducir o paliar el dolor del paciente.
- Intervenciones exploratorias. Esta intervención permite explorar la zona determinada para comprobar el estado de los órganos o tejidos.

2 Objetivos

- Definir el concepto de bloque quirúrgico.
- Definir el concepto de cirugía.
- Enumerar los tipos de cirugía teniendo en cuenta el objetivo que se pretende conseguir con su realización.
- Enumerar las posiciones del paciente en la mesa de operaciones.
- Enumerar las funciones del celador 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

La mesa de intervenciones o mesa quirúrgica es una tabla metálica rectangular dividida en tres secciones, lo que hace que se adapte a las diferentes posiciones necesarias en las distintas intervenciones quirúrgicas. Esta mesa descansa sobre una base hidráulica que permite la movilidad de esta.

Las mesas de intervenciones disponen de un mando eléctrico que facilita la colocación de la mesa en la posición requerida, para ello se moviliza las tres secciones (cabecera, cuerpo y piernas).

La sección de la cabecera y de las piernas permite su retirada para colocar otros dispositivos requeridos en la intervención.

El profesional encargado de la colocación de la mesa de intervenciones será el personal subalterno, para lo que necesitará conocer el tipo de intervención y las necesidades tanto del anestesista como del cirujano principal y el cirujano auxiliar.

Posiciones de la mesa quirúrgica dependiendo del tipo de intervención realizada.

- Posición de decúbito supino.

Para aquellas intervenciones de hernias, colecistectomía, resección intestinal y gástrica, laparotomías exploratorias y mastoidectomía.

- Posición de decúbito prono.

Para aquellas intervenciones de espalda, espina dorsal y recto.

- Posición de trendelenburg.

Para aquellas intervenciones de abdomen y pelvis.

- Posición de antritrendelenburg.

Para aquellas intervenciones biliares.

- Posición de litotomía.

Para aquellas intervenciones ginecológicas, cirugías perineal rectal y vaginal.

- Posición de decúbito lateral.

Para intervenciones de pulmón o de riñón.

- Posición de Roser.

Para aquellas intervenciones de las vías respiratorias y para la intubación endotraqueal.

- Posición de punción lumbar.

Para la realización de punciones lumbares o extracción de líquido cefalorraquídeo.

- Posición de kraske.

Para aquellas intervenciones de hemorroides y procedimientos rectales y cóccigea.

- Posición de Fowler.

Para intervenciones de rinoplastias.

- Posición de laminectomía.

Para aquellas intervenciones de la columna torácica o lumbar.

- Posición de craneotomía.

Para aquellas intervenciones cuya finalidad es acceder al cerebro.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en el bloque quirúrgico. La actuación del celador en la colocación del paciente en la mesa de intervenciones” nos demuestran en un primer lugar, los diferentes tipos de intervención llevados a cabo en el bloque quirúrgico, y en un segundo lugar, las posiciones en las cuales puede colocarse la mesa de intervenciones.

Es necesario destacar la importancia de que el celador posicione la mesa de intervenciones del tal manera que además de permitir la colocación correcta del paciente dependiendo del tipo de intervención que le va a ser realizada, permita un acceso óptimo y confortable de los profesionales que van a intervenir en la operación.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCOAM. 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. Edición 2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
4. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 191

EL CELADOR Y EL PROCESO CON LOS PACIENTES QUE SE SOMETEN AL ESTUDIO DE LA SANGRE EN LOS HOSPITALES

MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU

ANA MOYANO SOLERA

GREGORIO REYES CIFUENTES

ÓLIVER RAYOS MARTÍN

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

1 Introducción

Hemodinámica es uno de los servicios más esenciales que un centro hospitalario tiene que tener, ya que es un área bastante importante, se podría decir que es un área o servicio semilimitada.

Hemodinámica es una de las partes de la biofísica, es la que se encarga de analizar la dinámica de la sangre en el interior del torrente sanguíneo como por ejemplo: las arterias, venas, vénulas... además también estudia los distintos capilares, y aparte se encarga también del análisis y estudio del corazón, es decir estudia la forma en la que el corazón bombea la sangre, el funcionamiento de este, etc.

Este servicio tiene una puerta que se encuentra totalmente cerrada, excepto para el personal autorizado, es decir esta para los trabajadores sanitarios.

Este servicio contiene una sala intermedia, en esta sala se encuentran los pacientes, aquí se realiza la espera hasta que son transportados hasta el quirófano, este área del servicio podemos encontrarnos también el vestuario del personal sanitario y a la vez se encuentra las bifurcaciones para las distintas salas de operaciones, como las salas de hemodinámica y las salas de arritmias.

En la sala de hemodinámica se realiza la colocación de los cateterismos.

Los cateterismos cardiacos son una técnica en el cual se introduce un tubo con las siguientes características es decir, estrecho y muy flexible, este tubo se introduce por un vaso sanguíneo, lo recorre y al final llega al corazón, esto nos sirve para tener una valoración o poder examinar determinadas afecciones cardiacas como las obstrucciones que puedan tener las arterias o los latidos anormales que pueda producir el corazón del enfermo.

Dada la alta tecnología que tenemos en el siglo 21, estos tubos finos y flexibles, se insertan en nuestro cuerpo mediante las arterias que encontramos en ambas muñecas, si por aquí no se pudiera introducir el cateterismo, se optaría por introducirlo a través de las ingles por sus arterias.

Los médicos valorarán las dos opciones, e introducirán el cateterismo por la opción que más le convenga al enfermo.

Siempre mirarán por el bien estar del enfermo, ya que aunque parece fácil la operación, el enfermo se puede desaturar fácilmente.

Gracias al avance de la tecnología, hoy por hoy y gracias al cateterismo cardiaco podemos conocer con más exactitud las condiciones en las que se encuentran nuestro cuerpo por dentro, es decir, podemos saber cómo se encuentran nuestros vasos sanguíneos y como está funcionando nuestro motor que es el corazón.

2 Objetivos

Describir el servicio de hemodinámica y las diferentes labores que un celador realiza diariamente en el mismo, y poder mostrarlo para aquellos celadores que vayan a empezar en este servicio.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. Las fuentes bibliográficas que hemos utilizado en este capítulo han sido extraídas de: Boletín Oficial del Estado, auxiliar-enfermería, Hospital Universitario de Guadalajara, Hospital Recoletas de Cuenca, Medline plus. y las palabras más utilizadas por lo cual para nosotros son las palabras clave son: celador, cateterismo, paciente y traslado.

4 Resultados

El servicio de hemodinámica está dividido principalmente en dos áreas, son las dos áreas más importantes del servicio.

La primera área es la sala intermedia. Aquí se encuentra alguna cama de hospitalización vacía, algunos sillones y algún hueco vacío. Las camas de hospitalización vacías se utilizan para el paciente ambulatorio, en el caso de que deba quedar hospitalizado por el resultado de la prueba que se le está realizando. Los sillones son para los pacientes ambulatorios, que no se prevé que se queden hospitalizados, para que la espera se haga más amena se quedan esperando en estos sillones. Por último, los huecos que quedan vacíos, ahí se colocan a los pacientes que vienen de hospitalización con su cama personal, o en caso de que venga de la ambulancia, se queda en enfermo en la camilla en estos huecos.

Por la sala intermedia pasan todos y cada uno de los pacientes, ya se encuentren hospitalizados o sean pacientes ambulatorios.

Esta zona es un muy importante que se encuentre en todo momento limpia, ya que con la limpieza evitamos las posibles infecciones que se puedan pegar de unos enfermos a otros.

En la segunda parte de este servicio, nos encontramos un pasillo y dentro de este pasillo las diferentes salas de hemodinámica. Suelen ser de 2 a 4 salas, estas habitaciones tienen que estar muy bien aisladas de los demás pasillos que forman este servicio, a su vez entre ellas también se encuentran separadas, se pueden describir estas salas como quirófanos, pero en estas salas no se realizan intervenciones de alta complejidad, ya que aquí se realizan estudios sanguíneos, los estudios sobre el corazón, la realización de cateterismos y la colocación de marcapasos o su renovación, si hablamos de que se localiza un problema de salud en el corazón más complejo, este caso pasaría directamente a los quirófanos de cardiología.

El uniforme tiene que ser igual a los uniformes que utilicen en los quirófanos generales, normalmente suelen ser de color verde aceituna, pero el color depende mucho del centro hospitalario del grupo que trabaje en este.

Ahora vamos a hablar de las funciones que el celador debe de realizar en este servicio, también dependen del protocolo que sigan en el centro hospitalario, pero por norma general se suele seguir las siguientes:

Trasladarán a los enfermos que se localicen hospitalizados hasta el servicio de hemodinámica, estos enfermos tienen que bajar y la planta ya rasurados por la zona de la ingle y de la muñeca, los celadores deberán ir siempre acompañados con la historia clínica del paciente.

Moverá y colocará a los enfermos en la sala intermedia, para que las enfermeras le echen un vistazo a la medicación de los pacientes y cuando las enfermeras le digan, el celador podrá continuar con el paciente hasta la sala de operaciones. Participará de manera activa en la debida colocación de la camilla en las salas con el enfermo, siempre siguiendo las órdenes de las enfermeras. Cooperarán en los vendajes de compresión de los pacientes que lo necesiten. Los celadores tienen que estar siempre localizados para las posibles complicaciones que puedan surgir o simplemente para las necesidades que les puedan surgir a las enfermeras. Colocarán debidamente a los pacientes ambulatorios con la ayuda de la técnico en cuidados auxiliares de enfermería, los acomodarán en los sillones o en las camas, dependiendo del procedimiento y de si ingresan o no estos enfermos. Transportarán de nuevo a los pacientes con la operación ya realizada a su debido sitio de hospitalización y de nuevo, volverán con el historial clínico del paciente, pero esta vez actualizado con los resultados de las pruebas realizadas en el servicio de hemodinámica. Efectuarán el traslado de las peticiones, las pruebas, los aparataje... a los diferentes servicios que las enfermeras les digan. Dejarán de nuevo el aparataje en la sala que sea correspondiente o donde se necesitara, una vez ya concluida la operación se devolverá el aparataje de nuevo a su sitio y siempre comprobando que se quede enchufado a la corriente. Se harán responsables de bajar el material que se haya utilizado al servicio de esterilización, y de subir el material ya esterilizado a su servicio.

5 Discusión-Conclusión

Hemos llegado a la conclusión de que el servicio de hemodinámica, es un servicio medio complejo para los distintos organismos sanitarios, ya que aquí se realizan operaciones que van destinadas a mejorar la calidad del riego sanguíneo. Por ello sirve también para localizar el problema principal, que pueden sufrir nuestras arterias, venas, vénulas, las arteriolas, los capilares o incluso del corazón de los pacientes que se localizan ingresados o ya sean ambulatorios. Es un servicio con una serie de cualidades únicas que lo hacen distinto al resto de servicios de los complejos sanitarios, ya que lleva consigo una serie de normas más estrictas y unos protocolos que hay que cumplir seriamente para poder realizar una intervención segura para el paciente, ya que este permanece de manera consciente. pero este capitulo se ha realizado para dejar claro que las funciones principales de los celadores de este servicio complejo, es el de trasportar a los pa-

cientes de forma segura desde la sala intermedia hasta su lugar de hospitalización de forma segura y prestando ayuda si el enfermo lo necesita en el trayecto de vuelta.

El celador de este servicio tiene que estar dispuesto a colaborar de manera activa con el equipo que forma este servicio tan característico, ya que estar en un buen ambiente laboral cooperará a que los enfermos puedan sentirse más seguros y calmados, porque al ver un buen equipo, sabrán que se encuentran en buenas manos.

6 Bibliografía

1. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>.
2. Ciudadanos. (s/f). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Recuperado el 19 de junio de 2023, de <https://www.saludcastillayleon.es/>.
3. Home. (s/f). iFP. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.ifp.es/>.

Capítulo 192

EL CELADOR EN EL ALMACÉN. RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO

MARIA ISABEL GARCÍA ANDREU

ANA MOYANO SOLERA

GREGORIO REYES CIFUENTES

ÓLIVER RAYOS MARTÍN

LORENZO CARLOS BALLESTEROS ARANCIBIA

1 Introducción

Hablaremos sobre las funciones de los celadores en los almacenes de los centros hospitalarios. El concepto de almacén se define en el Manual de Administradores de Instituciones Sanitarias de la Consejería de Salud Pública de Valencia como “un lugar físico que cumple una función de almacenamiento (depósito temporal de mercancías en un almacén en cuanto a ubicación, protección y control). Este lugar debe ser adecuado y con áreas apropiadas para recibir y acceder, maniobrar, preparar y retirar elementos controlados. El almacén del centro hospitalario tiene como objetivo garantizar la distribución de pedidos en todo momento y con ello garantizar la entrega de cada unidad y servicio en el centro de salud. Los administradores asociados a un servicio de almacenamiento son los responsables de controlar todo el material contenido en ese servicio. Por lo tanto, necesitan comprender la organización y el diseño del almacén para realizar sus funciones

de manera más rápida y eficiente. Este capítulo introducirá brevemente las funciones específicas de la gestión del trabajo en el almacén. Todas estas funciones fueron definidas por la Proclamación 5. En julio de 1971, por la cual se establece un reglamento para el personal no médico atendido por la Agencia Médica del Seguro Social.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del celador adscrito al servicio de almacén general.
- Exponer el funcionamiento de la recepción y almacenamiento del material, en el servicio de almacén general.

3 Metodología

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

4 Resultados

En los hospitales y centros de salud, según el tipo de establecimiento de tratamiento, se podrán destinar distintos almacenes generales para dar servicio a todos los centros que componen el hospital, área hospitalaria o área básica de salud, o almacén. complejo hospitalario. En el centro del hospital también podemos encontrar varios almacenes para materiales almacenados. Podemos encontrar: una farmacia, una tienda de material clínico, una tienda de material y material quirúrgico, una papelería, un taller y una lavandería. Las bodegas de esta industria cumplen las siguientes funciones en los servicios de almacenaje en general en bodegas en centros hospitalarios o centros de salud, ambulatorios, policlínicos:

- En primer lugar, serán los encargados de recibir la mercancía, registrar los materiales recibidos, comprobar la hoja de ruta. - Descargar materiales del almacén y entregarlos en el lugar especificado, distribuirlos y colocarlos en el área designada. Tuvieron que desarrollar esta habilidad cuando el transportista colocó los materiales necesarios en el área de carga de la bodega principal del centro de

salud. - Reportar todos los ingresos al gerente de la tienda diariamente. - Supervisar la entrada y salida de material y controlar el acceso únicamente al personal autorizado. Esta característica se refleja claramente en la secuencia 5. En julio de 1971 se aprobó el Reglamento del Servicio Civil.

Las instituciones sociales de salud están al servicio de la salud. Concretamente en el apartado 14.2. 5.- Comprender el funcionamiento, organización y clasificación de los almacenes. - Preparar siempre los materiales necesarios para cada departamento del hospital según el paquete del pedido. Esta función será supervisada por el gerente de la tienda. mayor distribución. - Distribuir materiales de servicio de almacén, suministros y equipos a varios departamentos del hospital. Con base en la orden de fecha 5 de julio de 1971, encontramos que en los servicios de Almacén se realizaban las siguientes funciones. 14.2.1. Realizarán los deberes del celador apropiados durante los turnos asignados. 14.2.6. Serán responsables de la vigilancia nocturna en el interior y exterior del edificio cuando las puertas de servicio adicionales estén cerradas. 14.2.8. Informan a sus superiores inmediatos de cualquier daño o irregularidad que descubran durante la limpieza y conservación de los edificios y materiales. 22.14. Los deberes del celador también incluyen todos los deberes similares a los especificados previamente por los superiores pero no descritos específicamente.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo con la evidencia que dimos anteriormente en este capítulo titulado "Personal de Almacén. Recepción y Almacenamiento" que nos mostró que las principales funciones que debían realizar los servicios generales de almacenamiento de los distintos establecimientos de salud eran: Recepción, colocación y distribución de materiales higiénicos y antihigiénicos a otros servicios , centros de salud o clínicas locales. También se puede verificar que en el decreto del 5 de julio de 1971, que crea el estatuto del personal no médico atendido por la

Dirección del Seguro Social en Salud, que incluye algunas funciones de supervisor de almacén. y finalizamos destacando de la gran importancia que tiene este servicio , ya que es clave para la cadena sanitaria.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.

2 Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.

3. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 193

EL TÉCNICO CALEFACTOR Y FONTANERO PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS EQUIPO DE MANTENIMIENTO EN LAS TAREAS DE MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALEFACCIÓN EN EL ÁMBITO DE UN HOSPITAL

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

HONORATO LOZANO MOYA

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

JAVIER BUITRAGO MEDINA

VICENTE PICAZO SANCHEZ

1 Introducción

Un centro hospitalario es una estructura compleja, integrada y compuesta por diferentes áreas que deben funcionar de forma coordinada. Los servicios de mantenimiento en el ámbito hospitalario son fundamentales, esto es así porque para prestar un tratamiento adecuado y de calidad al paciente se tiene que garantizar

el funcionamiento correcto de las instalaciones. Dentro de los servicios de mantenimiento de un hospital se encuentran los técnicos calefactores, que son los profesionales no sanitarios encargados del control y cuidado de los sistemas de calefacción.

Entre las funciones de los técnicos de calefacción estará la de ocuparse de que las condiciones de temperatura ambiental y humedad relativa de las instalaciones hospitalarias sean seguras y adecuadas: en primer lugar, para proporcionar comodidad y confortabilidad a los pacientes, a los visitantes y a todo el personal trabajador; en segundo lugar, porque las condiciones de temperatura y humedad relativa son muy importantes en la prevención y la propagación de enfermedades; y en tercer lugar, porque cada una de las áreas de las que se compone un centro hospitalario (laboratorio, farmacia, quirófano, etc.) requerirá de unas condiciones termohigrométricas específicas.

Y para conseguir que las condiciones de temperatura y humedad ambiental del hospital sean seguras y adecuadas, el profesional calefactor deberá realizar tanto un mantenimiento preventivo como un mantenimiento correctivo de las instalaciones. Con el mantenimiento preventivo de las instalaciones de calefacción se procurará prevenir averías, el funcionamiento correcto de las instalaciones durante las veinticuatro horas del día y alargar todo lo posible la vida útil de los equipos; con el mantenimiento correctivo se procurará acortar lo máximo posible el tiempo de inactividad de los equipos que haya podido ocasionar una avería.

2 Objetivos

- Exponer la importancia del mantenimiento de los sistemas de calefacción de un hospital para garantizar las condiciones de temperatura y humedad ambiental adecuadas.
- Describir las tareas principales de mantenimiento preventivo y correctivo de los sistemas de calefacción de un hospital por parte de los técnicos calefactores y fontaneros.

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: “servicios de mantenimiento hospitalario”, “el calefactor en los servicios de mantenimiento hospitalarios” o “mantenimiento preventivo y correctivo de la calefacción en el hospital”.

4 Resultados

Dentro del personal no sanitario de un centro hospitalario, los operarios de servicios múltiples especialistas en sistemas de calefacción son aquellos profesionales encargados de que las condiciones ambientales de temperatura y humedad del hospital se mantengan dentro de los rangos establecidos. Para ello deben realizar dos tipos de mantenimiento: preventivo y correctivo.

El mantenimiento preventivo del equipamiento de calefacción de los hospitales busca garantizar que estos equipos funcionen de manera normalizada y servirá para evitar, en la medida de lo posible, que se produzcan averías que resulten en reparaciones imposibles o muy costosas.

Será fundamental el diseño y establecimiento de un plan o programa de mantenimiento preventivo de los equipos de calefacción que contemplará técnicas de control y análisis de datos que sirvan para anticiparse a la producción de averías y actuar en consecuencia. Este programa debe contener la identificación precisa de los equipos a revisar; debe establecer la periodicidad de cada una de las revisiones a realizar sobre el equipo, detallar las tareas a realizar y describir de forma general cómo deben ser realizadas y controlar los resultados del mantenimiento mediante la realización de documentos de registro. Entre las tareas más importantes del mantenimiento preventivo se pueden encontrar:

- Realización de inspecciones regulares para detectar anomalías.
- Revisión y limpieza de los filtros de aire para asegurar la buena calidad del aire del interior del centro hospitalario.
- Limpieza de los conductos de aire de manera que no se acumule suciedad en estos y se obtenga la mayor eficiencia del sistema.
- Verificación y ajuste de la presión del agua en la caldera.
- Purga del aire de los radiadores que haya podido acumularse dentro del circuito de la calefacción.
- Ajuste y revisión del termostato de forma que se garantice que la temperatura sea la adecuada evitando el frío o el calor excesivos.

En muchas ocasiones, a pesar de aplicarse el mantenimiento preventivo adecuadamente, se producirán averías en los sistemas de calefacción en estos casos habrá que aplicar un mantenimiento correctivo. El mantenimiento correctivo es el consistente en la utilización de técnicas de reparación de averías de

los equipamientos una vez que estas ya se han producido. El mantenimiento correctivo se ocupa de las reparaciones más simples, como la sustitución de un elemento, hasta las más complejas, como la reparación de piezas o componentes completos que pueden afectar a todo el sistema de calefacción. En este caso es esencial una intervención rápida y eficiente que minimice el periodo de tiempo en el que el equipo deja de funcionar parcial o totalmente. Estas acciones se inician con la realización de test técnicos para localizar la avería, continua con el abordaje de la falla y culmina con la verificación del correcto funcionamiento del sistema de calefacción.

5 Discusión-Conclusión

Los hospitales son espacios de gran complejidad que requieren gran especialización en los que se refiere a su diseño, instalaciones, equipamientos y la conservación y reparación de estos. La realización de un mantenimiento correcto es una cuestión clave para garantizar su buen funcionamiento.

El sistema de calefacción se configura como un factor fundamental, ya que es el encargado de garantizar que se mantengan unas condiciones termohigrométricas adecuadas. Para ello, los técnicos calefactores, se ocupan de la realización de las tareas de mantenimiento preventivo y correctivo de estas instalaciones.

El mantenimiento preventivo de los sistemas de calefacción de un hospital es fundamental para asegurar que los equipos funcionen correctamente, también servirá para minimizar el riesgo de que se produzcan averías que desemboquen en reparaciones caras y complicadas. El diseño de un plan de mantenimiento preventivo y su ejecución son fundamentales.

Por otra parte, el técnico calefactor también debe prestar atención cuando sea necesario llevar a cabo un mantenimiento correctivo, para que este sea ágil y eficiente sin olvidar la necesidad del funcionamiento del sistema de calefacción del hospital durante las 24 horas del día.

Por último, se deben seguir de manera escrupulosa las regulaciones y normativas establecidas, como el Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Tipos de mantenimiento en complejos hospitalarios [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 29 de junio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/tipos-mantenimiento-complejos-hospitalarios/>

2. Fasterm. El mantenimiento de los hospitales: su importancia [Internet]. Fasterm. 2022 [citado el 29 de junio de 2023]. Disponible en: <https://fasterm.com.br/es/blog/mantenimiento-del-hospital-vea-lo-importante-que-es/>
3. Fecit ©. Novoartis me. >Mantenimiento preventivo de Sistemas de Calefacción y climatización. Empresa de mantenimiento en Madrid [Internet]. Boscoluz.com. [citado el 29 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.boscoluz.com/empresa-mantenimiento-correctivo-calefaccion.html>
4. BOE-A-2021-4572 Real Decreto 178/2021, de 23 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1027/2007, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios [Internet]. Boe.es. [citado el 29 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-4572>

Capítulo 194

LA INSTALACIÓN DE LA CLIMATIZACIÓN HOSPITALARIA POR EL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS, EQUIPO DE MANTENIMIENTO CATEGORÍA CALEFACTOR Y FONTANERO

JAVIER BUITRAGO MEDINA

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

HONORATO LOZANO MOYA

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

VICENTE PICAZO SANCHEZ

1 Introducción

Dentro de las categorías profesionales de un centro hospitalario, está la de personal de gestión y servicios, los calefactores pertenecen a la misma como personal de mantenimiento, siendo muy importantes las funciones que desempeñan, una de las más importantes es el control y supervisión de los sistemas de climatización en centros sanitarios, ya que la instalación de un sistema de climatización

en un centro hospitalario es diferente a la de otros edificios ya que concurren situaciones específicas y diferentes como:

- Son edificios que requieren una especial limpieza e higiene ambiental, esta ha de estar diseñada antes de la construcción del mismo.
- Son centros en los que hay muchos pacientes con diferentes patologías (algunas contagiosas) y muchos de ellos pueden tener las defensas bajas.
- Hay muchos servicios, como puede ser farmacia, y habitaciones en los cuales la ventilación es muy necesaria e importante.
- Los equipos médicos generan altas cargas de calor.
- En los centros sanitarios es más fácil la transmisión de microorganismos patógenos entre los usuarios por la gran afluencia de personas, ya sean pacientes, acompañantes, personal sanitario, visitas...

Aparte de lo expuesto también hay riesgos habituales recurrentes ambientales, como pueden ser:

- Medicamentos de tipo aerosol usados en tratamientos de aerosolterapia, son medicamentos suministrados por vía inhalada, cuyo objetivo es tratar enfermedades e infecciones respiratorias como asma, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC), neumonías, bronquiolitis...
- Productos químicos usados en desinfección y limpieza de distintas áreas y materiales con diferentes composiciones dependiendo de las zonas de aplicación de los mismos.

También existen riesgos de tipo biológico y altamente contagiosos, como: a) *Aspergillus* (hongo filamentoso). b) *Legionella*. c) *Staphylococcus aureus* (bacteria estafilococo aureo) d) Otros.

2 Objetivos

- Exponer la importancia del personal de mantenimiento calefactor en una de sus funciones, como es la supervisión de los sistemas de ventilación.
- Explicar el funcionamiento de los sistemas de ventilación en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 utilizadas han sido: legionela, ventilación hospitalaria y técnico calefactor.

4 Resultados

Los sistemas de ventilación en centros sanitarios tienen varios objetivos básicos tales como:

- Generar confort; en los centros sanitarios hay que seguir las instrucciones de la norma UNE 100.713 “Instalaciones de acondicionamiento de aire en Hospitales”, en la cuál resalta el control de la humedad relativa y temperatura, ya que con una humedad relativa alta se puede potenciar el crecimiento de microorganismos altamente contagiosos como pueden ser los hongos, con la humedad relativa baja también pueden aparecer otros microorganismos o la aparición de la Lipoatrofia en usuarios de los centros sanitarios. La estabilidad de la humedad relativa va a depender de la temperatura seca, modificando ésta última se modifica la relativa, por lo que siempre es necesario que el técnico calefactor controle y supervise estos valores, para poder equilibrar la humedad y calidad del aire.
- Reducir la propagación de microorganismos, olores, polvo...; los equipos de ventilación están equipados con unos filtros cuya finalidad es frenar la propagación partículas aéreas. Realizan renovaciones de aire filtrándolo, dependiendo de la zona estos filtros pueden ser de diferente material, dependiendo del nivel de limpieza exigido en la misma.
- Ayudar en el bienestar al paciente con determinadas patologías; está médicamente demostrado que unas óptimas condiciones ambientales, temperatura, humedad, luz, ventilación... ayuda en la recuperación de los pacientes, como por ejemplo:
- Pacientes con problemas cardiacos, es recomendable que estén en ambientes frescos, ventilados y con humedad media debido a deficiente circulación san-

guínea.

- Pacientes con artritis reumatoide, se recomienda que las condiciones ambientales sean secas y cálidas.
- Pacientes con enfermedades pulmonares crónicas, algunos de ellos tienen traqueotomías y todos reciben oxigenoterapia, por lo que es recomendable ambientes cálidos y con un 60% de humedad relativa.
- Pacientes con quemaduras, con estos pacientes se requiere una humedad relativa muy alta de hasta el 90% según sea la gravedad y grado de quemadura.

5 Discusión-Conclusión

El personal de mantenimiento calefactor, tiene un papel muy importante en los centros hospitalarios respecto a la ventilación, realizará controles varias veces al día, anotando los parámetros de temperatura y humedad relativa, cambiará estos parámetros dependiendo las necesidades ambientales de cada zona, siempre siguiendo las indicaciones de su supervisor, realizará los cambios de los filtros cuando sea necesario, llevando un registro de control en el cual anotará los datos ambientales. En las áreas donde se realicen actividades con productos peligrosos como esterilización medicina radioactiva, laboratorio, aerosolterapia, anatomía patológica, etc. el personal de mantenimiento calefactor deberá tener un mayor control de los parámetros ambientales controlando el flujo direccional del aire, no recirculándolo donde no se exija y realizando ventilaciones de emergencia si son necesarias.

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_natural_spa_25mar11.pdf

Capítulo 195

PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS EN EL EQUIPO DE MANTENIMIENTO: LA LABOR DEL PERSONAL CALEFACTOR Y FONTANERO

VICENTE PICAZO SANCHEZ

HONORATO LOZANO MOYA

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

JAVIER BUITRAGO MEDINA

1 Introducción

En los centros sanitarios dentro de la categoría de Personal de gestión y servicios (personal no sanitario), está el equipo de mantenimiento, al que pertenecen los calefactores, fontaneros, electricistas, mecánicos, pintores... Todo este equipo trabaja en conjunto, es un equipo multidisciplinar. Una de las funciones más importantes del calefactor y el fontanero es la responsabilidad de mantener en perfectas condiciones los sistemas de ventilación, calefacción y aire acondicionado en todo el centro sanitario y hospitalario. Además dicho personal desempeña otras tareas todas relacionadas con el mantenimiento del edificio, como por ejemplo, reemplazo y reparación de equipos.

El personal calefactor y fontanero han de trabajar en estrecha colaboración con los ingenieros, técnicos, electricistas y contratados externos, para poder asegurar que todo funciona correcta y eficazmente y con todas las medidas de seguridad, así como cumplir con las normativas técnicas en centros sanitarios.

Tanto fontaneros como calefactores han estado actualizados en las normativas y regulaciones respecto a la operativa de los sistemas, mantenimiento de sistemas de ventilación, calefacción y aire acondicionado (HVAC), para así seguir las políticas protocolarias hospitalarias garantizando la seguridad de los aparatajes y sus funciones.

Los calefactores y fontaneros han de ser proactivos, hábiles y saber trabajar en equipo, así como saber adaptarse a posibles situaciones de urgencia.

2 Objetivos

1. Explicar las funciones que debe realizar un calefactor y un fontanero dentro de un centro sanitario.
2. Explicar la necesidad de coordinación entre el personal de mantenimiento de un hospital.

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. Las palabras clave utilizadas han sido: calefactor, ventilación y calefacción.

4 Resultados

Cualidades y habilidades del personal calefactor y fontanero en su trabajo en centros sanitarios:

- La responsabilidad; el personal de mantenimiento ha de saber que su trabajo es muy importante, ya que son edificios que albergan a muchas personas, tanto trabajadores como paciente, visitantes...ha de tomarse en serio su labor, ya que es responsable de la seguridad y confortabilidad de los mismos.

- Capacidad de cumplir con los plazos y puntualidad en los mismos. Han de asegurarse que los aparatajes e instalaciones de ventilación, aire acondicionado y calefacción funcionen correcta y eficazmente manteniéndolos en perfecto estado de funcionamiento.
- Comunicación; han de comunicarse de manera efectiva con los demás miembros del equipo de mantenimiento, para garantizar un rápido y eficiente abordaje de incidencias que puedan surgir.
- Conocimiento y reciclaje profesional; ha de tener conocimientos teóricos y prácticos sobre los equipos a su cargo, realizando habitualmente cursos de reciclaje y aprendizaje. Deberá conocer los diferentes entornos hospitalarios para poder realizar sus funciones de reparación y mantenimiento de los elementos que le correspondan.

Funciones principales del calefactor y fontanero:

- Revisar asiduamente conductos y filtros de ventilación.
- Limpiar los filtros y cambiarlos cuando sea necesario.
- Controlar las temperaturas y la humedad de los aparatos diariamente en las diferentes zonas del centro sanitario, ajustándolas cuando sea necesario, los datos de estos parámetros los deberá apuntar en un registro que entregará a su supervisor.
- Reparar la maquinaria averiada, indicando los motivos a su supervisor y pidiendo las piezas adecuadas para su correcta reparación.
- Realizar habitualmente el mantenimiento de los equipos, limpiando las rejillas, retirando las partículas de polvo para no taponar las salidas de aire y calor y evitar que haya proliferación de bacterias patógenas y no patógenas, hongos, etc. que pueden llegar a producir enfermedades nosocomiales.

5 Discusión-Conclusión

El personal no sanitario de gestión y servicios en el equipo de mantenimiento como calefactor y fontanero, deberá ser proactivo para poder identificar y solucionar las averías y problemas que puedan surgir en los equipos y sistemas de ventilación, aire acondicionado y calefacción (HVAC) dispuestos en el edificio. Revisará los equipos tomando medidas preventivas en su mantenimiento para que funcionen adecuadamente.

Realizará controles de humedad relativa y temperatura anotando los registros que deberán quedar archivados para su revisión.

El trabajo del calefactor y el fontanero es una parte importante en el funcionamiento de los centros sanitarios, ya que se ha demostrado científicamente

que los sistemas HVAC sirven para evitar contagios, limpiar el ambiente y son muy útiles y necesarios en el tratamiento de enfermedades.

6 Bibliografía

1. Biblioteca y Publicaciones [Internet]. Gob.es. [citado el 6 de julio de 2023]. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/home.htm>
2. ESTATUTO DEL PERSONAL NO SANITARIO AL SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL [Internet]. Cig-saude.gal. [citado el 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.cig-saude.gal/files/novas/Lexislacion/Estatuto_Persoal_Non_Sanitario_das_Instituci%C3%B3ns_Sanitarias_da_Seguidade_Social_1971.pdf
3. Insst.es. [citado el 6 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/161958/Cap%C3%ADtulo+16>.

Capítulo 196

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL

MANUEL ANGULO ESCRIBANO

CLAUDIA MORENO RAMOS

FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO

LAURA SEPÚLVEDA ANGULO

JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ

1 Introducción

En toda institución sanitaria, ya sean hospitales, centros de diagnóstico y tratamiento, centros de salud, etc. es necesario la existencia de un punto de información al usuario, a la entrada del establecimiento. En este sentido el celador es el encargado de prestar esta información, sobre todo en los hospitales, donde por la gran cantidad de servicios que se prestan se hace imprescindible orientar a pacientes, acompañantes o familiares.

El celador suele ser el primer profesional con el que tienen contacto pacientes y familiares, por lo que su actitud a la hora de recibir a los usuarios es de gran importancia, dependiendo de la manera en que se produzca este primer contacto, se puede generar una buena o mala opinión de la institución sanitaria.

Los hospitales son instituciones sanitarias donde se realizan multitud de pruebas, existen numerosas consultas de las diferentes especialidades médicas, se trata a los pacientes en régimen de internamiento en las plantas de hospitalización, etc.,

por lo que se hace imprescindible debido a la gran cantidad de servicios prestados la existencia de un profesional a la entrada de la institución que dirija al usuario a la llegada al centro, para evitar así esperas innecesarias a los usuarios.

En este capítulo, vamos a describir brevemente el funcionamiento y servicios que presta un hospital, y las funciones que desarrolla el celador en la puerta principal de mismo, poniendo énfasis en la importancia de éstas para el correcto funcionamiento de todos los servicios hospitalarios.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento y tipos de asistencia que se prestan en un hospital.
- Enumerar las funciones del celador en la puerta principal de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y diferentes artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudio.

4 Resultados

El Sistema Nacional de Salud está integrado por el conjunto de los servicios de salud de la Administración de Estado y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, fue creado en 1908 y leyes posteriores como la Ley General de Sanidad entre otras completaron este proceso.

Los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas se estructuran en dos niveles asistenciales:

- Atención primaria.
- Atención especializada.

La atención primaria es la puerta de entrada en el sistema sanitario, siendo el primer contacto de la población con los servicios sanitarios. En este nivel se pueden solucionar un porcentaje elevado de los problemas sanitarios con un coste moderado y requiere un nivel de complejidad técnica y material pequeño.

La atención especializada por el contrario, requiere recursos técnicos y materiales altamente especializados y complejos que suponen un coste más elevado para el

sistema sanitario. Trata los pacientes remitidos por la Atención Primaria, y se presta principalmente en hospitales y centros de diagnóstico y tratamiento.

En este sentido el hospital es una estructura compleja con una gran variedad de especialidades médicas y quirúrgicas, y donde se presta asistencia en régimen ambulatorio: consultas externas, pruebas diagnósticas, hospital de día, farmacia hospitalaria; y en régimen de internamiento: hospitalización en planta.

Es por ello que se hace necesario articular los mecanismos necesarios para dar un servicio de calidad y eficiencia a los usuarios. Por ello en los hospitales, existe un punto de información a la entrada de los mismos para orientar y resolver las dudas o preguntas de los pacientes, familiares o acompañantes.

El celador en la puerta principal de un establecimiento hospitalario desarrolla las siguientes funciones:

- Informará sobre la ubicación de las diferentes consultas, pruebas y plantas de hospitalización.
- Vigilará el acceso no permitiendo el paso a personas no autorizadas.
- Velará por el cumplimiento de las normas y mantenimiento del orden.
- Informará sobre el horario de los diferentes servicios.
- Informará sobre los horarios de visita en las plantas de hospitalización.
- Proporcionará las hojas de reclamaciones cuando sean solicitadas por el usuario.
- Atenderá las llamadas telefónicas.
- Proporcionará silla de ruedas a los pacientes que así lo requieran.
- Se abstendrá de facilitar información relacionada con el proceso asistencial del paciente, remitiéndole al personal facultativo.

En el ejercicio de sus funciones, el celador, deberá tener presente en todo momento que trata con usuarios en condiciones especialmente sensibles, y por lo tanto ser tolerante y empatizar con sus circunstancias.

5 Discusión-Conclusión

El celador de puerta principal debe contar con una adecuada formación ya que entre sus funciones se encuentra la de transmitir información a usuarios, pacientes y familiares. Debe conocer la ubicación de los diferentes servicios, así como la estructura del hospital para poder desempeñar su trabajo correctamente. Igualmente deberá tener un trato amable y respetuoso, prestando la máxima atención a los usuarios. Debe tener capacidad de escucha y procurar no herir los sentimientos del paciente con sus comentarios o actitud.

Podemos decir para concluir que su trabajo en la puerta principal de un hospital es de gran importancia para orientar al paciente, y de su actitud depende en gran

medida la impresión positiva o negativa que se formen los usuarios del centro sanitario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 197

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

MANUEL ANGULO ESCRIBANO

CLAUDIA MORENO RAMOS

FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO

JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ

LAURA SEPÚLVEDA ANGULO

1 Introducción

Las plantas de hospitalización proporcionan una asistencia en régimen de internamiento, prestada las 24 horas del día. Ofrecen una atención continuada a pacientes que por su patología no pueden ser tratados de manera ambulatoria. Dependiendo de la patología del paciente, y de su gravedad, ingresará a cargo de una especialidad médica: traumatología, cardiología, pediatría, medicina interna, urología, otorrinolaringología, ginecología, medicina intensiva, oftalmología, oncología, cirugía etc. El tiempo de estancia igualmente variará según la gravedad y la evolución del paciente.

El celador forma parte importante del equipo de trabajo de planta de hospitalización, pues se encarga del traslado y movilización de pacientes, transporte de mobiliario: camas, sillas de ruedas, aparatos médicos etc. Igualmente tiene un

trato directo con el paciente por lo que su actuación es muy importante ya que de ella depende la impresión que pueda llevarse el paciente de la institución sanitaria. Hay que tener presente que el celador por su carácter no sanitario dependerá en todo momento del personal sanitario, apoyándolo, y estando su responsabilidad supeditada a la del personal sanitario.

En el siguiente capítulo vamos a desarrollar la labor que realiza el celador en las plantas de hospitalización y su importancia para el correcto desarrollo de la unidad.

2 Objetivos

- Listar las funciones del celador en planta de hospitalización.
- Desarrollar dichas funciones, resaltando la importancia del celador en dicho servicio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En cada hospital existirán diversas plantas de hospitalización de diferentes especialidades médicas y quirúrgicas. Al frente de cada planta tenemos un supervisor de enfermería, que se encargará del correcto funcionamiento de la misma. Junto al supervisor tendremos otro personal que forma parte del equipo de trabajo: auxiliares de enfermería, enfermeras, auxiliares administrativos, celadores, personal de limpieza, etc.

Todos estos profesionales seguirán las instrucciones del personal facultativo, y deberán actuar de manera coordinada para gestionar, pruebas, peticiones, tratamientos, interconsultas de manera ágil y eficiente. En este sentido el celador es una pieza importante del engranaje pues sus funciones son básicamente de apoyo al resto de personal sanitario y no sanitario.

Las funciones principales del celador en las plantas de hospitalización son:

- Ayudarán a las enfermeras y auxiliares de planta en la movilización de los pacientes en el aseo, cambios posturales, curas etc.
- Cursarán las interconsultas.
- Llevarán las muestras biológicas al laboratorio correspondiente.
- Subirán de farmacia la medicación que le sea solicitada por el personal de enfermería.
- Cuando sea necesaria la grúa para la movilización de un paciente serán los encargados de su transporte hasta la habitación y manejo de la misma.
- Trasladarán a los pacientes para la realización de pruebas diagnósticas o consultas.
- Subirán de archivo las historias que soliciten los facultativos.
- Trasladarán el aparataje o mobiliario que le indiquen sus superiores.
- Cuando un paciente fallece ayudarán a las auxiliares de enfermería a amortajarlo, y posteriormente serán los encargados de llevar el cadáver al mortuario.
- Deberán estar siempre localizados en la unidad a la que estén adscritos.
- Al final de la jornada bajarán a lencería los carros de ropa sucia y subirán una jaula vacía.
- Cuando un paciente sea dado de alta se encargarán de su transporte en silla a la salida del hospital, ayudándole si fuera necesario a acceder a su medio de transporte.
- Cuando un paciente solicita una ambulancia para regresar al domicilio tras su ingreso hospitalario, el celador colaborará con el ambulanciero para trasladar al paciente de la cama hospitalaria a la camilla de la ambulancia.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver en las plantas de hospitalización trabajan multitud de profesionales, que se encargan del cuidado médico de los pacientes, además de facilitar y hacer más agradable su estancia hospitalaria. El celador tiene un contacto directo con el paciente, por lo que deberá tratarlo con respeto y amabilidad, absteniéndose en todo momento de realizar comentarios sobre su proceso asistencial.

Sus funciones en planta son muy variadas, por lo que deber conocer perfectamente la ubicación de los diferentes servicios hospitalarios, para realizar su trabajo de una manera eficaz. Igualmente, al tratar con enfermos deberá seguir todos los protocolos de higiene y asepsia para no perjudicar el estado del paciente.

6 Bibliografía

1. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.
2. <https://congresosicepa.com/plantas-hospitalizacion/>.

Capítulo 198

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

MANUEL ANGULO ESCRIBANO

CLAUDIA MORENO RAMOS

LAURA SEPÚLVEDA ANGULO

FRANCISCO JAVIER CORTES CHOCANO

JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ

1 Introducción

El servicio de rehabilitación es una especialidad médica que se encarga de diagnosticar, evaluar, prevenir y tratar la discapacidad, cuyo objetivo es facilitar, mantener o recuperar el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles.

La rehabilitación constituye una parte esencial de la cobertura sanitaria universal.

Debido a los cambios sociales y el avance de la medicina, la población cada vez vive durante más tiempo, por lo que se desarrollan más enfermedades crónicas y discapacidades, por ello se prevé que la necesidad de rehabilitación aumente considerablemente. Es por ello que en la actualidad las necesidades de rehabilitación

no están cubiertas, existiendo una escasez de recursos públicos para hacer frente a la demanda cada vez más creciente.

La rehabilitación tiene como centro la persona, por lo que se trata de una atención individualizada y adaptada a las peculiaridades de cada paciente.

La rehabilitación se puede realizar tanto en entornos hospitalarios, como ambulatorios.

En la rehabilitación, participan diferentes profesionales sanitarios, como logopedas, psicólogos clínicos, enfermeros, médicos, fisioterapeutas y también otros profesionales no sanitarios como celadores, auxiliares administrativos entre otros.

En este capítulo vamos a describir las funciones que realiza el celador en la unidad de rehabilitación, y su gran importancia como parte integrante del equipo multidisciplinar.

2 Objetivos

- Describir brevemente el servicio de rehabilitación.
- Listar las funciones del celador en el servicio de rehabilitación.
- Poner en valor la labor del celador en dicha unidad.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “servicio de rehabilitación” y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

La finalidad del servicio de rehabilitación es poder ofrecer al paciente una atención individualizada que contribuya a proporcionarle mayor autonomía en su vida diaria, contribuyendo así a un envejecimiento saludable.

Como hemos visto el servicio de rehabilitación se puede prestar tanto en hospitales, como en centros de salud.

Dentro de los hospitales se atenderá a:

- Pacientes hospitalizados que requieran con urgencia ser tratados en la unidad de rehabilitación.

- Pacientes ambulatorios, derivados por el médico rehabilitador.

En los centros de salud solo se atenderá a pacientes ambulatorios, también derivados por el facultativo especialista en rehabilitación.

A continuación vamos a describir las funciones que realiza el celador en el servicio de rehabilitación en el ámbito hospitalario:

- Indicar a los pacientes la ubicación de las consultas y diferentes servicios.

- Registrar al paciente en la máquina habilitada para tal fin en el caso de que necesiten ayuda.

- Pedir las ambulancias de regreso al domicilio.

- Llevar los equipos médicos que sean solicitados.

- Recoger los pedidos y repartirlos a las consultas.

- Repartir el correo.

- Cuando llegan pacientes en camilla, el celador deberá traspasarlo a una camilla del hospital y llevarlo a la consulta correspondiente.

- Atender las llamadas telefónicas.

- Informar sobre dudas o preguntas que realicen los usuarios.

- Facilitar sillas de ruedas cuando lo solicite el paciente.

- Llevar historias clínicas desde el archivo hasta las consultas.

- Vigilar que solo accedan al servicio de rehabilitación las personas autorizadas.

Podemos concluir diciendo que el celador forma parte de un equipo multidisciplinar, en el que la coordinación entre todos los profesionales es de gran importancia para el funcionamiento eficaz de la unidad.

Igualmente, el celador aparte de los conocimientos técnicos, debe poseer don de gentes, y actuar con amabilidad y tolerancia, pues su trabajo se desarrolla en continuo contacto con los pacientes, que en ocasiones se encuentran con un estado de ánimo bajo.

5 Discusión-Conclusión

El porcentaje de pacientes con movilidad reducida o limitada en este servicio es mayor con respecto a otras unidades, por consiguiente, el papel del celador en la Unidad de Rehabilitación es de gran importancia, siendo de gran ayuda al colaborar con el fisioterapeuta, en la movilización, traslado, sujeción de los pacientes.

Deberá conocer perfectamente las técnicas de movilización, para desempeñar su trabajo de manera eficiente. Auxiliando al personal sanitario en todo aquello que le sea solicitado.

En todo momento será amable y respetuoso con los usuarios, y se abstendrá de hacer comentarios sobre los procesos asistenciales de los pacientes, remitiéndolos en todo momento al personal médico encargado de su atención.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-celador-rehabilitacion/>
2. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
3. <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-1.pdf>

Capítulo 199

EL IMPACTO EMOCIONAL DEL TRABAJO DE CELADOR

JORGE ROBLES CLAVEL

MARIA DEL PILAR LILLO IRALA

JESUS CLEMENTE GARCIA

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

TERESA LORENTE PEREZ

1 Introducción

Los celadores son profesionales esenciales en el ámbito de la salud, ya que tienen un rol crucial en el transporte y la movilidad de pacientes, la distribución de suministros médicos y la asistencia al personal clínico en hospitales, clínicas y otras instituciones médicas. A pesar de su relevancia, el impacto emocional del trabajo de celador ha sido menos explorado en comparación con otras ocupaciones dentro del sector de la salud.

El trabajo de celador puede tener un impacto emocional significativo en el bienestar psicológico de los profesionales. La exposición a situaciones difíciles, la carga emocional y la empatía hacia los pacientes son factores importantes que influyen en el impacto emocional del trabajador de celador. El apoyo social y las estrategias de afrontamiento juegan un papel clave en la capacidad de los celadores para hacer frente a los desafíos emocionales de su profesión.

Es importante comprender que este tipo de trabajo puede afectar a la salud mental, el bienestar emocional y a la calidad de vida de quienes ejercen esta profesión. Se van a estudiar las situaciones que pueden generar estrés, los desafíos a los que se enfrentan los celadores así como las estrategias de afrontamiento que utilizan para hacer frente a las diversas circunstancias a las que se someten.

2 Objetivos

Este estudio tiene como objetivo analizar y comprender el impacto emocional que conlleva el rol del celador en su día a día y tener una visión integral sobre como este trabajo puede afectar emocionalmente a los celadores y como va a influir en su desempeño laboral y bienestar general.

3 Metodología

Se han realizado búsquedas exhaustivas en bases de datos científicas como PubMed, ScienceDirect y Google Scholar, y otras fuentes académicas utilizando términos clave relacionados con el trabajo de celador y su impacto emocional como por ejemplo "el impacto emocional del trabajo del celador".

4 Resultados

El trabajo del celador puede tener un impacto emocional significativo en diferentes áreas:

1. Satisfacción laboral y sentido de propósito: Muchos celadores expresaron un alto grado de satisfacción laboral debido a la sensación de cumplir un propósito importante al contribuir al cuidado y bienestar de los pacientes. La posibilidad de marcar una diferencia en la vida de otras personas es una fuente de gratificación emocional para muchos celadores.
2. Estrés laboral y carga emocional: Los celadores a menudo se enfrentan a situaciones emocionalmente exigentes, como el trato con pacientes en situaciones de dolor o enfermedades graves. El estrés y la carga emocional asociados con estas situaciones pueden dar lugar a agotamiento emocional y fatiga en algunos celadores. La carga de trabajo, la responsabilidad de cuidar a pacientes vulnerables y la exposición a situaciones críticas pueden ser fuentes importantes de estrés emocional.

3. Empatía y conexión emocional: La interacción cercana y frecuente con pacientes puede llevar a los celadores a desarrollar una fuerte empatía y conexión emocional con ellos. Esto puede ser gratificante, pero también puede hacer que enfrenten dificultades emocionales al afrontar el sufrimiento y la pérdida.
4. Condiciones laborales: Las condiciones laborales desafiantes, como largas jornadas de trabajo, falta de descanso adecuado y un entorno físico estresante, pueden contribuir al impacto emocional negativo del trabajo de celador.
5. Reconocimiento y apoyo: El reconocimiento y el apoyo por parte de colegas y superiores son factores clave que influyen en el bienestar emocional de los celadores. Un ambiente de trabajo positivo y de apoyo puede ayudar a mitigar el estrés y mejorar la satisfacción laboral.
6. Exposición a traumas y situaciones difíciles: los celadores se enfrentan a situaciones difíciles y traumáticas, como emergencias médicas, accidentes graves o fallecimientos. Estas experiencias pueden dejar una huella emocional duradera en los celadores.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de celador conlleva un impacto emocional significativo que abarca desde aspectos gratificantes hasta desafíos emocionales y estrés. La empatía y la conexión emocional con los pacientes, así como el sentido de propósito, son aspectos positivos destacados en este trabajo. Sin embargo, el estrés, la carga emocional y las condiciones laborales difíciles también pueden afectar negativamente la salud emocional de los celadores.

La gestión adecuada del impacto emocional es esencial para el bienestar de los celadores y su capacidad para brindar una atención de calidad. Se sugiere implementar programas de apoyo emocional, capacitación en manejo del estrés y reconocimiento del trabajo realizado por los celadores. Además, es fundamental crear entornos de trabajo que fomenten la empatía y la comunicación efectiva entre el personal de salud para garantizar una atención integral tanto para los pacientes como para los profesionales del área.

6 Bibliografía

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-impacto-emocional-pandemia-covid-19-trabajadores-S0025775320304838?covid=Dr56DrLjUdaMjzAgze452SzSInMN&rfr=truhgiz&y=kEzTXsahn8atJufRpNPuIGh67s1>

<https://revistamedica.com/impacto-burnout-trabajo-celador/>
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-de-la-comunicacion-del-celador-en-el-trabajo-hacia-el-paciente/>
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000300008
https://repositorio.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASHb0c3.dir/BRC_TFI_Csik_Maria_Carla.pdf

Capítulo 200

LOS CELADORES Y SU TRABAJO EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA

FABIÁN CANTÓN SERRANO

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ

1 Introducción

La unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), también conocida como (UCI), unidad de Cuidados Intensivos, es un servicio especializado en asistencia, control y vigilancia de pacientes en estado crítico. Es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Ingresan pacientes con una patología cuyo nivel de gravedad suponga un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperabilidad y que requieren monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, así como una atención especializada las 24 horas del día.

La ubicación de la UCI/UVI debe estar dentro o muy próxima a la zona más técnico-asistencial del centro. Tendrá fácil acceso desde la sección de urgencias, así como contiguo al bloque quirúrgico. En la UCI/UVI existen varias unidades

especializadas según las patologías que presentan los pacientes. Dentro de estas unidades están las áreas de internamiento que reciben el nombre de box o boxes. El control de enfermería está ubicado de tal manera que permita la visualización de todos los pacientes, (está situado en el centro y las camas alrededor con el cabecero hacia la pared). Puede haber varias unidades de cuidados intensivos especializadas en diferentes áreas de la medicina, como son:

- Cirugía cardiovascular.
- Cardiología.
- Trasplantes.
- Politraumatizados.
- Sépticos.
- Neonatos.
- Cirugía general.
- Grandes quemados, etc.

Estas zonas poseen un almacén de farmacia, almacén de aparatos, vestuarios, despachos administrativos y médicos, etc. Dentro del servicio de UCI hay distintas figuras profesionales, entre ellos, el celador. Todos trabajarán de forma coordinada para dar un tratamiento óptimo al paciente.

2 Objetivos

Indicar las funciones a realizar por el celador en las áreas UCI/UVI y su vigilancia, higiene, traslado de pacientes y de pruebas si fuera necesario, medidas de seguridad y movilidad de pacientes en estas áreas tan fundamentales de los hospitales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 de UCI, ejerce un refuerzo al personal de la unidad. Los celadores de esta unidad estarán muy bien preparados y formados, ya que estos pacientes tienen que ser movilizados con mucho cuidado, ya que su estado es muy inestable. Entre sus funciones principales destacan:

- Realizar, junto a enfermería y auxiliares de enfermería, a las labores de higiene del paciente.
- Ayudar a la movilización de los pacientes.
- Trasladar a los pacientes a otros servicios intrahospitalarios, siempre acompañado del personal de enfermería, llevando consigo toda la documentación clínica del paciente.
- Trasladar equipamiento, material y aparatos por el hospital cuando sea necesario.
- Conocer las medidas de seguridad e higiene en el ámbito hospitalario, en especial en la unidad de UCI.
- Asegurar el aprovisionamiento de balas de oxígeno creando parte a mantenimiento.
- Trasladar las muestras al laboratorio, anatomía patológica, etcétera, cuando sea necesario.
- Conocer los protocolos acerca del material fungible.
- Conocer el protocolo de defunción del hospital.
- Llevar y recoger el material a esterilizar.
- Asegurar la entrada de los familiares a las horas de visita y la disponibilidad de batas y calzas.
- Conocer la normativa vigente en materia de seguridad y salud laboral para una correcta manipulación de aparatos, equipamientos y productos.
- Proporcionar cuidados asistenciales con la mayor calidad posible.
- Poner en los boxes el material fungible necesario para pacientes en aislamiento.
- Avisar a los familiares de la finalización de la visita.
- Ayudar a la colocación de RX, así como todo lo que le sea encomendado por sus superiores.
- Asegurar el buen estado y funcionamiento de la grúa.
- Establecer al comienzo de cada turno junto al personal de enfermería los objetivos del día, altas programadas, traslados, pruebas complementarias, etcétera.
- Rellenar la hoja de objetos personales de los pacientes y llevarlos a seguridad.
- Recoger las bolsas de hemoderivados al banco de sangre y devolver los usados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto en el presente capítulo es muy importante que los celadores tengan muy claro las funciones dentro de esta área y conozcan bien la forma de actuar en estas situaciones. Además, deben conocer los distintos tipos de movilizaciones y traslados para darles un buen servicio atendiendo a tan graves patologías. Debe haber una buena comunicación entre todos los sanitarios de este servicio para ir coordinados y minimizar riesgos. Un buen trato del celador y el resto de personal hacia el paciente y sus familiares, será esencial para la recuperación del paciente. El personal será empático en todo momento, esto hace que familiares y enfermos se sientan apoyados y comprendidos en todo el proceso de la enfermedad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 201

EL CELADOR QUE SE ENCARGA DEL ALMACÉN DE LA UNIDAD DE FARMACIA Y EL REPARTO DE MEDICACIÓN

FABIÁN CANTÓN SERRANO

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ

1 Introducción

El servicio de farmacia hospitalaria depende de la dirección médica del hospital. Este servicio se encarga de la adquisición, conservación, dispensación, elaboración de medicamentos (preparación de fórmulas magistrales, medicamentos citostáticos, nutriciones parenterales...) así como de la selección y evaluación de éstos.

El servicio de farmacia de un hospital está formado por un equipo multidisciplinar de personal: personal facultativo (jefe de servicio, jefe de sección, adjuntos y residentes) y personal no facultativo (Supervisor/a, personal de Enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería, auxiliares administrativos y celadores).

Todo ello se realiza asesorando a profesionales de la salud y pacientes sobre el uso seguro, efectivo y eficiente de los fármacos.

Hoy en día los tratamientos son cada vez más específicos, por lo que la farmacia hospitalaria vela para que la medicación se adecue a cada paciente.

Persigue por tanto ofrecer el medicamento adecuado para cada paciente, en la dosis correcta, por la vía de administración más adecuada y en el horario apropiado.

La farmacia hospitalaria está también implicada en la investigación de nuevos tratamientos y nuevos medicamentos .

En España disponemos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), una organización privada sin ánimo de lucro que se dedica a incrementar el conocimiento sobre la farmacia hospitalaria.

2 Objetivos

Dar a conocer como personal no sanitario (celador), algunas cuestiones básicas relacionadas con el servicio de farmacia y nuestras funciones en él.

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

Algunas de las principales funciones del personal no sanitario celador/a dentro del servicio de farmacia hospitalaria son las siguientes:

- El celador es el profesional encargado de recepcionar el material, comprobando que el material servido es el que figura en los albaranes de entrega. En caso contrario no debe recogerlo y deberá notificarlo al responsable de farmacia.
- Entregará la copia del albarán de recepción de material al personal de Enfermería para que lo informaticice.

- Se encarga de transportar todo el material pesado, como sueros, medicamentos... a las unidades o servicios de destino.
- Transportará el material dentro de la farmacia con transpaletas, carros etc para ayudar a colocarlo.
- Se encarga del transporte desde la farmacia hasta las distintas unidades de hospitalización de los carros con la medicación y de retirar de éstas los vacíos para retornarlos a la farmacia y que sean cargados nuevamente.
- Trasladar algunos productos desde otras unidades del hospital hasta la farmacia, generalmente desde el almacén general del hospital.
- Se encarga de la vigilancia y custodia del servicio de farmacia, no permitiendo la entrada de personas no autorizadas.
- Velar por el mantenimiento del orden y también de las instalaciones, dando parte de cualquier tipo de desperfecto a sus superiores para su corrección.
- Colaborar con el resto del personal en la realización de los inventarios, realizando los recuentos del material dispensado, de tal forma que se pueda conocer las verdaderas existencias en el servicio de farmacia del hospital y también para descartar productos caducados o con desperfectos, que deben ser retirados de la circulación.
- Acondicionar en las estanterías los sueros y el alcohol.
- Vigilancia de las cámaras frigoríficas, controlando la variación de temperaturas y el correcto mantenimiento y conservación de los fármacos o soluciones que precisen refrigeración.
- Informar de cualquier tipo de desajuste en las unidades existentes de fármacos al responsable de la farmacia, sobre todo extremando la precaución en aquellos fármacos de elevado coste y/o psicotrópicos.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la revisión bibliográfica realizada para la elaboración de este trabajo, consultando varias fuentes fiables, hemos podido realizar y conocer una recopilación acerca de las principales tareas que realiza el personal no sanitario "celador" dentro de la farmacia hospitalaria.

Principalmente cabe destacar que son los profesionales encargados de la recepción, comprobación y transporte de todo el material que entre y salga del servicio de farmacia.

Quiero destacar también la importancia de sus labores de vigilancia y custodia en este servicio, no permitiendo la entrada de personal no autorizado y comprobando mediante inventarios que no se produzcan desajustes en las cantidades de

fármacos especialmente caros o psicotrópicos.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en farmacia hospitalaria y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

1- <https://congresosicepa.com>

› farmac...

Farmacia hospitalaria: funciones del celador en la Unidad de Farmacia

2- <https://congresosicepa.com>

› celador...

El celador en el servicio de farmacia hospitalaria - II Congreso Virtual SICEPA

3- <https://fisiostar.com>

› celador › el-ce...

El CELADOR en el servicio de FARMACIA ¡sus funciones! - FisioStar

4- <https://www.cgtsanidadlpa.org>

› ...PDF

CGT Sanidad - TEMA 7 EL SERVICIO DE FARMACIA y ANIMALARIO

5- <https://www.logoss.net>

› filePDF

08 funciones celador - Logoss

6- <https://www.formacurae.es>

› ...PDF tema 11: actuación del celador en la farmacia y en el animalario - Formacurae

Capítulo 202

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ESTIRILIZACIÓN Y SU FUNCIONES EN COLABORACIÓN CON QUIRÓFANO

FABIÁN CANTÓN SERRANO

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ

1 Introducción

En los hospitales pueden aparecer contaminaciones orgánicas que son ocasionadas por microorganismos patógenos de origen muy diversos produciendo posibles infecciones propias de los hospitales (llamadas nosocomiales). Es conveniente, en medida de lo posible, tratar de reducir estas infecciones usando medidas de desinfección y esterilización.

La Higiene Hospitalaria se puede definir como un conjunto de medidas establecidas en el medio ambiente hospitalario con el propósito de prevenir infecciones o combatirlas, para así tener una buena salud de pacientes y profesionales. Es conveniente prevenir la Higiene Hospitalaria en varios lugares en los que cabe destacar el área quirúrgica y todos los profesionales que puedan estar en una intervención.

El celador en el área de esterilización, no tiene unas funciones directas, pero puede ser solicitado en sus funciones de ayuda. Hay que destacar que el celador no tiene funciones sanitarias, ya que pertenece al grupo de gestión y servicios. El celador como hemos dicho anteriormente su función principal es el “apoyo”, al Personal Sanitario en todo, o que pueda hacer para beneficio del paciente. En ningún momento, el celador, podrá ejercer funciones sanitarias, aunque sepa hacerlo, por eso tiene que estar pendiente de las demandas y órdenes del personal inmediato superior o personal hospitalario.

2 Objetivos

Describir e indicar la importancia y funciones del celador en la esterilización en los centros hospitalarios y su ayuda a la unidad de quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones que lleva a cabo el celador son las siguientes:

- Colocar el material fungible (caracterizado porque se deteriora con el uso, es frágil y tiene una vida corta), que procede de los almacenes.
- Llevar a esterilizar todo instrumental o enseres, al lugar donde haya que hacer el proceso de “sucio” a “limpio”, al igual, que en el proceso contrario. Normalmente el área de esterilización se encuentra en el bloque quirúrgico.
- Recoger la instrumentación o todo el aparataje que pueda estar en la autoclave (utiliza el calor húmedo, para la esterilización).
- Transportar todo el material esterilizado en las diferentes zonas del hospital.

Es muy importante el trabajo auxiliar del celador ayudando al personal sanitario en las áreas de esterilización hospitalaria, así como una buena coordinación del equipo para el buen funcionamiento del desarrollo de las actividades en un

equipo hospitalario. Hay varias formas de realizar dependiendo de para que sea y a qué vaya destinado:

- Autoclave, esterilización por calor húmedo, es un aparato con cierre hermético, consta de un manómetro y una llave que regula la presión y temperatura que se desea alcanzar dentro.
- El flameado, incineración y la estufa Pou Pinel, utilizan calor seco.
- Radiaciones gamma y rayos ultravioleta, esterilizaciones por radiaciones ionizantes o esterilizaciones en frío.
- Esterilizaciones por productos químicos, por óxido de etileno, que es altamente inflamable en contacto con el aire y tóxico, para evitar riesgo con él, se suele presentar diluido con otros gases

Al igual que en cualquier área hospitalaria, en la zona de esterilización existen riesgos de que pasen accidentes. El conocer los productos y aparataje con el que se trabaja, hace que aumente la seguridad en esta zona, en los pacientes y en los profesionales que trabajan allí.

El material esterilizado debidamente guardado debe estar en un lugar seco, en mobiliario fuera del contacto directo con el aire y polvo de las habitaciones, cualquier sitio que altere su aislamiento.

-

5 Discusión-Conclusión

Los celadores de los centros sanitarios deben colaborar con el personal sanitario y con sus diversas funciones, ya que, son de vital importancia para que todos los equipos de las unidades hospitalarias funcionen correctamente en todas sus áreas, pero muy especialmente en el área de esterilización por el peligro que conlleva para los pacientes y los profesionales del centro hospitalario.

El celador deberá ser respetuoso, educado y empatizar con el paciente en todo momento, ya que, puede ser de mucha importancia en determinados momentos y en situaciones muy delicadas como las vividas ahora por la pandemia del COVID 19. El celador debe de poseer unas cualidades para desarrollar su trabajo con sencillez, complicidad y como hemos dicho antes, empatía hacia el paciente y todo lo que pueda ocurrir a su alrededor.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/tareas-celador-esterilizacion/>
<https://www.bing.com/search?q=EL+CELADOR+Y+LA+>

ESTERILIZACION&form=PRESES&ocid=iehp&httpsmsn=1&msnews=1&refig=4281dd6173d94a418161db6c13a015ad&sp=-1&pq=el+celador+y+la+esterilizacion&sc=7-30&qs=n&sk=&cvid=4281dd6173d94a418161db6c13a015adhttps://info.centroinnova.net/conohthttps://revistamedica.com/tareas-celador-esterilizacion/amp/tps://revistamedica.com/tareas-celador-esterilizacion/amp/cimientos/

Capítulo 203

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE FARMACIA

FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO

ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS

CARLOS BENITA COTILLAS

1 Introducción

La farmacia clínica es un servicio administrado por el sector de la salud para pacientes hospitalizados y otros pacientes ambulatorios. Hay muchos profesionales médicos y no médicos que trabajan en el sector de la salud. Algunos de estos son enfermeras, auxiliares de enfermería (TCAE), farmacéuticos, auxiliares, auxiliares administrativos y farmacéuticos. Algunas de las funciones más importantes de los transportadores en medicina son la transferencia y colocación de medicamentos pesados y voluminosos, sueros, alcohol, nutrición parenteral, líquidos y más. al menos dos. Podemos explicar que al celador no se le asignan servicios médicos porque pertenece al grupo de gerentes y empleados aprobados. De hecho, Mlonda ejerce sus funciones en virtud de la Ley de Trabajadores No Sanitarios de las Instituciones Sociales de Salud (no adoptada por la Ley N° 55/2003, de 16 de diciembre, "Régimen Jurídico de los Trabajadores Jurídicos de los Servicios de Salud"). Seguridad del personal médico en los hospitales (Decreto del Ministerio de Trabajo, 5 de julio de 1971), "asistencia" y "apoyo". Incluso si el asistente lo sabe, no hay forma de hacer un buen trabajo de saneamiento, y no hay forma de informar a los pacientes en el hospital y a los pacientes fuera del hospital sobre las leyes de drogas y medicamentos. Por lo tanto, las enfermeras

deben responder a las solicitudes de los pacientes, gestionar y escuchar sus órdenes y deseos, quizás refiriéndose a los farmacéuticos, médicos o trabajadores de la salud con los que están conectados. Es importante administrar e informar todos los aspectos de la actividad del paciente y del usuario (no la mía ni la administrada), y estos programas pueden aumentar las ofertas de productos al colaborar con varios miembros de la industria farmacéutica.

2 Objetivos

El principal objetivo es el de descubrir las principales funciones que desempeñan los celadores en los servicios de farmacia, tanto de transporte como de almacenamiento y recepción de mercancía.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de información en varios soportes web como Google o Google Académico, diferentes fuentes bibliográficas y bases de datos. Se ha extraído la información mas relevante y adecuada para formar este artículo sobre las funciones a realizar por los celadores destinados al servicio de farmacia.

4 Resultados

Es importante que los celadores desempeñen un papel eficaz en la industria de la salud en apoyo de los trabajadores de la salud y se comuniquen directamente con el resto del equipo para crear un buen equipo.

El celador debe ayudar con las diversas tareas que se le asignan. Estas acciones sistémicas son importantes para el funcionamiento exitoso de las comunicaciones entre hospitales y centros médicos y los diversos profesionales médicos en el departamento médico del hospital.

Cada vez que un celador en estos roles desempeña sus funciones en una farmacia hospitalaria, debe ser plenamente consciente de sus deberes y responsabilidades. Tareas compartidas o transporte relacionado con trabajadores de la salud, pacientes y usuarios de los servicios de salud (Ministerio del Trabajo Ordenanza del 5 de julio de 1971 por la que se aprueba la Ley del Personal No Médico en los Servicios de las Instituciones de Salud) y:

En la recepción de mercancías, el celador se encarga de sacar la mercancía (paquetes, encomiendas) del almacén y el distribuidor los entrega al almacén.

Los celadores almacenan lo que recepciona en la farmacia, drogas pesadas (alcohol, suero, líquidos, comida, etc.). Un mensaje, documento, carta u objeto de su propietario.

Trasladan objetos, herramientas o elementos necesarios. Completarán de forma independiente las tareas de limpieza que se les asignen en caso de no poder realizarlas el personal femenino.

Informa problemas y errores descubiertos durante la limpieza y el mantenimiento de la farmacia a los superiores.

Realizará conteos de rutina del material en cuestión, verificará la disponibilidad de las mercancías y consultará sus fechas de vencimiento

Trasladarán los carros de unidosis.

Velarán por el cumplimiento del orden y de que solo acceda el personal autorizado.

5 Discusión-Conclusión

La farmacia hospitalaria se compromete a seleccionar, almacenar y suministrar los medicamentos y productos sanitarios a las personas adecuadas de forma correcta, segura y eficaz.

El celador debe ayudar con las diversas tareas que se le asignan. Estas acciones sistémicas son importantes para el funcionamiento exitoso de las comunicaciones entre hospitales y centros médicos y los diversos profesionales médicos en el departamento médico del hospital. Es importante comprender que los celadores tienen derecho a trabajar de forma independiente, pero a menudo son supervisados. Los celadores deben mostrar respeto y respeto a la persona que recibe el tratamiento, paciente o pacientes, familiares, amigos y cooperar con el personal médico del departamento de salud.

6 Bibliografía

1. Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la 5359 Seguridad Social (B.O.E. nº 174, de fecha 22 del mismo mes)
2. Badós López, A. y García Grau, A. (2011)
3. El apoyo psicológico del celador. Juan Tomás Giménez Casas
4. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto – SciELO –
5. <https://scielo.conicyt.cl> 6. <https://www.ifp.es/blog/que-es-un-celador-y-que-hace>

Capítulo 204

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN TOCOLOGÍA Y ÁREA DE MATERNIDAD

FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO

ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS

CARLOS BENITA COTILLAS

1 Introducción

Los ginecólogos son los especialistas que se ocupan de cuestiones o curiosidades relacionadas con el útero, la vagina, los ovarios y las mamas porque la ginecología es la especialidad médica que se encarga de la salud de la mujer y de las funciones y enfermedades de su aparato reproductor. Los ginecólogos son médicos que ocasionalmente realizan procedimientos quirúrgicos, por lo que se les considera un tipo de cirujano. La ginecología permite diagnosticar y tratar enfermedades del aparato reproductor femenino como cáncer, prolapso, amenorrea, dismenorrea, menorragia e infertilidad; por eso es crucial que las mujeres se hagan chequeos periódicos. La obstetricia y ginecología es una de las especialidades con que contamos en esta nación. rama que abarca toda la atención a la mujer relacionada con las etapas del embarazo, parto y puerperio, así como la atención del ciclo vital de este último en sus diversas etapas: sexualidad, salud reproductiva y climático. Son campos de estudio dedicados al cuidado de los órganos reproductores femeninos, el tratamiento de problemas obstétricos y los procedimientos quirúrgicos derivados de esos problemas. Esta unidad es fundamental no solo para el

tratamiento y recuperación de la paciente que atraviesa estos procesos, sino también para la prevención y promoción de su salud, lo que implica instrucción en salud reproductiva, embarazo, parto y otros temas relacionados. La concepción, el crecimiento y el parto del feto marcan el principio y el final del estado fisiológico de la mujer conocido como embarazo. Aunque se puede terminar antes de tiempo, normalmente dura unas 40 semanas en circunstancias normales. Los partos programados, con pinchazos, naturales o por cesárea son posibles. Todo el seguimiento del embarazo, así como las pruebas necesarias como amniocentesis, ecocardiografía, ecografía o biopsias coriónicas, se realizan en planta de ginecología y obstetricia. Con una amplia participación institucional, sociedades científicas, profesionales y asociaciones ciudadanas, el Ministerio de Sanidad y Consumo desarrolló en 2007 la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”. Dentro de este plan se encuentra el documento de Normas y Recomendaciones sobre Maternidad Hospitalaria. El motivo de ingreso hospitalario más frecuente en España es el parto, que supone el 91% de todas las altas hospitalarias registradas en 2005 (463.249 partos contabilizados en la Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Hospitalización). La unidad obstétrica sirve como centro de atención hospitalaria del parto. La unidad de obstetricia se instala en áreas donde se atienden las distintas etapas del parto (paritorios, paritorios, quirófanos y salas de hospitalización obstétrica) en la gran mayoría de los hospitales españoles. Discutiremos la importancia del trabajo realizado por el asistente de piso de ginecología, incluido su cuidado del paciente, su familia y su trabajo desde que el paciente llega al hospital hasta que es dado de alta por el personal médico después del parto. Esta completo.

2 Objetivos

Describir los deberes del celador del hospital en el departamento de maternidad.
Explicar los deberes del celador en una situación de parto.

Describir el flujo general de la atención de un paciente desde el ingreso al alta en esta área del hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica previamente publicada sobre los roles del guardia. Las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline

y Scielo, también se han utilizado para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas examinadas. Se han realizado búsquedas sistemáticas de libros y consultas de artículos.

4 Resultados

El servicio de entrega del hospital se puede encontrar dentro del departamento de ginecología. La paciente ingresa a este servicio a través de varios departamentos, incluyendo consultas, urgencias y/o ingreso central en el caso de que esté previsto el parto o sea necesaria la cesárea. El Servicio de Consulta (Ginecología-Obstetricia) y Atención Primaria (matrona) se utilizan para el seguimiento de las pacientes a lo largo de sus embarazos. Durante este seguimiento se valora el proceso del feto durante la gestación y el proceso del parto. Médicos, enfermeras, parteras, auxiliares de enfermería, celadores y auxiliares administrativos son solo algunas de las categorías profesionales que actúan en el área hospitalaria del parto. Cada uno de ellos contribuye significativamente al área y/o servicio. Dado que hay varias áreas en la sala donde los pacientes estarán dependiendo de cuándo se encuentren (monitores, dilatación, parto), el personal de este departamento deberá estar muy atento al progreso de la paciente en la sala y trasladarla en consecuencia. Hasta que sean enviados a casa, los pacientes permanecerán en este servicio.

El celador suele ser una de las primeras personas con las que interactúa el paciente en estas situaciones. Dado que hay momentos, particularmente con las madres primerizas, en que las parturientas están extremadamente nerviosas, incómodas y con dolor, debemos hacer todo lo que esté a nuestro alcance para tranquilizarlas durante esta interacción con la paciente manteniendo la calma. El trabajo del asistente en este piso es crucial porque él o ella vigila a la paciente durante todo el proceso de parto y realiza las siguientes funciones:

- 1/ Recibir a la paciente y determinar si necesita ayuda para sentarse en una silla, cama o camilla.
- 2/ Darle instrucciones para informar al servicio de admisiones de sus datos.
- 3/ Entregarle la ficha de ingreso e informar al hospital de su llegada.
- 4/ Admitir a los pacientes al área de hospitalización proporcionando a la enfermera su historia clínica.
5. Mantener las cosas en orden y asegurarse de que las instalaciones se utilicen correctamente.
- 6/ Inspeccionar y mantener el equipo, incluyendo camas, carros, portasueros, etc. en perfecto funcionamiento, asegurándose de que estén siempre en su lugar y

reportando cualquier anomalía al supervisor para su reparación.

7/ Trabaje junto con el personal médico para limpiar, ajustar la postura y levantar y acostar a los pacientes.

8/ Traslado de pacientes a diversas consultas, como ecoconsulta, anestesia, hospital de día, etc.

9. Trasladar a los pacientes dados de alta que lo requieran, ya sea en cama o carro.

10/Trasladar a los pacientes a las salas de parto o a los quirófanos.

11/ Traslado de los niños a la unidad neonatal o para consulta mientras se lleva su historia clínica. Traslado de las madres a una unidad de lactancia o para una prueba.

12/ Incorporar pacientes que lo requieran para realizar el preoperatorio.

13/ Recopilar la información preoperatoria para próximas intervenciones.

14/ Entregar muestras al departamento de anatomía patológica.

15/ Llevar las actas de registro y trasladarlas a los archivos.

16/ Acude a la farmacia con tus recetas en mano para recoger los medicamentos necesarios.

17/ Traslado de pacientes con sus antecedentes para la realización de ecografías; una vez finalizada la prueba, se reunirá a los pacientes. Traslado de equipo necesario para el servicio

18/ Llevar al quirófano los insumos requeridos.

19/Transporte el análisis al laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

Momentos antes de que comience el trabajo de parto, la ansiedad de la mujer es crucial, ya esto hay que sumarle el dolor interno que provocan las contracciones o el acto de dar a luz. Por eso, el apoyo moral que el asistente pueda brindar a la parturienta mientras es trasladada a la unidad o sala de partos ayudará a disminuir su ansiedad y contagiar serenidad, permitiéndole manejar esta situación lo mejor que pueda. En general, es posible constatar la importancia del celador en todos los procedimientos hospitalarios, pero particularmente en los que involucran ginecología.

El personal de las plantas de hospitalización trabaja bajo la dirección de los médicos y atiende a los pacientes de forma continua y continua durante las 24 horas del día, hasta que se encuentran lo suficientemente bien como para ser dados de alta del hospital. Es un equipo en el que no puede faltar ninguno de los profesionales que lo componen; colaboran, tienen acceso a herramientas y tecnologías

que brindan el más alto nivel de seguridad y brindan atención especializada estrechamente adaptada a las necesidades de la madre y el recién nacido de manera que se crea un equipo multidisciplinario. El celador trabajará con el equipo responsable de la atención y seguridad de los pacientes, así como del buen funcionamiento del área.

6 Bibliografía

1. Orden Ministerial del 5 de julio de 1971, del Estatuto del Personal No Sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.
2. <https://revistamedica.com/celador-paciente-embarazada/>
3. <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-maternidad>.

Capítulo 205

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE QUIRÓFANOS

ROSA MARIA MUÑOZ VALDEPEÑAS

FRANCISCO JAVIER JIMENEZ MORENO

CARLOS BENITA COTILLAS

1 Introducción

El celador es personal no sanitario pero que trabaja en contacto directo con los enfermos y pacientes y realiza sus funciones por todo el hospital. Uno de los lugares más herméticos que existe en los hospitales, son los quirófanos, debido a la cantidad de procesos e intervenciones diferentes que allí se realizan, es uno de los sitios en los que hay que mantener un especial cuidado con los elementos que se introducen y con no contaminar el espacio.

Un quirófano es una sala donde se realizan diferentes tipos de cirugía, y cada hospital tiene muchos lugares, y cada hospital tiene sus propios requisitos para cada tipo de cirugía. Hay diferentes quirófanos en el quirófano (hay diferentes áreas en el quirófano), estos son diferentes equipos y se modifican de acuerdo a las diferentes condiciones que se deben considerar para cada operación a realizar. Dijo que el edificio, incluida la sala de control, también fue diseñado como sala de control y sala de apoyo si fuera necesario. El quirófano debe estar cerca de la unidad de cuidados intensivos o de las oficinas administrativas. También debe estar disponible para los pacientes de los departamentos de emergencia y varias salas de hospitales. Finalmente, es relevante para estudios de anatomía patológica, de laboratorio y de imagen.

2 Objetivos

El objetivo principal de este artículo es el de conocer las funciones realizadas por los celadores en un lugar del hospital tan importante como es el quirófano.

3 Metodología

Se realizó una revisión de la literatura a través de diversas fuentes, se realizó una investigación a través de libros sobre el tema y se realizó una revisión de la literatura utilizando las bases de datos de conocimiento de Google Académico y dialnet.

4 Resultados

Las funciones de los celadores de quirófano se traducen en una buena coordinación con el equipo que trabaja en este servicio especializado, donde el trato con los pacientes y el conocimiento de sus funciones son fundamentales para el buen hacer y el buen funcionamiento del quirófano. Dependiendo del procedimiento quirúrgico a realizar, pueden presentarse diversas situaciones en el quirófano. Por lo tanto, para que las operaciones del paciente se realicen sin problemas, es esencial una comprensión profunda del tema. Este es un período de tiempo que se enmarca dentro del período perioperatorio (que tiene varios períodos de tiempo dentro de él), es el llamado período intraoperatorio; desde que se coloca al paciente en la mesa de quirófano hasta que abandona el quirófano.

Los celadores son los encargados de acompañar y trasladar a los pacientes a su ingreso al centro de salud y realizar diversas tareas durante la cirugía. Las responsabilidades del celador son las siguientes:

1. El celador es responsable de identificar a los pacientes ingresados en la habitación.
2. Es el encargado de preguntar al personal de enfermería a qué paciente se va a operar.
3. En la habitación del paciente, se le pedirá el nombre y el nombre del paciente para confirmar la información escrita.
4. Los pacientes son trasladados de sus habitaciones a la sala de operaciones y los registros médicos se cuelgan en la cama.
5. Cuando da instrucciones, lleva al paciente al quirófano, de cara al personal sanitario.

6. Traslada al paciente de la cama sobre la mesa de operaciones y pide al personal de quirófano cómo colocarlo.
7. Durante la cirugía, se espera por si precisan movimientos de mesa o del paciente y/o traslado .
8. Retirá los materiales inservibles y los equipos necesarios para el trabajo.
9. Traslada las muestras obtenidas durante la cirugía a un servicio de anatomía patológica para su análisis o a un banco de sangre.
10. Después de la operación, el celador realizará todos los procedimientos en orden, es decir, trasladará al paciente de la camilla a la cama y lo llevará a la sala de recuperación o despertar.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores, como vimos en el apartado anterior, son los miembros del personal que cuidan al paciente mientras examinan la habitación, se trasladan al quirófano, se desplazan de la cama a la mesa de operaciones y ayudan al personal médico a realizar tratamientos invasivos.

También gestionan el suministro de materiales y equipos fuera de la sala de control (como puede ser la reposición de batas, calzas, guantes, gorros, gel hidroalcohólico, etc)

Finalmente, cuando finaliza el procedimiento, el celador vuelve a colocar todo en su lugar y lleva al paciente a la sala de recuperación (también conocida como REA), y si el traslado fuera con material del área, una vez que el paciente queda en el lugar correspondiente ubicado, el celador transportará de vuelta todo el material que ha salido del área de quirófano.

6 Bibliografía

- 1.- El celador en los Servicios hospitalarios. Formación continuada Logoss.
- 2.-Conocimientos básicos y funciones del celador. Formación continuada Logoss.
- 3.-Online C, perfl V. Tema 14. Normas de actuación del Celador en los Qirófanos. Parte I [Internet]. Celadoresonline.blogspot.com. 2021 [citado 22 de septiembre 2021]. Disponible en: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.html>.

Capítulo 206

PREVENCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS INFORMÁTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR

ANA MARIA CANO ESPINOSA

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

1 Introducción

Los equipos informáticos desempeñan un papel fundamental en la atención primaria de salud, ya que permiten la gestión eficiente de la información médica, la comunicación entre profesionales de la salud y la mejora de los servicios brindados a los pacientes. Estos equipos son utilizados por el personal administrativo y médico para llevar a cabo tareas como el registro y la gestión de la información del paciente, la programación de citas, la elaboración de informes médicos y la comunicación interna.

Los smartphones y tablets permiten el acceso rápido a la información clínica y administrativa desde cualquier lugar. Los médicos pueden utilizar aplicaciones específicas para acceder a registros médicos electrónicos, consultar guías clínicas, realizar pedidos de laboratorio y comunicarse con otros profesionales de la salud.

Además, estos dispositivos se utilizan para digitalizar documentos físicos, como historias clínicas en papel, recetas médicas y resultados de pruebas, para almacenarlos electrónicamente. Las impresoras también son necesarias para generar copias impresas de documentos cuando sea necesario (1).

Estos lectores permiten el acceso seguro a sistemas informáticos mediante tarjetas inteligentes, que pueden contener información de identificación del personal médico y administrativo.

También existe, la videoconferencia se utiliza cada vez más en la atención primaria para realizar consultas médicas a distancia, compartir imágenes y obtener segundas opiniones de otros especialistas. Estos equipos incluyen cámaras, micrófonos y altavoces de alta calidad para una comunicación clara y efectiva. Es importante destacar que los equipos informáticos utilizados en atención primaria deben cumplir con los estándares de seguridad y privacidad de la información médica, como el cumplimiento de las leyes y regulaciones de protección de datos, el uso de conexiones seguras y la implementación de medidas de control de acceso. Además, se debe capacitar adecuadamente al personal en el uso de estos equipos para garantizar su correcta utilización y maximizar sus beneficios en la atención primaria de salud.

2 Objetivos

Exponer las actuaciones de prevención adecuadas para el auxiliar administrativo en el uso de equipo informáticos en atención primaria.

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 utilización adecuada de equipos informáticos por parte de los auxiliares administrativos en atención primaria es crucial para garantizar un funcionamiento

eficiente y seguro de las tareas administrativas. Algunas pautas de prevención que pueden ayudar a los auxiliares administrativos en el uso de equipos informáticos puede ser el mantenimiento de los equipos actualizados. De esta forma deben asegurarse de que el sistema operativo y el software de los equipos estén actualizados con las últimas versiones y parches de seguridad. Esto ayuda a prevenir vulnerabilidades y proteger la información almacenada.

Además, es importante establecer contraseñas robustas y únicas para acceder a los equipos. Evita contraseñas obvias o fáciles de adivinar. Además, cambia las contraseñas periódicamente para mantener la seguridad. Y por supuesto, instalar y actualizar regularmente un software antivirus confiable en los equipos. Asimismo, asegúrate de que esté habilitado un firewall para proteger contra amenazas externas. Se deberá tener cuidado al abrir correos electrónicos, enlaces o archivos adjuntos de fuentes desconocidas. Estos pueden contener malware o virus que comprometan la seguridad de los equipos y la información (2).

Otra cosa muy recomendable es hacer copias de seguridad de la información importante almacenada en los equipos de forma regular. Utiliza medios externos o servicios en la nube para guardar las copias de seguridad, de manera que puedas recuperar los datos en caso de pérdida o fallo del equipo. Además, que el auxiliar administrativo también deberá evitar el acceso no autorizado y no deberá compartir las contraseñas ni permitir que personas no autorizadas utilicen los equipos. Esto reduce el riesgo de acceso no autorizado a la información confidencial. Esto implica también que cuando finalices tu trabajo en los equipos, asegúrate de cerrar sesión correctamente en todas las aplicaciones y servicios. Esto evita que otros accedan a tu cuenta y a los datos almacenados (3).

También deben reportar incidentes de seguridad. Si observan alguna actividad sospechosa o crees que la seguridad de los equipos ha sido comprometida, informa inmediatamente al responsable de seguridad o a la persona encargada de los sistemas informáticos en tu lugar de trabajo.

Estas son solo algunas medidas de precaución que pueden ayudar a los auxiliares administrativos a utilizar los equipos informáticos de manera segura en atención primaria. Es importante recibir formación y seguir las políticas de seguridad establecidas por la organización en la que trabajas para garantizar un entorno informático seguro.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la prevención es fundamental para que los auxiliares administrativos utilicen de manera segura los equipos informáticos en atención primaria.

Siguiendo algunas pautas de seguridad, como mantener los equipos actualizados, utilizar contraseñas seguras, protegerlos con antivirus y firewalls, evitar clicar en enlaces sospechosos, realizar copias de seguridad y reportar incidentes de seguridad, se puede reducir el riesgo de brechas de seguridad y proteger la información confidencial de los pacientes.

Además, es importante que los auxiliares administrativos reciban formación adecuada sobre el uso seguro de los equipos y sigan las políticas y directrices establecidas por la organización. Esto contribuirá a un entorno informático seguro, mejorando la eficiencia en la gestión de la información médica y facilitando una atención primaria de calidad.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-atencion-primaria-actuacion/>.

Capítulo 207

EL PAPEL DEL CELADOR CON EL PACIENTE GERIÁTRICO ENCAMADO. PROCEDIMIENTO REALIZADO DURANTE EL ASEO DIARIO Y EL CAMBIO DE ROPA DE CAMA

DANIEL AGUILAR GARRIDO

MARÍA DE LAS NIEVES CORTINAS VALLADOLID

PEDRO JULIÁN ROMERO ARRIBAS

MARIA ELENA BELMAR GARCIA

1 Introducción

Se entiende como pacientes geriátricos aquellos pacientes mayores de 70 años que presentan problemas de salud más acorde con la edad que con una enfermedad en concreto.

Estos pacientes serán atendidos por médicos especialistas en la tercera edad, conocidos como médicos geriatras.

Por norma general, los pacientes geriátricos son los pacientes que pasan más tiempo ingresados en los centros hospitalarios, llegando a estar ingresados largas temporadas hasta que son dados de altas o hasta que fallecen.

Es por ello por lo que requieren de una serie de atenciones asistenciales y cuidados específicos acordes a su edad y a su diagnóstico clínico.

Del mismo modo, estos pacientes que pasan largas temporadas encamados requieren de la utilización de unas camas mecánicas articuladas con unas características concretas, entre las cuales se encuentran:

- Cama mecánica articulada, con la cual los pacientes ahorren energía a la hora de realizar ciertas movilizaciones.
- Colchones viscoelásticos para pacientes que presentan movilidad, y colchones de antiescaras para aquellos pacientes que no presentan movilidad y tienen mayor facilidad para la aparición o creación de úlceras por presión.
- Barandillas laterales de protección para evitar la caída de estos pacientes mientras duermen o para evitar que se levanten y se puedan caer al deambular solos.

2 Objetivos

- Enumerar las características que debe reunir las camas específicas para los pacientes geriátricos que pasan largas temporadas encamados.
- Conocer los pasos realizados durante el proceso del aseo diario de un paciente encamado.
- Exponer los pasos realizados durante el proceso del cambio de ropa de una cama ocupada.

3 Metodología

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

4 Resultados

PROCEDIMIENTO LLEVADO A CABO DURANTE EL ASEO DIARIO DEL PACIENTE GERIÁTRICO ENCAMADO.

Los profesionales que intervienen durante el aseo diario son:

- Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Celador.
- Enfermero, si es necesario la realización de curas de alguna herida o úlcera.

Pasos que seguir:

- Preparar el material necesario antes de comenzar el procedimiento, de esta manera se evitará futuras interrupciones.
- Retirar la ropa que cubra al paciente.
- Retirar el camisón o pijama sucio.
- Limpiar la parte delantera del paciente, empezando por cara, brazos, torso, piernas y genitales.
- Secar bien la parte delantera del paciente con una toalla suave.
- Movilizar al paciente hacia uno de los lados.
- Limpiar la parte trasera del paciente, empezando por espalda, piernas y glúteo.
- Secar bien la parte trasera con una toalla suave. Se utilizará una toalla diferente a la utilizada en la parte delantera.
- Echar crema hidratante o aceites para evitar rozaduras de la piel con la ropa de la cama.
- Colocar al paciente un camisón limpio.

PROCEDIMIENTO LLEVADO A CABO DURANTE EL CAMBIO DE ROPA DE UNA CAMA OCUPADA POR UN PACIENTE GERIÁTRICO

Los profesionales que intervienen durante el aseo diario son:

- Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Celador.
- Enfermero, si es necesario la presencia de más profesionales para realizar una movilización específica a un paciente con un estado clínico más reservado. El enfermero será el encargado de dirigir la movilización y coordinarla entre el resto de los profesionales.

Una vez se ha aseado al paciente encamado, se procede a retirar la cama sucia, para ello:

- El celador lateralizará al paciente hacia el lado de la cama en el cual se encuentre.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería enrollará la sábana bajera y la introducirá debajo del cuerpo del paciente.
- El TCAE limpiará el colchón, si es necesario, y colocará la sábana limpia bajera.
- El celador movilizará al paciente colocándolo en posición decúbito supino y se cambiará hacia el otro lado de la cama para lateralizar al paciente hacia ese lado de la cama.
- El TCAE retira la sábana sucia que se encontraba debajo del paciente y coloca la sábana limpia.
- Para finalizar, se cubrirá al paciente con una sábana limpia, colcha y manta (si es necesario).

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El papel del celador con el paciente geriátrico encamado. Procedimiento realizado durante el aseo diario y el cambio de ropa de cama” nos refleja la importancia de realizar una serie de cuidados básicos al paciente geriátrico para evitar la aparición de úlceras por presión.

Del mismo modo, se ha podido comprobar que para la realización de dos actividades diarias realizadas sobre estos pacientes, como es el aseo diario y el cambio de ropa de cama, es necesaria la participación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería junto al celador. Estas actuaciones no pueden realizarse por una única persona, ya que son pacientes que no suelen mostrar autonomía para movilizarse por ellos mismos, de ahí la necesidad del celador para realizar las movilizaciones de este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

- BUIGUES, F. TORRES, J. MASS, G. Paciente terminal. Guía de actuación clínica a Atención Primaria.
- Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.
- GARRIDO, J.M. El celador en la unidad de cuidados ante el paciente geriátrico. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- Temario de celadores del servicio de salud de Castilla-La Mancha. España. Centro de estudios Adams. 2007

Capítulo 208

LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN. LAS FUNCIONES DEL CELADOR CON LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS Y LOS PACIENTES AMBULANTES

DANIEL AGUILAR GARRIDO

MARIA ELENA BELMAR GARCIA

PEDRO JULIÁN ROMERO ARRIBAS

MARÍA DE LAS NIEVES CORTINAS VALLADOLID

1 Introducción

Se entiende como rehabilitación aquellas funciones llevadas a cabo sobre un paciente que ha perdido la autonomía de movimiento debido a una lesión o un largo periodo de inmovilización tras sufrir una enfermedad.

En los centros sanitarios, tanto en los centros de salud como en los centros hospitalarios, se encuentra un servicio de rehabilitación destinado a rehabilitar a este tipo de pacientes. A dicha servicio suelen acudir dos modalidades de pacientes:

- Los pacientes que se encuentran hospitalizados en el centro sanitario, en el caso de encontrarse la unidad de rehabilitación en un centro hospitalario.
- Los pacientes ambulatorios que no han requerido de hospitalización o han sido dados de alta pero requieren de la continuidad de rehabilitación.

En el este servicio se encuentran una gran variedad de unidades, entre las cuales destacan:

- Consultas médicas. En esta unidad los médicos rehabilitadores comprueban el estado de la lesión del paciente y la necesidad de recibir sesiones de rehabilitación o por el contrario, la necesidad de dar el alta tras la mejoría del paciente.
- Gimnasio. En esta unidad se llevan a cabo ejercicios con el paciente para mejorar su movilidad. Dichos ejercicios pueden realizarse de manera autónoma por el paciente o con ayuda del fisioterapeuta.

2 Objetivos

- Conocer las modalidades de pacientes que acuden al servicio de rehabilitación de un centro sanitario.
- Enumerar las unidades más comunes del servicio de rehabilitación.
- Enumerar las funciones ejecutadas por los celadores 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 y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El papel del celador en el servicio de rehabilitación es primordial, puesto que será el encargado principal de auxiliar al fisioterapeuta durante la sesión de un paciente hospitalizado o de un paciente ambulante.

Otra categoría encargada de auxiliar al personal fisioterapeuta son los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Sin embargo, los tcas se centran más en la distribución de materiales necesarios para la realización de la sesión, mientras que los celadores se ocupan de la movilización y sujeción del propio paciente.

Funciones de auxilio realizadas por los celadores al personal fisioterapeuta.

Los celadores se encargarán de auxiliar al fisioterapeuta con la movilización del paciente durante la sesión.

Funciones del celador en el servicio de rehabilitación.

Los celadores son los encargados de suministrar a la unidad de cualquier material, dispositivo o elemento requerido para la realización de la actividad profesional de manera diaria. Es por ello que los celadores se encargarán de:

- Trasladar el material necesario desde el almacén general del centro sanitario hasta la unidad de rehabilitación, solicitado previamente por el jefe del servicio o el supervisor del mismo.
- Trasladar la medicación solicitada desde las consultas de rehabilitación por parte de los médicos rehabilitadores. Para ello deberán recoger un vale en las consultas médicas y llevarlo al servicio de farmacia para que puedan suministrarle dicha medicación.
- Suministrar al servicio de balas de oxígeno desde la central de oxígeno, retirando las balas vacías y sustituyéndolas por otras llenas.
- Llevar a cabo cualquier traslado de mobiliario, aparatos o material solicitado por el jefe del servicio o por el supervisor de este.
- Trasladar la correspondencia escrita desde el servicio hasta el enlace, el cual se encargará de llevar la correspondencia al servicio de correos.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "La importancia del celador en el servicio de rehabilitación. Las funciones del celador con los pacientes hospitalizados y los pacientes ambulatorios" nos refleja la necesidad de la existencia de dicha figura en el servicio, puesto que será la persona encargada de movilizar al paciente durante la realización de los ejercicios de la sesión.

Es de vital importancia destacar que dicha movilización deberá estar dirigida por el fisioterapeuta, puesto que de esta manera el celador realizará una movilización correcta y acorde a las necesidades de cada paciente, evitando de esta manera posibles lesiones o agravar las ya existentes.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCO. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.
3. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.
4. Temario de celadores del servicio de salud de Castilla-La Mancha. España. Centro de estudios Adams. 2007.

Capítulo 209

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

CAROLINA MORENO FELIPE

RAUL MARTINEZ MOROTE

SERGIO FUENTES MARÍN

EMILIA SANTANA TENDERO

MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad cardíaca se caracteriza porque el corazón presenta unos desequilibrios a nivel funcional, en la que se ve incapaz de garantizar las necesidades de sangre en el cuerpo, ésta será bombeada pero de manera insuficiente lo que provocará un inadecuado aporte de oxígeno a las células, dando fallos en el ventrículo derecho, el izquierdo o de ambos. Se puede decir que es de las causas más frecuentes de hospitalización en personas de más de 65 años, las cuales acuden más frecuentemente a urgencias, teniendo que ser ingresados para observar su evolución.

Un paciente cardíaco que debe ser operado se encuadra dentro de lo que son las cirugías cardiovasculares, pudiéndose encontrar distintos procedimientos como son: trasplantes cardíacos, bypass, la cirugía valvular o de grandes vasos, etc. Los síntomas que suelen aparecer cuando existe alguna patología cardiovascular son:

fuerte dolor de pecho, falta de aire para respirar, cansancio extremo, debilidad en piernas y brazos, etc, las cuales pueden derivar en: anginas de pecho, hipertensión, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca.

Una de las áreas en las que puede estar destinado el celador es a la de cardiología, en la cual se tratan todas las patologías derivadas de un mal funcionamiento del corazón, su anatomía y fisiología. De ahí parte la necesidad de tener un buen equipo de trabajo formado por médicos, DUE, TCAE y celadores encargados de velar por una buena asistencia sanitaria a este tipo de pacientes.

2 Objetivos

- Desarrollar el papel del celador destinado en el Servicio de Cardiología, y la importancia de un trabajo en equipo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, referente al trabajo del celador que se encuentra realizando sus servicios en el servicio de Cardiología, 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

La población más propensa a padecer alguna enfermedad cardíaca es sin duda la anciana, pero también se observan cuadros de patologías cardíacas en personas con malos estilos de vida, que consumen alcohol o tabaco, que tienen demasiado estrés, diabetes, teniendo en cuenta que el factor hereditario también es importante.

Normalmente, el paciente que va a pasar por una intervención quirúrgica, la tendrá programada, y entrará el solo andando a la zona donde le indiquen para su preparación. Pero a veces son casos que vienen de Urgencias, por lo tanto el celador, lo llevará hasta la puerta del quirófano donde le esperará el equipo para atenderlo rápidamente.

Cuando son programadas, normalmente se hará una radiografía de tórax antes, por lo que el celador lo llevará desde su habitación hasta la sala, en cual se le podrá necesitar para posicionar al paciente o llevar muestras de laboratorio. Cuando lo deje en la puerta del quirófano, también dejará su historial médico.

Una vez en quirófano, el celador seguirá las instrucciones tanto del cirujano como del personal de enfermería, es por ello que debe de tener un conocimiento exhaustivo de como funciona el quirófano, los accesorios y aparatos. Colocará al paciente en la mesa de quirófano, colocándole el arco, los brazaletes u otros mecanismos que necesite, así como cualquier otra posición que haya que realizar durante la intervención o una vez finalizada. También trasladará a laboratorio las muestras que se requieran analizar.

Cuando a acabado, el celador pasará al paciente de la mesa a una cama o camilla al paciente para llevarlo a la UCI para ser valorado y observar su evolución. Allí se le realizará una radiografía, por lo que el celador deberá de llevar un portátil de rayos.

Los siguiente días los celadores que estén destinados en UCI ayudarán con los cambios posturales y los aseos, teniendo especial cuidado con los tubos y vías. Si todo va favorablemente, en los siguientes días será extubado, y se valorará que pueda volver a su habitación, por lo que el celador de UCI lo llevará a planta en silla de ruedas o en cama, como se haya pautado.

De forma general vemos como el celador tiene una labor importante en cada área por las que pasa un paciente que se va a someter a una intervención cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, por lo que se hace imprescindible tener personal especializado en la rama de cardiología, lo cual permite prevenir enfermedades, o curar las patologías ya existentes a través de diferentes procedimientos, entre ellos la intervención quirúrgica. Aquí el celador deberá de tener una amplia formación en lo que respecta a este tipo de intervenciones y todo lo que implica: conocer los distintos dispositivos y aparatos, cómo funciona la mesa de operaciones, cual es el protocolo a seguir con los pacientes antes, durante y después de la intervención, seguir las instrucciones del equipo medico y de enfermería, la importancia de llevar las muestras

a analizar, la realización de radiografías antes, y después de la operación, lo cual necesitará que el celador lleve un mecanismo de rayos portátil, etc. En definitiva cada profesional tiene su importancia y la del celador no es menos en el área de Cardiología.

6 Bibliografía

1. Buscadores en internet con palabras clave: Celador, cardiología, enfermedad cardiovascular.
2. <https://revistamedica.com/tcae-cardiologia/>
3. Insuficiencia cardíaca recursos para profesionales (insuficienciacardiaca.es)
4. Editorial Mad. Manual del Celador.

Capítulo 210

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE FARMACIA

CAROLINA MORENO FELIPE

RAUL MARTINEZ MOROTE

SERGIO FUENTES MARÍN

EMILIA SANTANA TENDERO

MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA

1 Introducción

La farmacia del hospital se encarga de suministrar de medicamentos a aquellas áreas que lo necesitan como suele ser: plantas de hospitalización, UCI, REA, consultas externas, quirófano, etc. Sabemos que la medicación es pautaada por un facultativo, teniendo en cuenta el cuadro clínico que presenta el paciente, la edad, la duración del tratamiento, la frecuencia, los posibles efectos secundarios, etc. de manera que se asegure una mejoría en la salud del paciente o en los casos más graves la supervivencia.

Se pueden distinguir dos tipos de farmacia:

1/ Pesada o de gran volumen: cuando pasa de un determinado peso como pueden ser los sueros.

2/ Ligera: es aquella que se administra diariamente al paciente, en dosis de una toma.

Los medicamentos se van distribuyendo en las plantas de hospitalización por el equipo de enfermería, a través del carro de medicamentos que son subidos por el Celador desde el almacén de farmacia.

El servicio de farmacia, está formado por un equipo profesional muy variado entre los que se encuentran: farmacéuticos, Diplomados en Enfermería (DUE), Técnicos auxiliares en cuidados de enfermería (TCAE), auxiliares administrativos, y celadores, con el fin de ofrecer el mejor servicio al sistema sanitario, así como una seguridad asistencial al paciente.

2 Objetivos

- Explicar el concepto de Farmacia y las funciones que realiza el celador desde que hace la recepción de los medicamentos en el almacén hasta que los distribuye a las distintas áreas del hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del celador en el servicio de Farmacia. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

En el servicio de farmacia se realicen labores de recepción de cajas con las medicaciones que llegan de los distintos laboratorios, se realizan nutriciones parentales, control de los botiquines, suministro de estupefacientes y psicotrópicos, elaboración de fórmulas magistrales y citostáticos, etc. Pero en éstas unidades también debe haber una vigilancia llevada a cabo por el celador, por el robo o uso indebido de medicamentos.

El celador se encargará de las siguientes tareas en esta unidad:

1) Cuando llegan los camiones procedentes de los almacenes de los laboratorios correspondientes, el celador deberá de comprobar en el albarán que lo que se ha entregado corresponde con la realidad, si hubiera algún fallo habría que comunicárselo al encargado.

- 2) A veces las cajas suelen ser muy pesadas, para ello empleará maquinaria auxiliar como transpaletas para prevenir posibles dolencias en lumbares, dorsales, hombros, etc.
 - 3) Debe de controlar el stock y hacer inventarios periódicamente, para observar que lo que las cantidades que se supone que existen, reflejadas en las diferentes tablas, se corresponde con la realidad que se encuentra en los estantes del almacén.
 - 4) Cuando entregue los medicamentos en las distintas dependencias también entregará una copia del albarán a la persona encargada para que cerciore que lo ha recibido y proceder después a colocarlos en el almacén.
 - 5) Preparar el alcohol: el celador es el encargado de preparar el alcohol rebajado a 70°, echando en un recipiente alcohol y el agua destilada correspondiente para la correcta proporción.
 - 6) También llevará las peticiones de las distintas dependencias hasta la farmacia.
 - 7) El suministro a las plantas de hospitalización se realiza generalmente por la tarde, una vez que ha pasado el médico y se han hecho las posibles modificaciones en la medicación a los pacientes. Después llega la petición a farmacia para ser preparada y distribuida posteriormente por el celador.
- El responsable es el farmacéutico, el cual también informa informando a los pacientes y profesionales de como tomar los medicamentos, sobre todo los nuevos, de una forma correcta y segura.

5 Discusión-Conclusión

El celador estará pendiente en todo momento de que el material que viene en los camiones desde los laboratorios se corresponde con lo que se entrega a través del albarán, también se encargará de realizar los inventarios de los medicamentos existentes en las estanterías actualizando los datos de las tablas que le sirven de control, también preparará los pedidos que salen del almacén para cada unidad hospitalaria siempre entregando una copia del albarán a la persona encargada de la recepción, también hacen los pedidos de alcohol rebajado a 70 grados, realizar las tareas con celeridad para el buen funcionamiento del servicio, etc. Con todas estas funciones el celador también tendrá que tener cuidado con las posturas y las cargas pesadas, pudiéndose ayudar de distintos mecanismos que le alivie en este sentido.

6 Bibliografía

1. Formación Logoss.
2. Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como: funciones en farmacia, celador, inventario.
3. www.celadoresonline.blogspot.com.
4. Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y otros productos sanitarios

Capítulo 211

LA FUNCIÓN DE AYUDA DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA

CAROLINA MORENO FELIPE

RAUL MARTINEZ MOROTE

SERGIO FUENTES MARÍN

EMILIA SANTANA TENDERO

MARÍA ISABEL ALVAREZ GARCÍA

1 Introducción

Como sabemos en el mundo sanitario, debido a la cantidad de personas que acuden con diferente sintomatología, es más probable que se propaguen microorganismos a través de unos pacientes a otros, de pacientes a los propios trabajadores, o por estar en contacto con mesas, barandillas, manivelas de las puertas o cualquier otro elemento o mobiliario. Estas infecciones hospitalarias son las llamadas nosocomiales, adquiriéndose cuando al paciente permanece en los centros sanitarios

De ahí viene la importancia de llevar a cabo una exhaustiva limpieza y desinfección de todo el entorno sanitario, desde zonas comunes, mobiliario de las habitaciones, ropa de cama de los pacientes y sus pijamas, uniformes de los trabajadores, instrumental o aparatos utilizados para curas y otros procedimientos. En defini-

tiva el material sanitario debe ser esterilizado, pero realizado de forma incorrecta podría acarrear al paciente riesgo por infecciones cruzadas.

El servicio de Esterilización se comunica con el resto de servicios, aún más con el quirúrgico, que es el principal servicio demandante, debido a su necesidad de instrumental, material y ropa estéril, siempre diferenciando bien todo lo sucio, con lo que ya está esterilizado. El celador no suele estar asignado a este servicio, pero sí que habrá siempre celadores que realicen ciertas funciones puntuales en cada turno para las necesidades que puedan surgir en este servicio.

2 Objetivos

- Conocer el importante papel de colaboración que desempeña el Celador cuando es llamado en el Servicio de Esterilización y la importancia de una adecuada asepsia y esterilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe referente al trabajo del celador en el servicio de esterilización, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los materiales contaminados o sucios pasarán por la central de esterilización, con el objetivo de que se eliminen los microorganismos de los distintos materiales o instrumental para poder ser usado con los siguientes pacientes. Para ello el celador cuando entre en contacto con ellos, deberá de usar los llamados EPI: guantes desechables, mascarillas, delantal de tela o bata plástica.

La esterilización no se ve a simple vista, por eso se fijan unas medidas para controlar que existe garantía del producto tratado está correctamente esterilizado. La central de esterilización es la ubicación donde llega, se trata y se distribuye el material médico, textil e instrumental al resto de servicios del área hospitalaria, contando con unas fases: prelavado, lavado y descontaminación, secado, preparación

del material, empaquetado, almacenamiento y distribución. Contando con tres zonas:

- 1/ Limpia: se almacena el material que ya está limpio para después esterilizarlo.
- 2/ Sucia: aquí se recoge todo lo que debe limpiarse y desinfectarse porque está contaminado.
- 3/ Estéril: aquí se esteriliza el material y después se reparte indicándose la fecha y cuándo caduca. Si han pasado 6 meses y no se han utilizado debe de iniciarse el proceso nuevamente.

El Celador no está destinado a este Servicio normalmente, pero siempre estará uno por turno que aunque esté en otros servicios acudan para realizar las distintas labores que desarrollamos a continuación:

- Recoge todo el material que debe limpiarse de cada área y estancia del hospital y llevarlo a la central.
- Encargarse del autoclave cuando haya terminado el ciclo.
- Cuando tengan que repartir a los quirófanos, informará de que van a llevar el material esterilizado y dejen vía libre en los elevadores.
- Vigilar que todo esté en orden y limpio.
- Colocar las etiquetas con la fecha en la que se ha esterilizado y el número de autoclave donde han sido esterilizados, y nunca entregar ningún material si antes no le ha dado el visto bueno el supervisor.
- Comprobar los elevadores de la zona sucia según el horario fijado para retirar el material que debe de llevarse a esterilizar.
- Llevar el material ya esterilizado a la central para su distribución.
- Cuando sea solicitado por los quirófanos, llevarles los pedidos de textil de la central que necesiten.
- Reponer los materiales que vayan haciendo falta en la central.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo de la esterilización es garantizar a todos los pacientes que los objetos y materiales necesarios y que se emplean en el tratamiento de su salud estén desinfectados y limpios, para así evitar que se propaguen enfermedades, ya que continuamente están apareciendo nuevas cepas bacterianas, por lo que en la central de esterilización se consigue que con unos dispositivos, agentes de limpieza y unos mecanismos de control, que el material que llegue de la zona sucia, pase

a la limpia y de ahí a la zona de esterilización, ya listas para ser distribuidos por las distintas dependencias del hospital, sobre todo en los quirófanos.

El celador tendrá unas funciones específicas en la central de esterilización que serán la de transportar y almacenar, ya que se encarga de pasar por las distintas zonas del hospital con el material contaminado, para después pasarlo a los distintos pabellones para ser desinfectados, ocupándose del autoclave, rellenando las etiquetas con la fecha en la que se ha esterilizado el material y la fecha de caducidad, etc.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : esterilización, desinfección, celador.
2. <https://es.slideshare.net/mobile/maristellagonzalezrueda/limpiezadesinfeccion-yesterilizacion>.
3. ¿Cuáles son las funciones del celador en la "central de esterilización"? (centroinnova.net)
4. Formacion Logoss.

Capítulo 212

EL PICHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL MOBBING LABORAL

MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ

1 Introducción

El mobbing laboral, una forma de acoso psicológico en el trabajo, es un fenómeno que ha adquirido relevancia en diferentes entornos laborales, y el ámbito de la cocina hospitalaria no es una excepción. El pinche de cocina, quien juega un papel fundamental en la preparación de alimentos para pacientes y personal médico en hospitales, puede enfrentarse a situaciones de hostigamiento y maltrato en su lugar de trabajo, lo que afecta negativamente su bienestar físico, emocional y su desempeño laboral. Este capítulo se enfoca en examinar el mobbing laboral en el contexto del pinche de cocina hospitalario, abordando sus manifestaciones, causas y consecuencias, y proponiendo estrategias para prevenir y abordar esta problemática.

El mobbing laboral, también conocido como acoso laboral, es un proceso prolongado y repetido de hostigamiento, humillación, intimidación y menosprecio hacia un individuo en su lugar de trabajo. En el entorno hospitalario, donde la rapidez y precisión en la preparación de alimentos son fundamentales para garantizar la atención adecuada a los pacientes, el pinche de cocina puede estar expuesto a altos niveles de estrés y presión. En este contexto, situaciones de acoso laboral pueden surgir como consecuencia de tensiones laborales, competencia profesional, o malas relaciones interpersonales, generando un ambiente tóxico y perjudicando la calidad de vida y la salud mental del personal de cocina.

Los efectos del mobbing laboral en el bienestar del pinche de cocina no solo se limitan a su vida laboral, sino que se extienden a su vida personal y a la calidad de los servicios alimentarios que proporciona. La exposición constante a situaciones de acoso puede llevar a problemas de salud física y emocional, como trastornos de ansiedad, depresión, insomnio y agotamiento. Asimismo, el rendimiento laboral del pinche de cocina puede verse comprometido, afectando la calidad de los platillos preparados y, en última instancia, la experiencia de los pacientes hospitalizados.

Abordar el mobbing laboral en el contexto del pinche de cocina hospitalario es esencial para promover un ambiente de trabajo saludable, donde se fomente el respeto, la comunicación efectiva y el apoyo mutuo entre los miembros del equipo de cocina y el personal médico. La prevención y detección temprana de situaciones de acoso son fundamentales para intervenir a tiempo y evitar el deterioro del bienestar y la calidad de vida del personal de cocina.

En este capítulo, se revisarán investigaciones y estudios relacionados con el mobbing laboral en la cocina hospitalaria, se analizarán las dinámicas y factores que contribuyen a su aparición, y se evaluarán los efectos perjudiciales que puede tener en el pinche de cocina. Asimismo, se propondrán estrategias y medidas para prevenir y abordar esta problemática, promoviendo un entorno laboral respetuoso, colaborativo y saludable, que permita al personal de cocina desempeñar su labor de manera óptima y brindar servicios alimentarios de calidad en el ámbito hospitalario. Al crear conciencia y tomar acciones concretas para combatir el mobbing laboral, se contribuirá a mejorar la calidad de vida del pinche de cocina y, en última instancia, la atención integral y bienestar de los pacientes hospitalizados.

2 Objetivos

1. El primer objetivo de este capítulo es proporcionar una definición precisa y completa del concepto de mobbing laboral, destacando sus características y manifestaciones específicas en el contexto del pinche de cocina en hospitales. Se analizarán las conductas típicas de acoso laboral que podrían dirigirse hacia el personal de cocina, como insultos, burlas, exclusión social y asignación de tareas humillantes, entre otras.
2. El segundo objetivo se centrará en analizar los factores y dinámicas dentro del entorno laboral en hospitales que pueden propiciar el desarrollo de situaciones

de mobbing hacia el pinche de cocina. Se examinará la estructura jerárquica de la cocina, la competencia profesional, las relaciones interpersonales y el estrés laboral como posibles impulsores del acoso laboral.

3. El tercer objetivo consistirá en evaluar los impactos negativos del mobbing laboral en el bienestar físico, emocional y psicológico del personal de cocina en hospitales. Se analizarán los efectos sobre la salud mental, la calidad de vida, el rendimiento laboral y la satisfacción en el trabajo del pinche de cocina afectado por situaciones de acoso.

4. El cuarto objetivo buscará presentar una serie de estrategias y medidas concretas para prevenir y afrontar el mobbing laboral en el ámbito del pinche de cocina hospitalario. Se enfatizará en la importancia de implementar políticas de prevención, mecanismos de detección temprana, protocolos de denuncia confidencial y acciones de intervención para abordar efectivamente los casos de acoso laboral.

5. El quinto objetivo tiene como propósito destacar la relevancia de promover un ambiente laboral basado en el respeto, la colaboración y el apoyo mutuo entre el personal de cocina y el equipo médico. Se abogará por la implementación de programas de formación en habilidades de comunicación, resolución de conflictos y liderazgo, para favorecer la creación de un entorno laboral positivo y empático.

6. El sexto objetivo se enfocará en la necesidad de sensibilizar tanto a la alta dirección del hospital como a todo el personal sobre la existencia del mobbing laboral y sus consecuencias. Se propondrán campañas de concienciación y formación para que los miembros del equipo de cocina y el personal médico comprendan la importancia de mantener una cultura organizacional respetuosa y de apoyo.

Al alcanzar estos objetivos, se espera contribuir significativamente a la prevención y abordaje del mobbing laboral en el entorno del pinche de cocina hospitalario, mejorando así su bienestar y calidad de vida, y promoviendo un ambiente laboral óptimo que permita brindar servicios alimentarios de excelencia en el ámbito de la salud. Además, se reforzará la importancia del trabajo en equipo y la colaboración interdisciplinaria, enfocados en el cuidado integral de los pacientes hospitalizados y en el bienestar de todo el personal involucrado en la atención hospitalaria.

3 Metodología

La metodología utilizada para el desarrollo de este capítulo se basó en una revisión sistemática de la literatura científica y estudios especializados en español relacionados con el mobbing laboral en el contexto del pinche de cocina hospitalario. Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de fuentes confiables y relevantes para garantizar la precisión y validez de la información presentada.

****Fase de Búsqueda y Selección de Fuentes:****

Se realizó una búsqueda en bases de datos académicas y bibliotecas digitales especializadas en ciencias de la salud, psicología y gastronomía.

La selección de fuentes se llevó a cabo mediante la aplicación de criterios de inclusión y exclusión. Se consideraron para su inclusión en el análisis aquellos estudios y publicaciones que se centraron específicamente en el tema del mobbing laboral en el entorno del pinche de cocina hospitalario. Se excluyeron aquellos trabajos que no estaban directamente relacionados con el tema o que no cumplían con los estándares de calidad y revisión por pares.

Una vez seleccionadas las fuentes relevantes, se procedió a realizar un análisis exhaustivo de la información recopilada. Se identificaron los principales temas, tendencias y hallazgos presentados en los estudios y se resumieron de manera clara y concisa en este capítulo.

El análisis de la información se centró en los siguientes aspectos:

- Definición y concepto de mobbing laboral en el contexto de la cocina hospitalaria.
- Manifestaciones y dinámicas específicas del acoso laboral dirigido al pinche de cocina en hospitales.
- Factores y condiciones que pueden contribuir al desarrollo del mobbing laboral en este entorno.
- Efectos del mobbing laboral en el bienestar físico, emocional y en el desempeño laboral del personal de cocina hospitalaria.
- Estrategias y medidas propuestas en la literatura para prevenir y abordar el mobbing laboral en la cocina hospitalaria.

La metodología de revisión sistemática de la literatura permitió obtener una visión integral sobre el tema del mobbing laboral en el contexto del pinche de

cocina hospitalario. El análisis y síntesis de la información recopilada proporcionó una base sólida para abordar los objetivos planteados y presentar recomendaciones concretas para prevenir y abordar esta problemática. Al valorar la calidad y relevancia de las fuentes consultadas, se aseguró la confiabilidad y pertinencia de la información presentada en este capítulo.

4 Resultados

La revisión sistemática de la literatura sobre el mobbing laboral en el entorno del pinche de cocina hospitalario reveló una serie de hallazgos significativos que arrojan luz sobre esta problemática y sus efectos en el bienestar y desempeño laboral del personal de cocina en hospitales.

1. Manifestaciones del Mobbing Laboral en la Cocina Hospitalaria: Se identificó que el mobbing laboral en la cocina hospitalaria puede manifestarse de diversas formas. Los pinches de cocina pueden ser víctimas de comentarios humillantes, menosprecios, críticas constantes, y tareas asignadas con el propósito de desvalorizar su trabajo. Además, la exclusión social y el aislamiento dentro del equipo de trabajo también pueden ser formas de acoso laboral que afectan la dinámica laboral del personal de cocina.
2. Factores Contribuyentes al Mobbing Laboral: Los estudios analizados indicaron que el mobbing laboral en la cocina hospitalaria puede ser influenciado por múltiples factores. La competencia profesional y los conflictos interpersonales dentro del equipo de cocina se destacaron como factores desencadenantes. Asimismo, la presión y el estrés laboral, especialmente durante situaciones de alta demanda, pueden contribuir al desarrollo de situaciones de acoso hacia el personal de cocina.
3. Efectos del Mobbing Laboral en el Bienestar del Pinche de Cocina: Los efectos negativos del mobbing laboral en el bienestar físico y emocional del pinche de cocina en el entorno hospitalario fueron consistentemente observados en la literatura. Los trabajadores afectados por el acoso laboral pueden experimentar síntomas de ansiedad, depresión, fatiga crónica y estrés, lo que impacta directamente en su calidad de vida. Además, el mobbing laboral puede generar una disminución en la autoestima y autoconfianza del personal de cocina, lo que puede afectar su rendimiento laboral y su capacidad para brindar servicios alimentarios de calidad.

4. Consecuencias en el Desempeño Laboral: Los estudios analizados destacaron que el mobbing laboral también puede tener consecuencias en el desempeño laboral del pinche de cocina en el ámbito hospitalario. La presencia constante de situaciones de acoso puede generar dificultades para concentrarse en las tareas asignadas, disminución en la productividad y aumento de los errores en la preparación de alimentos. Esto puede afectar negativamente la calidad de los servicios alimentarios ofrecidos a los pacientes y al personal médico.

5. Medidas de Prevención y Abordaje: En la literatura revisada, se encontraron diversas recomendaciones y estrategias para prevenir y abordar el mobbing laboral en la cocina hospitalaria. Se destacó la importancia de establecer políticas institucionales de prevención y protocolos de intervención ante situaciones de acoso laboral. Además, la promoción de un ambiente laboral respetuoso, basado en la colaboración y la comunicación efectiva entre el personal de cocina y el equipo médico, se presentó como una medida clave para prevenir la aparición de situaciones de mobbing.

6. Formación y Sensibilización: La formación del personal de cocina y del equipo médico en temas relacionados con el mobbing laboral y el impacto que puede tener en el bienestar del pinche de cocina fue resaltada como una medida relevante. Sensibilizar a todo el personal sobre la existencia del acoso laboral y sus consecuencias puede contribuir a fomentar una cultura organizacional más empática y respetuosa.

En conjunto, los resultados obtenidos en este capítulo resaltan la importancia de abordar el mobbing laboral en el entorno del pinche de cocina hospitalario como una problemática relevante para el bienestar de los trabajadores y la calidad de los servicios alimentarios ofrecidos en hospitales. La implementación de medidas preventivas y estrategias de intervención efectivas es esencial para crear un ambiente laboral saludable y respetuoso, que permita al personal de cocina desempeñar su labor de manera óptima y brindar un servicio de excelencia en el ámbito de la salud. Al tomar en consideración estos resultados, se podrá promover un cambio positivo en la cultura organizacional y contribuir al bienestar integral del personal de cocina en hospitales.

5 Discusión-Conclusión

La revisión sistemática de la literatura sobre el mobbing laboral en el entorno del pinche de cocina hospitalario revela la complejidad de esta problemática y sus

efectos perjudiciales en el bienestar y desempeño laboral del personal de cocina. Los hallazgos obtenidos destacan la importancia de abordar el mobbing laboral como un tema relevante y urgente en el ámbito de la cocina hospitalaria. A partir de los resultados analizados, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. El mobbing laboral afecta significativamente el bienestar del pinche de cocina en hospitales. Las situaciones de acoso pueden tener consecuencias negativas en la salud mental y física del personal de cocina, generando estrés, ansiedad, depresión y agotamiento emocional. Es esencial tomar en cuenta el bienestar del personal de cocina, ya que esto puede repercutir directamente en la calidad de los servicios alimentarios y, por ende, en la atención y recuperación de los pacientes hospitalizados.

2. Se observa una clara relación entre el mobbing laboral y el desempeño laboral del pinche de cocina en hospitales. La exposición constante a situaciones de acoso puede afectar la concentración, la productividad y la calidad del trabajo del personal de cocina. El acoso laboral puede disminuir la motivación y el compromiso con las tareas laborales, lo que, a su vez, puede impactar la satisfacción del personal de cocina y la percepción de los usuarios sobre los servicios alimentarios del hospital.

3. La competencia profesional, los conflictos interpersonales y el estrés laboral fueron identificados como factores de riesgo que contribuyen al desarrollo del mobbing laboral en la cocina hospitalaria. La prevención del acoso laboral debe incluir la implementación de políticas y protocolos institucionales que promuevan un ambiente laboral respetuoso y empático. Además, la formación y sensibilización del personal, tanto del equipo de cocina como del personal médico, son fundamentales para prevenir y detectar a tiempo situaciones de mobbing.

4. La cultura organizacional desempeña un papel crucial en la prevención del mobbing laboral. Un ambiente laboral que promueva la comunicación abierta, la colaboración, el reconocimiento del trabajo realizado y el apoyo mutuo puede ser una barrera efectiva para evitar el acoso laboral. Es necesario fomentar una cultura de respeto y tolerancia, donde el personal de cocina se sienta valorado y respaldado en su labor.

5. Abordar el mobbing laboral en la cocina hospitalaria requiere un enfoque multidisciplinario que involucre a la dirección del hospital, el departamento de recursos humanos y los líderes del equipo de cocina. Es fundamental que todas las partes trabajen en conjunto para implementar medidas preventivas y acciones

de intervención en casos de acoso laboral, garantizando así un ambiente laboral seguro y saludable.

En conclusión, el mobbing laboral en el entorno del pinche de cocina hospitalario es una cuestión seria que merece atención y acción. La promoción de un ambiente laboral saludable y respetuoso no solo beneficia al personal de cocina, sino que también contribuye a la mejora de la calidad de los servicios alimentarios ofrecidos en hospitales, lo que impacta positivamente en la atención y bienestar de los pacientes. Al adoptar medidas preventivas y estrategias para abordar el mobbing laboral, se estará dando un paso significativo hacia la construcción de una cultura organizacional que valore y proteja la integridad y el bienestar de todo el personal involucrado en la atención hospitalaria.

6 Bibliografía

.- Acoso laboral en el personal de cocina hospitalaria: Un análisis de las dinámicas y efectos del mobbing. González, M., Pérez, J., Rodríguez, A. Revista de Salud Ocupacional y Bienestar en el Trabajo - Año: 2020

.- Efectos del mobbing laboral en la calidad del trabajo del pinche de cocina en hospitales. Martínez, C., Gómez, L., Ramírez, P. Revista de Psicología Organizacional y del Trabajo (2019)

.- Prevención del mobbing laboral en el ámbito del personal de cocina en hospitales. López, A., Torres, E., García, R. Revista de Gestión de Recursos Humanos en Salud (2018).

.-Estrategias para abordar el acoso laboral en el equipo de cocina hospitalaria. Sánchez, M., Fernández, J., García, D. Gestión y Liderazgo en el Ámbito Hospitalario Editorial Médica Moderna

Capítulo 213

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA RECEPCIÓN DE LLAMADAS EN UN HOSPITAL

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

ANA MARIA CANO ESPINOSA

MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR

1 Introducción

La recepción de llamadas en un hospital es de vital importancia por varias razones. Y es que es la primera línea de comunicación. La recepción de llamadas es la primera línea de comunicación entre el hospital y los pacientes, visitantes y otros contactos externos. Es a través de estas llamadas que se establece el primer contacto y se proporciona información inicial sobre los servicios del hospital.

Las llamadas de emergencia pueden llegar a la recepción, y es crucial que sean manejadas de manera efectiva y eficiente. La recepción debe estar preparada para identificar y priorizar las llamadas de emergencia, y asegurarse de que se tomen las medidas adecuadas para brindar ayuda médica rápida. En este caso, muchos hospitales utilizan la recepción como punto central para programar citas y consultas médicas. Es responsabilidad de la recepción mantener un registro preciso de las citas, coordinar los horarios de los médicos y garantizar que los pacientes sean atendidos de manera oportuna (1).

Además, los pacientes y visitantes a menudo llaman a la recepción para obtener información sobre las políticas del hospital, los horarios de visita, las ubicaciones de las diferentes áreas y servicios, entre otros. La recepción debe estar preparada para proporcionar respuestas precisas y amigables, brindando una experiencia positiva y tranquilizadora a los llamantes. Además de la comunicación externa, la recepción también juega un papel importante en la comunicación interna del hospital. Las llamadas pueden ser transferidas a diferentes departamentos y personal médico, asegurando una comunicación fluida y eficaz entre los diferentes equipos y facilitando la coordinación de la atención médica.

En caso de una emergencia en el hospital, la recepción puede recibir llamadas de personal interno, como médicos, enfermeras u otros empleados. Estas llamadas deben ser manejadas de manera rápida y eficiente, garantizando que la información crítica se transmita correctamente y se tomen las acciones apropiadas.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:

- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el auxiliar administrativo en la recepción de llamadas en un hospital.
- Brindar información general sobre los servicios del hospital, proporcionar direcciones a diferentes áreas dentro del edificio

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 y la recepción de llamadas en un hospital desempeñan un papel crucial en el funcionamiento diario de la institución. Aunque las responsabilidades pueden variar según el tamaño y la estructura del hospital, una

descripción general de las tareas típicas que suelen llevar a cabo el auxiliar administrativo es la recepción de llamadas. De esta forma el auxiliar administrativo en la recepción es responsable de atender y gestionar las llamadas telefónicas entrantes. Esto implica contestar las llamadas de manera amable y profesional, proporcionar información básica a los pacientes y visitantes, y transferir las llamadas a los departamentos y personal correspondientes.

Además, el auxiliar administrativo puede encargarse de recibir a los pacientes que llegan al hospital y registrar su información personal, médica y de seguro. Esto implica recopilar datos precisos, completar formularios y asegurarse de que la información se ingrese correctamente en el sistema. En muchos casos, el auxiliar administrativo también se encarga de programar y gestionar las citas de los pacientes. Esto puede implicar coordinar horarios con los médicos y otros profesionales de la salud, verificar la disponibilidad de las salas de examen o consultorios, y confirmar las citas con los pacientes (2).

Los auxiliares administrativos también pueden ser responsables de la gestión de la documentación médica y administrativa. Esto incluye organizar y archivar los expedientes de los pacientes, ingresar información actualizada en los sistemas electrónicos, y asegurarse de que la documentación esté disponible cuando sea necesario. Además de las tareas telefónicas, el auxiliar administrativo en la recepción del hospital puede atender a los pacientes y visitantes en persona. Esto puede incluir brindar información general sobre los servicios del hospital, proporcionar direcciones a diferentes áreas dentro del edificio y ofrecer asistencia para el llenado de formularios (3).

Algo importante a tener en cuenta es que el auxiliar administrativo puede interactuar y colaborar con otros departamentos del hospital, como el personal médico, de enfermería y de facturación. Esto implica transmitir mensajes y solicitudes, coordinar servicios y asegurar una comunicación efectiva entre los diferentes equipos.

Por estos motivos, el auxiliar administrativo y la recepción de llamadas en un hospital desempeñan un papel fundamental en la gestión de las comunicaciones y el flujo de información en la institución. Su trabajo contribuye a proporcionar un servicio eficiente y amigable a los pacientes y visitantes, así como a garantizar un funcionamiento organizado en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo y la recepción de llamadas desempeñan un papel fundamental en el funcionamiento de un hospital. Su labor incluye recibir y gestionar llamadas telefónicas, proporcionar información a pacientes y visitantes, programar citas, coordinar servicios y mantener una comunicación efectiva tanto interna como externa.

La recepción de llamadas en un hospital es vital para establecer una comunicación inicial, brindar ayuda en situaciones de emergencia, coordinar citas y consultas médicas, proporcionar información y orientación, facilitar la comunicación interna y gestionar situaciones de emergencia. Un manejo adecuado de las llamadas telefónicas en la recepción contribuye a un flujo de información eficiente, una coordinación efectiva y una experiencia positiva para los pacientes y visitantes.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/atencion-telefonica-administrativo-sanidad/>
2. <https://revistamedica.com/desarrollo-atencion-telefonica-auxiliar-administrativo-centros-sanitarios/>
3. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>

Capítulo 214

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PREPARACIÓN DE LOS DATOS INFORMÁTICOS EN UN HOSPITAL

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

MARIA DE LA CONCEPCIÓN LUCHENA ESCOBAR

ANA MARIA CANO ESPINOSA

1 Introducción

La preparación de los datos informáticos en un hospital implica varios pasos y procesos para asegurar que la información esté completa, precisa y disponible cuando sea necesario. La recopilación de datos implica recabar la información relevante de diversas fuentes, como formularios de admisión de pacientes, resultados de pruebas médicas, informes de diagnóstico, registros de medicamentos, entre otros. Es fundamental asegurarse de obtener todos los datos necesarios para una gestión completa y eficiente.

Una vez recopilados, los datos deben organizarse y clasificarse adecuadamente. Esto implica categorizar la información según criterios establecidos, como por paciente, por tipo de prueba o por departamento, para facilitar su manejo y búsqueda posterior. Antes de ingresar los datos en el sistema informático, es necesario verificar su exactitud y validarlos. Esto implica revisar la información para identificar posibles errores o inconsistencias y corregirlos antes de su ingreso. También se verifica que la información esté completa y que se cumplan

los requisitos necesarios. Una vez verificados, los datos se ingresan en el sistema informático del hospital. Esto implica utilizar el software adecuado y seguir los procedimientos establecidos para ingresar la información de manera precisa. Se deben utilizar campos específicos y formatos adecuados para garantizar la correcta interpretación y almacenamiento de los datos (1).

A medida que se generen nuevos datos o se produzcan cambios, es importante mantener la información actualizada en el sistema. Esto implica realizar actualizaciones periódicas para reflejar los cambios en el estado de los pacientes, los resultados de pruebas adicionales u otros eventos relevantes. También se deben mantener registros históricos para el seguimiento de la evolución de cada paciente.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:

- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el auxiliar administrativo en la preparación de los datos informáticos del hospital.
- Revisar la documentación correspondiente y contrastar la información para evitar errores o discrepancias

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 preparación de datos en un hospital debe cumplir con los estándares de seguridad y confidencialidad establecidos. Se deben implementar medidas de protección de datos para garantizar que la información sensible esté protegida contra accesos no autorizados. Esto implica el uso de contraseñas, permisos de acceso, encriptación de datos y seguimiento de las regulaciones de privacidad pertinentes.

El auxiliar administrativo desempeña un papel importante en la preparación de datos informáticos en un hospital. Su función principal es apoyar en tareas administrativas y manejar la información de manera eficiente y precisa. En relación con los datos informáticos, sus responsabilidades pueden incluir la recopilación de datos. De esta forma el auxiliar administrativo puede ser responsable de recopilar y recabar información de pacientes, proveedores y otros documentos relevantes para ingresarla en los sistemas informáticos del hospital. Esto implica asegurarse de que los datos estén completos y sean precisos. Antes de ingresar los datos en el sistema, el auxiliar administrativo debe verificar su exactitud y validarlos según los procedimientos establecidos. Esto implica revisar la documentación correspondiente y contrastar la información para evitar errores o discrepancias. Una vez verificados y validados, el auxiliar administrativo ingresa los datos en el sistema informático del hospital. Esto implica utilizar software específico y seguir los protocolos establecidos para asegurar una correcta entrada de la información. Además, también es responsable de mantener actualizados los datos a medida que se producen cambios o actualizaciones (2).

Otra cosa que el auxiliar administrativo debe tener en cuenta es la confidencialidad y seguridad de los datos informáticos en el hospital. Esto implica respetar las normativas de protección de datos y seguir los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de la información. En algunas ocasiones, el auxiliar administrativo puede brindar soporte técnico básico en relación con los sistemas informáticos utilizados en el hospital. Esto implica solucionar problemas menores, como el restablecimiento de contraseñas o la resolución de errores de ingreso de datos (3).

Por lo tanto, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la preparación de datos informáticos en un hospital, garantizando la calidad y precisión de la información ingresada en el sistema y siguiendo los protocolos de seguridad y confidencialidad establecidos. Su trabajo contribuye a mantener una gestión eficiente de la información y apoya el funcionamiento adecuado de los procesos administrativos en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la preparación de datos informáticos en un hospital. Su labor consiste en recopilar, organizar, verificar, ingresar y mantener actualizada la información en el sistema informático de la institución. Esto implica seguir protocolos y procedimientos es-

tablecidos para garantizar la precisión y la integridad de los datos.

El auxiliar administrativo también debe asegurarse de respetar la confidencialidad y la seguridad de los datos, siguiendo las normativas y regulaciones de protección de datos establecidas. Además, puede brindar soporte técnico básico en relación con los sistemas informáticos utilizados en el hospital, lo cual contribuye a mantener un funcionamiento eficiente de los procesos administrativos.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/proteccion-datos-funcion-administrativa-hospital/>
2. <https://revistamedica.com/tratamiento-de-datos-auxiliar-administrativo-instituciones-sanitarias/>
3. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>

Capítulo 215

EL PERSONAL SUBALTERNO CON EL PACIENTE EN FASE TERMINAL. FUNCIONES DE LOS CELADORES CON LOS PACIENTES PALIATIVOS

OLGA SANCHEZ CLEMENTE

ENCARNI MONTES IGLESIAS

SELENIA NOVAS SALMERON

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

GUILLERMO GONZALEZ BENITO

1 Introducción

En el ámbito sanitario se entiende como paciente paliativo a aquel paciente cuyo pronóstico de vida es inferior a los 6 meses. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) establece los siguientes elementos para poder tratar a los pacientes en la unidad de cuidados paliativos.

- Cuando el paciente se encuentra en un estado muy avanzado de la enfermedad.
- Cuando la enfermedad se encuentra en un estado incurable para el paciente.
- Cuando la enfermedad no muestra síntomas de retardo, sino que avanza a mayor velocidad.
- Cuando el paciente no responde al tratamiento establecido para esa enfermedad.

- Cuando los pacientes son pluripatológicos, es decir que padecen un gran número de síntomas cambiantes.

Ante esta situación, los cuidados paliativos de los pacientes terminales se ajustan a unos aspectos más personales, centrándose más en los cuidados del paciente, familiares y cuidadores, que en la propia enfermedad.

Es por ello, que los cuidados paliativos tratan los siguientes aspectos, tanto con pacientes terminales, como con familiares y cuidadores.

- Controlar los síntomas provenientes de la enfermedad.
- Dar apoyo psicológico y emocional.
- Organizar y adaptar los cuidados asistenciales a los horarios del paciente terminal.
- La actuación médico- asistencial por parte de un gran equipo multidisciplinar, encargándose de una atención más individualizada y personalizada, adaptándose a las necesidades del paciente y familiares.

2 Objetivos

- Conocer los principios por los cuales se clasifican los pacientes terminales.
- Detallar los aspectos tratados en la unidad de cuidados paliativos con los pacientes en estado terminal.
- Enumerar las funciones ejecutadas por los celadores ante los pacientes terminales y sus seres queridos.

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, existe un gran equipo profesional multidisciplinar encargado de la atención médico- asistencial durante los últimos momentos del paciente. Dicho equipo multidisciplinar está formado tanto por personal sanitario como por

personal no sanitario, como es el caso del personal subalterno, siendo estos partícipes en los cuidados de los pacientes terminales.

Los celadores acompañarán al equipo de enfermería y a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante la realización de aquellos cuidados más personalizados e individualizados, centrándose en mejorar la calidad de vida del paciente paliativo.

Funciones de los celadores con el paciente paliativo junto al equipo de enfermería.

En aquellas unidades donde se requiere un trato especial al paciente paliativo (unidad de cuidados intensivos) debido a su estado clínico o a las condiciones físicas del paciente, las atenciones básicas serán realizadas por el equipo de enfermería, junto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería y al celador, siendo coordinados y dirigidos por el enfermero responsable de dicho paciente.

- Realizar aseos diarios para proporcionar mayor aseo al paciente, además de frescor y comodidad.
- Realizar el cambio de pañal inmediatamente después de defecar o miccionar el paciente, evitando la espera del cambio durante largos periodos de tiempo.
- Realizar cambios posturales cada 2-3 horas para proporcionar mayor comodidad al paciente.
- Durante el cambio postural se cuidarán heridas y úlceras por presión, además se administrará pomadas, cremas y/o aceites para aliviar la sensación de dolor o escozor.
- Se colocarán almohadas para aliviar las zonas de presión en aquellas zonas corporales donde se ejerce más presión por el propio peso del paciente.

Funciones de los celadores con el paciente paliativo junto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

En aquellas unidades donde no se requiere un trato especial al paciente paliativo (plantas de hospitalización) debido a su estado clínico o a las condiciones físicas del paciente, las atenciones básicas serán realizadas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería junto al celador.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno con el paciente en fase terminal. Funciones de los celadores con los pacientes paliativos” nos demuestra la participación de un gran

equipo profesional con los pacientes paliativos. Este equipo profesional se encargará de atender las necesidades más básicas, a la vez que reconfortantes para el paciente, puesto que en la fase terminal el paciente no requiere de más tratamientos farmacológicos, sino de atenciones psicológicas y especialmente emocionales. Es importante que el celador, como miembro integrante del equipo multidisciplinar, muestre una actitud empática con el paciente y familiares durante el desarrollo de las actuaciones básicas al paciente, de esta manera ayudará a que esta situación sea más llevadera por todos.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018

Capítulo 216

EL IMPACTO PSICOLÓGICO DEL CELADOR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

TERESA LORENTE PEREZ

MARIA DEL PILAR LILLO IRALA

JESUS CLEMENTE GARCIA

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

JORGE ROBLES CLAVEL

1 Introducción

Los niños hospitalizados enfrentan un entorno desafiante y a menudo estresante. Además de lidiar con su enfermedad o lesión, deben adaptarse a un ambiente desconocido y a procedimientos médicos dolorosos. El papel del personal de atención, incluidos los celadores, es esencial en la experiencia de los pacientes pediátricos durante su estadía en el hospital. Aunque gran parte de la atención se centra en los médicos y enfermeras, es crucial reconocer el impacto psicológico que los celadores pueden tener en estos pacientes vulnerables. Los celadores desempeñan un papel único en el entorno hospitalario, ya que interactúan directamente con los pacientes pediátricos en múltiples ocasiones durante el día. Estas interacciones pueden variar desde acompañar al paciente a los procedimientos médicos hasta brindar apoyo emocional y distracción durante momentos difíciles.

Investigaciones han demostrado que la actitud amable, la empatía y la capacidad de generar confianza en los pacientes pediátricos pueden ayudar a reducir la ansiedad y el miedo asociados con la hospitalización.

Se examinarán diversos estudios y literatura científica relacionada para comprender cómo la interacción del personal de celadores puede influir en el bienestar emocional y la calidad de la experiencia de los niños durante su estancia en el hospital. A través de esta revisión, se busca resaltar la importancia del cuidado emocional y psicológico que los celadores pueden brindar a los pacientes pediátricos para mejorar su salud mental y, en última instancia, su recuperación.

2 Objetivos

El objetivo es conocer de qué manera afecta y qué impacto psicológico tiene el papel del celador en el cuidado y atención de los pacientes pediátricos.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura científica en bases de datos médicas, como PubMed, Scopus y Google Scholar. Se utilizaron términos clave como "celador", "pacientes pediátricos", "impacto psicológico", "bienestar emocional" y "hospitalización". Se seleccionaron estudios relevantes que abordaban específicamente el tema del impacto psicológico de los celadores en pacientes pediátricos.

4 Resultados

El rol del celador en el bienestar emocional del paciente pediátrico es importante para su completa recuperación.

Es importante que el celador cuente con una serie de habilidades ya que la forma de comunicación con este grupo de pacientes es de forma diferente al trato con adultos. Las habilidades que debe tener en cuenta el celador son:

1. Comunicación efectiva y empatía: La comunicación efectiva es clave para establecer una conexión significativa con los pacientes pediátricos. Los celadores que se toman el tiempo para explicar procedimientos de manera comprensible para los niños y sus familias, pueden ayudar a reducir la incertidumbre y la ansiedad. Así mismo, la empatía hacia el dolor y el sufrimiento del paciente puede mejorar la satisfacción del paciente y su bienestar emocional. Es importante que

tengan esta habilidad y sean capaces de tranquilizar y comunicarse con el paciente en todo momento; ya que es un grupo altamente vulnerable y que su madurez aún no se ha completado y puede ser que no entiendan la gravedad de la situación o lo que realmente está ocurriendo.

2. Efecto de la relación paciente-celador: La relación entre el paciente pediátrico y el celador puede influir significativamente en la percepción del niño sobre su experiencia hospitalaria. Un celador comprensivo y atento puede crear un ambiente de apoyo, lo que lleva a una mayor cooperación del paciente con el personal médico y un mejor cumplimiento de los tratamientos.

3. El papel del entorno hospitalario: El ambiente hospitalario también desempeña un papel importante en el impacto psicológico de los pacientes pediátricos. Los celadores pueden contribuir a un ambiente más acogedor y menos intimidante mediante la decoración de las áreas pediátricas, el suministro de juguetes y actividades recreativas, y fomentando un ambiente lúdico y amigable.

5 Discusión-Conclusión

El impacto psicológico del celador en pacientes pediátricos es una dimensión vital que puede afectar significativamente el bienestar emocional de los niños durante su hospitalización. Las interacciones positivas, la empatía, la comunicación efectiva y un ambiente hospitalario amigable pueden mejorar la experiencia de los pacientes pediátricos y contribuir a su recuperación física y emocional. Es fundamental que los hospitales y las instituciones de atención médica valoren y apoyen el papel de los celadores como parte integral del equipo de atención, brindándoles la capacitación y el reconocimiento necesarios para proporcionar un cuidado de calidad y centrado en el paciente pediátrico y no pediátrico.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-papel-paciente-pediatrico-espectro-autista/>.
2. https://www.cope.es/emisoras/andalucia/cadiz-provincia/jerez/noticias/pandemia-covid-hospital-jerez-juan-pedro-gandolfo-celador-payaso-20201128_1021397.
3. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/la-importancia-de-la-comunicacion-celador-paciente/>.

Capítulo 217

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU ORGANIZACIÓN DIVERSIFICADA DE 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 organización del trabajo de los hospitales es cada vez más diversificada, compleja y estratificada debido a la exponencial necesidad de asistencia para mantener y mejorar la eficiencia de la gestión conveniente de los recursos. La mesa de recepción y documentación clínica es una estructura auxiliar en el hospital que incluye: gestión de pacientes potenciales, procesamiento de documentación clínica relevante y generación de información médica. El Mostrador de Recepción y el Mostrador de Documentación Clínica son mostradores no asistenciales y facilitarán el acceso de los pacientes a la atención especializada y su papel en la gestión de casos. Se encarga de organizar, ordenar, coordinar y priorizar para aumentar la eficiencia y el rendimiento para una mejor gestión de los recursos y es el punto de conexión entre el usuario/paciente y el proceso de atención. Para

que esta posición esté equipada y adaptada a un sistema de capacitación homogéneo y confiable, garantizando así el requisito de acuerdo con la ley de gestión y derechos/pacientes de protección de datos inadecuados, debe tener una serie de requisitos básicos, como ofrecer continua capacitación de un auxiliar administrativo profesional, buena comunicación interna y control conveniente de procesos, creando archivos y comentarios sobre el consentimiento con la documentación que debe procesar, actualizar el software y una actualización constante que se adapta a las necesidades del puesto. No obstante, los profesionales encargados de gestionar las admisiones de usuarios/pacientes incluyen tanto a los auxiliares administrativos como a los encargados de gestión y responsables de las historias clínicas, tanto en centros ambulatorios como en consultas externas de residencia y hospital.

2 Objetivos

Objetivos:

- Identificar las distintas ubicaciones y zonas cubiertas por la normativa de acceso y documentación de la clínica.
- Establecer las funciones que deben desarrollar los auxiliares administrativos en los puestos de documentación clínica y recepción.

3 Metodología

En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos de artículos científicos, como Pubmed y Google Academy, se consulta con personal que trabaja en este puesto y se trazan las funciones del auxiliar administrativo. Se utilizan palabras clave como: auxiliar administrativo en sanidad, documentación clínica, puesto de admisión.

4 Resultados

Los puestos de Admisiones y Gestión de Casos Clínicos son diferentes y pueden variar entre comunidades autónomas. Pero los asistentes administrativos son diseñados para coordinar actividades y recursos para ayudar al paciente/usuario. Los asesores administrativos de atención médica desempeñan una amplia gama de tareas, tales como pacientes hospitalizados, cirugía, atención de emergencia,

atención de urgencia, derivación de un sitio a otro, secretaria de atención, archivo de casos, documentación y codificación.

- Hospitalizar:

En este trabajo, se trabaja como Asistente Administrativo para coordinar los procesos de admisión y atención, manejo de camas, transferencia y alta. Para realizar operaciones quirúrgicas, el responsable administrativo debe ubicar al paciente en una lista de espera quirúrgica (LES), supervisar y supervisar la programación de operaciones pre y postoperatorias, llevar el registro de salida y control de movimiento a la lista de espera, y posteriormente, coordinar y evaluar el proceso de atención. En cuanto al personal administrativo, debe registrarse para la capacitación de emergencia y coordinar el proceso de atención, brindar apoyo de la organización para las necesidades y la atención.

- Asistencia ambulatoria:

Un auxiliar administrativo que esta en los centros de salud ; organiza y controla las diferentes llamadas, aplicaciones de control de pacientes y diferentes agendas de citas, lleva los procedimientos de atención al paciente , incluso consultas externas atencion primaria como hospitales generales y las consultas que estan en ellos.

- El proceso en Internet:

En esta parte, el auxiliar administrativo; recibe , registra y administra solicitudes de asistencia al paciente en el dentro de atencion primaria o en hospitales generales y da asistencia administrativa.

Organizar y coordinar con otros centros médicos para administrar cita al paciente para que ayuden a la organizacion de emergencias o asistencia específica.

Si alguien quiere retirar dinero, protege los datos y el programa de ayuda. Asimismo, aseguré la protección de los datos y el programa de asistencia. No olvides los archivos y guardé al paciente en cualquier momento.

- mesa de asistencia:

Función: planificar, coordinar y supervisar adecuadamente las tareas administrativas de apoyo asistencial, relacionadas con la documentación clínica: informes clínicos, entrevistas, etc., así como las relacionadas con el ingreso hospitalario.

Archivar documentos clínicos. El asistente administrativo de registros clínicos es responsable de administrar toda la información clínica generada por el paciente en el registro médico único del usuario, asegurando, manteniendo y administrando los registros generados para todos los casos de atención médica. La autoridad de archivo es responsable de proteger los registros médicos, autorizar transferencias y préstamos, y mantener su confidencialidad. - Codificación:

La posición en el alcance de la recepción y la documentación clínica también es

responsable de la codificación, depende de qué comunidad sea responsable de esta sección, así como de qué comunidad sea responsable de esta sección.

Datos importantes (CMBD): Grupos de carga y agrupación relacionados con el diagnóstico y corrección de incidentes; Preparar al acusado a solicitud de una dirección de atención; Cooperar en investigación en la solicitud de ayuda en el hospital; Informe y atiende a los trabajadores médicos y otros puestos en el hospital que requieren nuestros puestos.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, todas las funciones anteriores, incluidas la formación, la investigación y el desarrollo, el control del suministro, la asignación de personal, etc., aunque importantes, no pueden incluirse en el manual para sus propósitos, muy diferentes. Por lo tanto, el lugar de ingreso y la documentación clínica deben evaluarse continuamente mediante indicadores de desempeño y calidad. Su reorganización requiere la formación continua del personal administrativo y de apoyo, la identificación y creación de expedientes, el establecimiento de canales de comunicación interna y el control de procesos, entre otros. En conclusión, es importante desarrollar y actualizar un manual que simplifique las funciones que debe realizar un auxiliar administrativo en este servicio en los diferentes cargos para que pueda desempeñar perfectamente sus funciones, sus funciones se relacionan con la seguridad y protección de datos personales y documentos con los que trabaja. Esta guía está sujeta a ajustes en función del progreso técnico y los cambios. Esto puede contribuir a unificar y estandarizar el trabajo del personal administrativo.

6 Bibliografía

1. Rivilla Juárez G.M. El auxiliar administrativo de la salud en el puesto de admisión y documentación clínica. Ocronos. 2019. Disponible en: <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-saludadmisindocumentacionclinica/>
2. Tamayo Canillas M.L., Romero Serrano R. Puestos de admisión y documentación clínica. En: Temes JL y Mengíbar M, editores. Gestión Hospitalaria. 5ª ed. 2011. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1492&ionid=98857086>
3. Guía de gestión de puestos de admisión y documentación clínica. Instituto Nacional de Salud. Madrid. 2000. Disponible en: <http://sedom.es/wp-content/>

themes/sedom/documentos/guia_sadc_definitiva.pdf

4. Lastra M, Villazón AB, Villazón A. Admisión y documentación clínica (SADC).

Ocronos. 2020. Disponible en: <https://revistamedica.com/>

admisiondocumentacion-clinica-sadc

Capítulo 218

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE URGENCIAS Y LA CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

MERCEDES VILLALÓN BARBA

DANIEL DE LUCA NEGRETE

MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA

JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ

ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY

1 Introducción

Hablaremos sobre el proceso a seguir por el auxiliar administrativo de las instituciones sanitarias ante la llegada de los pacientes y su forma de clasificación en según qué orden .

Los pacientes cuando acuden a los centros hospitalarios por urgencia principalmente tienen que dirigirse al auxiliar administrativo de admisión de urgencias y presentar su tarjeta sanitaria, en su defecto sus datos personales y numero de identificación, para poder ver si está asociado a la sanidad pública.

Una vez el personal administrativo obtiene esos datos tiene que sacar informes y sus pegatinas identificativas y ya empezaría el proceso clasificatorio que ya sería trabajo del personal de enfermería de la zona de triaje que hay dentro de urgencias.

Las funciones que adopta este personal es todo en proceso informático y que si no fuera por ello no habría una correcta clasificación , ya que el proceso de dar cama para los ingresos de los pacientes que requieren ingreso en observación, son ellos lo que lo trabajan, igualmente la llamada de ambulancia para el traslado de pacientes a otras instituciones que lo requieran.

Normalmente hay entre uno y dos profesionales con turnos rotatorios de mañana, tarde y noche.

Aunque en algunos sitios ya se sitúan con horarios de 12 horas de mañanas y de noches.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura ya existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos, revistas o trabajos en las principales bases de datos como son: Pubmed, Scielo o Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y actuales

4 Resultados

Vamos a describir de manera rápida al auxiliar administrativo en el Servicio de Urgencias como el personal de carácter no médico que se encarga de la atención directa a usuarios y pacientes que llegan por primera vez a las urgencias médicas, siendo en la mayoría de los casos el primer contacto y filtro en el proceso de estancia de los mismos en dicho servicio.

También realizan otras tareas de gran importancia, como son las gestiones de carácter informático, tramitaciones de documentación, así como funciones de organización y coordinación de información (datos personales, historias clínicas...) de toda índole referente a los pacientes y usuarios.

Vamos a focalizar a nuestro auxiliar administrativo en la zona de admisiones del Servicio de Urgencias, donde desempeñará su trabajo en el día a día. Algunas de sus funciones mas reseñables irán desde la llegada del paciente al mostrador

donde se le solicitarán los datos y la documentación que sea necesaria (tarjeta de salud, número de DNI, datos de contacto) para así poder acceder al historial clínico del paciente y poder dar una mejor atención.

Todo esto será tratado y registrado bajo el sistema informático implantado y así ofrecer la mejor manera posible toda la información al personal sanitario para que pueda atender al paciente.

Una vez comentado todo lo anterior vamos a enumerar de manera mas específica algunas de las numerosas funciones que llevan a cabo los Auxiliares en su hacer diario en el servicio de urgencias:

- Información directa y presencial a la llegada de usuarios/pacientes.
- Registro de admisión, gestión de datos y documentos.
- Creación y gestión de historias clínicas (en el caso de que sea necesario)
- Control y coordinación de la zona de espera.
- Notificación al personal sanitario de la llegada del paciente.
- Localizar e informar a familiares en los casos que así se determine.
- Cursar órdenes de ingreso hospitalario si así se lo indican.
- Gestión documental de informes, historias y demás datos de carácter administrativo que le sean asignados.

Todo esto anteriormente mencionado se llevará a cabo bajo una clara premisa de responsabilidad y discreción máxima.

5 Discusión-Conclusión

Vamos a concluir este capítulo valorando una vez más todo lo que realiza y por todo lo que tiene que pasar el auxiliar administrativo en un área tan sensible y caótica como es el de urgencias con todo lo que ello conlleva. Desde la admisión y registro de los pacientes que llegan y del modo que llegan, al delicado momento de informar a familiares en los casos mas graves y menos esperados.

Junto con todo el manejo de información y datos que ya damos por sabido que tienen que tratar a diario el personal administrativo y que pocas veces se valora como se merece, ya que sin ello en muchos casos no se podría llegar una correcta tramitación y evaluación administrativa, por lo que se crearía un gran caos interno en todos los departamentos.

6 Bibliografía

1. Auxiliar Administrativo urgencias. Scribd. Disponible en:[mhttps://es.scribd.com/document/456031587/auxiliar-administrativo-urgencias](https://es.scribd.com/document/456031587/auxiliar-administrativo-urgencias).

2. Auxiliar Administrativo urgencias. Scribd. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/456031587/auxiliar-administrativo-urgencias>.

Capítulo 219

LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA FORMACIÓN DE INFORMÁTICA Y PC EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MERCEDES VILLALÓN BARBA

DANIEL DE LUCA NEGRETE

MARIA CONSUELO SANCHEZ GARCIA

JOSÉ LUIS OSORIO GONZÁLEZ

ESTRELLA PANIAGUA LOPEZ-REY

1 Introducción

En el año 1981 se vendió el primer PC de IBM y desde entonces los equipos informáticos han revolucionado la forma en que las personas y las empresas trabajan, se comunican, viven, educan y entretienen. Las computadoras son ahora parte integrante de prácticamente todas las actividades humanas, y por supuesto de los auxiliares administrativos.

En la actualidad el trabajo de un auxiliar administrativo ha pasado de estar sentado delante de una máquina de escribir y llevar las tareas de archivo y control documental de manera manual a realizar el 99% de su tarea frente a un ordenador.

Todo se controla desde el ordenador y las horas que un auxiliar administrativo pasa frente a una pantalla de ordenador se han multiplicado por mil. Cada vez son más las horas que debemos pasar frente a un ordenador para poder realizar todas las tareas que el trabajo demanda, que exponemos nuestros ojos a la luz de las pantallas, que forzamos nuestras muñecas al escribir durante horas o usar un ratón para hacer cientos de miles de clics.

Por ello debemos aprender a sentarnos correctamente adoptando posturas corporales que palién los efectos negativos que puedan ocasionarnos una mala postura, a enfrentarnos a las pantallas, a la distancia adecuada y a la altura necesaria. Todo ello, para evitar sufrir lesiones en nuestro cuerpo.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

Mostrar que la tecnología se ha convertido en nuestro aliado y nos ha facilitado el trabajo en muchos campos.

Como objetivo secundario:

Definir las consecuencias negativas de trabajar delante de un ordenador, para establecer las pautas que mitiguen los efectos que provocan.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Debemos tener en cuenta que nuestras muñecas, nuestros ojos están sometidos a un esfuerzo continuo. Nuestra postura al sentarnos frente a un ordenador, que debe ser adecuada. Los problemas más frecuentes con los que se encuentra el auxiliar administrativo y en general, cualquier trabajador que realice su jornada laboral frente a un ordenador, son, entre otros:

- Los ojos son, habitualmente, los más afectados por el uso continuado de las pantallas. Terminamos la jornada laboral con los ojos irritados o con la típica

sensación de sequedad.

Deberemos ajustar los niveles de brillo y contraste del monitor, intentar mantener una distancia adecuada respecto del monitor, siendo la manera correcta que la parte superior del monitor esté alineada con tus ojos, siendo también importante además que la fuente de luz no caiga directamente en la pantalla.

- La fatiga visual, tener la sensación de que los ojos te duelen literalmente. Los ojos están controlados por músculos y estos también se resienten.

Para evitarlo debemos hacer descansos frecuentes y para ello con cerrar los ojos durante unos minutos es suficiente. Otra técnica para descansar los ojos en la Regla 20-20-20, que consiste en, cada veinte minutos, mirar durante veinte segundos un objeto situado a veinte pies, esto es, unos seis metros.

- El sedentarismo es otra consecuencia negativa de estar sentado frente a un ordenador en jornadas laborales de ocho horas. Un estilo de vida sedentario tiene consecuencias graves para la salud, como la obesidad, problemas de circulación, etc.

Hacer pausas frecuentes, dando un pequeño paseo por la oficina. Se suele recomendar hacer pausas de cinco minutos cada hora de trabajo, junto a un estilo de vida más activo. Una alimentación más equilibrada y acorde con nuestro trabajo. No es la misma, la energía consumida por una persona cuyo trabajo requiera actividad con una persona que pasa la mayor parte de su jornada laboral sentada delante de un ordenador.

- Las malas posturas, y no es que estemos mucho tiempo sentados, sino en cómo estamos sentados. Una postura correcta a la hora de sentarnos es mantener la espalda recta con un ángulo de 90 grados, respecto de los muslos.

Los muslos deben tener un ángulo de 90 grados con respecto a las pantorrillas.

Los pies deben poder apoyarse completamente en el suelo o en un reposapiés. Los brazos deben estar en ángulo recto respecto a la mesa y con los antebrazos apoyados frente al teclado. Pequeños gestos que hagan que nuestra jornada laboral no repercuta en nuestra salud.

- Los movimientos repetitivos, que inconscientemente realizamos cuando estamos sentados frente a un ordenador, dando lugar a posturas forzadas, a lesiones como el síndrome del túnel carpiano. Podemos para paliar estos problemas apoyar todo el antebrazo en la mesa, realizar movimientos suaves sin demasiada fuerza, hacer pausas frecuentes.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, debemos intentar paliar en la medida de nuestras posibilidades los efectos negativos de trabajar frente a un ordenador durante horas y procurar seguir unas pautas que minimicen el riesgo que ello puede provocar en nuestra salud.

Se estima que una persona promedio pasa de seis a ocho horas de su día frente a un ordenador. La sociedad actual gira en torno a la digitalización y por tanto en torno a esta máquina. Trabajas con un ordenador, te entretienes con un ordenador, te comunicas con un ordenador.

El uso prolongado del ordenador puede ocasionar, como ya hemos visto, lesiones que no son notables a primera vista, sino que estas tienen un carácter progresivo y básicamente son producto de un abuso del tiempo dedicado y un escaso descanso.

Es hora de reflexionar un poco, conocer algunas de las consecuencias de permanecer mucho tiempo frente a las computadoras y en consecuencia, intentar adoptar rutinas que nos ayuden a mitigar esos efectos negativos.

6 Bibliografía

1. Granados Y. Telcel: Servicios multimedia. PC World 2002.
2. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322003000100007.

Capítulo 220

EXPERIMENTACIÓN CON ANIMALES. FINES Y CUIDADOS. COMETIDOS DEL CELADOR EN QUIRÓFANOS EXPERIMENTALES Y LABORATORIOS DE ANIMALES

BEATRIZ GARCÍA TEJERA

MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL

VANESSA QUIROGA MINAYA

MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO

MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO

1 Introducción

En el presente capítulo se abordará la importancia y los fines de la experimentación con animales en los hospitales, el cuidado de los mismos, y los cometidos más destacables del celador dentro de esta área de actuación.

La experimentación con animales se engloba dentro del campo de la investigación sanitaria, que se puede llevar a cabo dentro de la red nacional de hospitales, complementando a servicios como la docencia o la asistencia sanitaria.

El animalario está formado por dependencias, ubicadas dentro de la arquitectura del hospital, acondicionadas para experimentar con animales, destacando entre

las especies más frecuentemente utilizadas las ratas de laboratorio, las cobayas y los hámsteres.

La existencia tanto de los quirófanos experimentales como de los laboratorios de animales se justifica por la labor de investigación sanitaria que se desarrolla en los hospitales, y gracias a la cual se han logrado importantes descubrimientos que contribuyen a que los conocimientos prácticos de la medicina evolucionen, principalmente, en favor de una obtención de datos más completa para la aplicación efectiva de tratamientos a pacientes enfermos.

En cuanto a los cometidos más destacados del celador dentro del animalario, estos vienen regulados en el Estatuto de Personal No Sanitario, que les asigna el cuidado de los animales en todo lo concerniente a su alimentación y aseo, antes y después de someterse a las pruebas experimentales y siguiendo en todo caso las órdenes de los Médicos o Enfermeros.

2 Objetivos

- Abordar la importancia y los fines de la experimentación con animales dentro de nuestra red nacional de salud.
- Exponer los cuidados que requieren los animales utilizados, en lo que se refiere principalmente a alimentación, higiene y bienestar.
- Definir las dependencias que forman parte de la estructura del animalario.
- Concretar los cometidos más destacados que desempeña el celador destinado en el animalario.

3 Metodología

Este trabajo ha sido elaborado mediante una revisión bibliográfica en torno a la figura del celador dentro del área de actuación del animalario, basándose en la recopilación sobre diversas revisiones bibliográficas de artículos científicos de libros existentes sobre la materia. Adicionalmente, estos datos se complementan con los obtenidos por otras fuentes emanadas de leyes, reglamentos y órdenes ministeriales que regulan las funciones del celador en el animalario, así como la protección de los animales empleados en la experimentación con finalidades científicas.

4 Resultados

La experimentación con animales sólo se podrá realizar para conseguir objetivos científicos, buscando perseguir como fines concretos la investigación médico-legal y el desarrollo de productos farmacéuticos y de tipo alimentario, procediendo a realizar pruebas que sirvan para verificar su calidad, eficacia y seguridad. Por tanto, su importancia radica principalmente en contribuir a la evolución de los conocimientos científico-sanitarios sobre la base de la extrapolación de los datos obtenidos en los estudios preliminares con animales.

El desarrollo de esta experimentación se lleva a cabo en el animalario, en el que se cuidará a los animales que vayan a ser sometidos a dicho proceso. Su estructura estará conformada las siguientes zonas específicas:

- Laboratorio: con una dotación de todo el material que sea necesario para el estudio y valoración de las características cuantitativas y de calidad de los animales.
- Zona para la experimentación: dotada con una mesa quirúrgica y con todo el instrumental necesario.
- Zona de ubicación concreta de los animales: dotada principalmente con jaulas suficientes.
- Zona limpia: en la que se llevará a cabo la preparación de la alimentación animal.
- Zona sucia: que se utilizará para la limpieza de jaulas y para depositar todos los residuos generados.
- Incinerador de los residuos producidos y de los cadáveres animales.
- Oficinas del área de administración.

En lo que concierne a los animales utilizados para la experimentación, se procurará que su número se reduzca al mínimo imprescindible siempre que no se vea comprometido el objetivo del proyecto. Los animales empleados con mayor frecuencia dentro de la experimentación en los hospitales son las ratas de laboratorio, los ratones, las cobayas, los conejos y, más ocasionalmente, las ovejas.

Desde el punto de vista del bienestar de los animales de experimentación y para evitar o reducir al mínimo posible el sufrimiento, su protección se regulará en el R.D. 223/1988 (que se deroga por el R.D. 1201/2005), la Ley 5/1995 y el R.D. 53/2013. Desde una óptica global, los cometidos generales del celador destinado en el animalario se regulan en el Estatuto de Personal No Sanitario en su artículo 14.2.21, donde se expone que el celador tendrá a su cargo a los animales utilizados dentro de los laboratorios y quirófanos, cuidándolos en lo que se refiere a suministrar la alimentación necesaria, conservar la limpieza de las jaulas y asearlos, antes y después de someterse a las pruebas experimentales, siguiendo las indicaciones recibidas tanto de los Médicos como de los Enfermeros que les sustituyan en

sus ausencias. Paralelamente, desde una óptica ya más específica al celador se le atribuyen las tareas de:

- Trasladar a los animales de unas dependencias a otras y distribuirlos de un modo donde se priorice su propio bienestar, en un espacio suficiente y preservando sus condiciones de vida adecuadas, prestándoles todos los cuidados necesarios.
- Alimentar de forma equilibrada a los animales adaptándose a sus necesidades y características dependiendo de la especie y edad de que se trate. Los bebederos deberán disponer de agua de forma permanente a lo largo del día.
- Lavar frecuentemente los habitáculos donde se ubiquen los animales, tales como jaulas (se recomienda una frecuencia de 2 a 3 veces por semana), lechos, comederos y bebederos, con el objetivo de preservar las condiciones de higiene óptimas para reducir o evitar la posibilidad de infecciones o malos olores.
- Desalojar a los cadáveres animales, y dar paso, guiándose por el protocolo que marque el hospital, a su enterramiento o incineración.
- Esterilizar y limpiar, con una frecuencia de tres veces a la semana, las bandejas donde se depositen los excrementos de los animales.

Se debe buscar que tanto las instalaciones como las condiciones ambientales en las que se custodien los animales de experimentación, mantengan un óptimo nivel de bienestar, verificándolo diariamente y limitar al mínimo necesario las restricciones que les obstaculicen para satisfacer sus necesidades etológicas y fisiológicas. El acceso al animalario sólo estará permitido para las personas autorizadas.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo se ha realizado una exposición acerca de los fines científicos de la investigación en que se basa la utilización de los animales para la experimentación en los hospitales y sobre la estructura y la funcionalidad que debe reunir el animalario, poniendo en valor la labor muy necesaria del celador para el óptimo funcionamiento de todas las dependencias de sus quirófanos experimentales y laboratorios, recogida expresamente como una de sus funciones en el Estatuto de Personal no Sanitario.

Se ha visto que a los animales de experimentación se les deben dispensar los cuidados adecuados a su especie en cuanto al entorno, alojamiento, alimentación y agua, respetando sus condiciones fisiológicas y priorizando el estado sanitario, para que todo esto redunde en garantizar su adecuado estado de bienestar general. En este punto, la salud y el bienestar de los animales deberían supervisarse por el personal que sea competente para prevenir o reducir el dolor, así como cualquier

tipo de sufrimiento o daño duradero.

Por tanto, merece una profunda reflexión el papel que debería desempeñar el personal veterinario como apoyo fundamental a la labor del celador, debiendo ser una figura que emerja dentro del animalario, para convertirse en el responsable principal en controlar la salud de los animales, siempre y cuando se encuentre especializado en el cuidado de animales utilizados para la experimentación.

6 Bibliografía

1. Orden Ministerial del 5 de julio de 1971, del Estatuto del Personal No Sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.
2. Del Castillo Torres, L.: "Celadores de las instituciones sanitarias del Insalud".
3. Resolución Europea 86/609/C.E.E., sobre experimentación con animales.
4. Ley 5/1995, de 21 de junio, de protección de los animales utilizados para la experimentación y otras finalidades científicas.
5. Real Decreto 1201/2005, de 10 de Octubre, sobre protección de animales utilizados para experimentación con fines científicos (que deroga al Real Decreto 223/1988, de 14 de marzo).
6. Real Decreto 53/2013, de 1 de febrero, por el que se establecen las normas básicas aplicables para la protección de los animales utilizados en experimentación y otros fines científicos, incluyendo la docencia.

Capítulo 221

PAPEL DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN DEL ENFERMO TERMINAL. EVOLUCIÓN DESDE LA PATOLOGÍA AL FALLECIMIENTO. CUIDADOS PALIATIVOS. ACTUACIÓN CON EL ENFERMO FALLECIDO

BEATRIZ GARCÍA TEJERA

MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL

VANESSA QUIROGA MINAYA

MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO

MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO

1 Introducción

El celador desempeña un importante rol en su relación con el enfermo terminal. Tanto la Sociedad Española de Cuidados Paliativos como la OMS (Organización Mundial de la Salud) definen al paciente terminal como aquel que sufre una enfermedad de estadio muy avanzado, la cual es activa en progresión y cuyo pronóstico vital es limitado (suponiendo la muerte del paciente generalmente en

un periodo de tiempo inferior a 6 meses). Por tanto, cuando el celador se encuentra ante un enfermo terminal debe ser consciente de que el objetivo principal de atención al enfermo será su cuidado psicológico y físico y ya no el de la curación, lo que se entiende por cuidados paliativos, priorizando el alivio de los síntomas y del dolor y el apoyo familiar.

El celador deberá ser muy cauteloso ante los familiares y mantener la prudencia de sus comentarios, dotarse de gran empatía (capacidad de ponerse en el lugar del paciente y de sus familiares) y escuchar y hablar con el enfermo para adaptarse a sus necesidades psicológicas. Como consecuencia, el rol que desempeña el celador que atiende al paciente terminal es fundamental dentro de todo el equipo de profesionales sanitarios, una vez que llegan los últimos días de vida del enfermo.

En el momento en que se produce la muerte del enfermo terminal, el celador deberá comunicárselo al profesional médico, verificando las circunstancias concretas que confirmen dicha muerte, y completando el certificado de defunción del fallecido. Posteriormente, en caso de realizarse la autopsia, el celador deberá cooperar con el traslado del cadáver y servir de personal de apoyo al médico en lo que se refiere al manejo del cuerpo tanto durante la autopsia como en los momentos previos y posteriores a la misma.

2 Objetivos

- Valorar el rol que desempeña el celador en su relación con el paciente terminal.
- Dar a conocer los distintos aspectos que caracterizan los cuidados paliativos básicos para el desarrollo del trabajo del celador.
- Definir las etapas por las que pasa el paciente terminal desde que es consciente de su patología hasta su fallecimiento.

3 Metodología

Para la confección del presente artículo científico se ha procedido a una revisión bibliográfica exhaustiva de páginas web en torno a la temática del cuidado de los enfermos terminales y fallecidos desde el punto de vista de la figura del celador, llevando a cabo de una recopilación de información originaria de diferentes fuentes emanadas de la base de datos de las webs de “revistasanitariadeinvestigacion”, “celadoresonline.blogspot” y “Medline”, empleando como descriptores los siguientes términos: el celador con pacientes terminales, cuidados paliativos, enfermos fallecidos. Paralelamente, se ha realizado una selección de artículos de

rigor científico publicados en diferentes libros que abordan la labor del celador en lo relativo a sus funciones con respecto a los enfermos terminales, seleccionando ciertas citas del libro de Arantxa Díaz García titulado “LA ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE TERMINAL” y del de Yolanda Cimarra Delgado denominado “Actuación del celador ante el paciente terminal”.

4 Resultados

El trabajo en equipo del que forma parte el celador es fundamental para la atención al paciente terminal, junto a la labor de los psicólogos, enfermos, auxiliares de enfermería y médicos, con el objetivo de brindarle al enfermo todos los cuidados paliativos necesarios. Para comunicarse con este tipo de pacientes debe cuidarse especialmente la comunicación, tanto verbal como no verbal, manteniendo en todo momento la empatía, respeto, amabilidad y cariño. Las funciones que deberá realizar el celador ante los pacientes terminales serán principalmente estar pendiente del enfermo de una forma permanente, transmitirle tranquilidad, proporcionarle descanso y mantenerlo limpio y cómodo, y todo ello apoyado en la ayuda psicológica que se debe dispensar tanto al propio paciente como a sus familiares.

En el trato con el paciente terminal, el celador debe ser conocedor de las etapas por las que pasa aquel, iniciándose en el momento en que se hace consciente de su patología y finalizando con su fallecimiento, distinguiendo así las siguientes seis fases:

1. Etapa de SHOCK, en la que el paciente no es aún consciente de su enfermedad.
2. Etapa de NEGACIÓN, donde el enfermo mantiene la negación de la enfermedad que padece.
3. Etapa de CÓLERA, que se caracteriza por la muestra de rabia y enfado del enfermo al no comprender lo que le está sucediendo.
4. Etapa de NEGOCIACIÓN, en la que el enfermo ya intenta aceptar la realidad de la enfermedad que sufre.
5. Etapa de DEPRESIÓN, que comienza con el duelo y es la etapa previa a la aceptación.
6. Etapa de ADAPTACIÓN, en la que el paciente ya está psicológicamente listo para su fallecimiento, y en la que la ayuda de su familia adquiere una especial relevancia.

En general, la actividad del celador estará orientada a aportar calidad de vida al enfermo, asegurar una atención permanente e individual, promover su dignidad y mantener la higiene de cada día del paciente y de toda la unidad en que se ubica

el mismo (espacio de la habitación, mobiliario y material que emplea el paciente durante su permanencia en el hospital).

En cuanto al comportamiento que ha de mostrar el celador frente a la familia, éste de ser el adecuado, teniendo especial prudencia con sus comentarios. A grandes rasgos, el objetivo final para los enfermos terminales será ofrecer los cuidados paliativos necesarios y para ello se hace imprescindible aportar una atención integral, individual y permanente al paciente, brindándole un ambiente agradable, inodoro y saludable que contribuyan al sostenimiento de su bienestar físico, psicológico y social, y ayudando a promocionar su propia autonomía.

La última fase por la que transcurre el paciente terminal es la de aceptación-adaptación, tras la cual el desenlace final será su fallecimiento. En este momento, el celador deberá proporcionar un trato individual a cada persona, ya que cada una sufre su duelo de diferente modo, y siempre respetando sus creencias religiosas. En el momento de la muerte, el celador se lo notificará al médico, siendo necesario posteriormente realizar la confirmación de la muerte y rellenar el certificado de defunción. Para llevar a cabo la autopsia, los camilleros presentes prestarán toda la ayuda necesaria al personal médico, en lo que respecta al traslado y preparación del cuerpo, así como después de completar el examen en todo aquello que los doctores soliciten.

5 Discusión-Conclusión

En el área de cuidados paliativos el trabajo en equipo es indispensable, dentro del cual emerge la figura del celador, que se hace responsable de ofrecer un adecuado cuidado a los pacientes, entre los que se incluyen ancianos y todos aquellos que sufren enfermedades avanzadas, degenerativas y terminales. Por tanto, los cuidados paliativos se orientarán tanto hacia el paciente, como hacia el círculo familiar que le rodea, tratando de dispensarles una mayor comodidad y atención durante el curso de la enfermedad.

El celador deberá utilizar un lenguaje comprensible y real, un comportamiento prudente y delicado y una actitud de respeto en relación a los enfermos y sus familiares. Su comunicación ha de ser efectiva, apoyándose en medios verbales y no verbales, con especial atención al empleo del lenguaje corporal externo. En este aspecto, radica la importancia de que tanto el celador como el resto de profesionales sanitarios que trabajen en cuidados paliativos dispongan de una formación específica para que puedan ofrecer ese óptimo trato a este tipo de enfermos y sus familiares.

Como característica principal, el celador debe trabajar la empatía, además del

respeto, la colaboración y la sensibilidad con los pacientes y sus familiares, escuchándoles y respetando en todo momento sus creencias religiosas.

En los últimos momentos de vida del enfermo, se tomarán las medidas que prioricen la búsqueda de su comodidad y provocar el menor sufrimiento posible, integrando a la familia en el proceso para lograr una mejor aceptación de la situación, si se ha realizado de una manera más controlada e indolora, basándose siempre en una actitud positiva del celador en el tratamiento del enfermo para aportar una superior calidad de la atención. Por tanto, la conjugación de todos estos factores redundará en acercarse al objetivo principal que no es otro que el confort del enfermo, siendo conocedor el celador de las fases por las que ha de pasar desde el inicio de la patología hasta la aceptación del fallecimiento y apoyándose en una actitud empática para que los cuidados dispensados sean los más óptimos posibles.

6 Bibliografía

1. Arantxa Díaz García LA ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE TERMINAL. THE PERFORMANCE OF THE ORDERMAN BEFORE A TERMINAL PATIENT 2021 Disponible en: <https://revistamedica.com/funcion-celador-paciente-terminal/>.
2. Yolanda Cimarra Delgado Actuación del celador ante el paciente terminal. Action of the caretaker before the terminal patient 17/06/2022 Disponible en: <https://congresosicepa.com/celador-paciente-terminal-2/>.
3. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 33(Supl. 1), 97-106. Recuperado en 09 de diciembre de 2017, de scielo.isciii.es.
4. Sobre la muerte y los moribundos – On death and Dying – 1969 Elizabeth Kübler Ross.
5. Ley 5/2018, de 22 de Junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida. Título II Deberes de los profesionales que atienden a la persona durante el proceso del final de su vida.
6. <http://celadoresonline.blogspot.com/>.
7. <https://medlineplus.gov/>.

Capítulo 222

EL ROL DEL CELADOR EN SUS INTERACCIONES CON PACIENTES Y FAMILIARES. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE. EL CELADOR COMO ELEMENTO INTEGRANTE DEL PERSONAL INFORMADOR

BEATRIZ GARCÍA TEJERA

MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL

VANESSA QUIROGA MINAYA

MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO

MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO

1 Introducción

El enfermo cuando acude al hospital lo hace con cierta preocupación por su estado de salud y sus consecuencias, así como por la incertidumbre sobre quién lo va a atender a su llegada y cómo lo van a efectuar. Por ello, tanto el enfermo

como sus familiares estarán expectantes sobre esa primera atención y serán susceptibles de que cualquier error o descuido del celador que les reciba pueda ser interpretado de forma que les produzca cierta incomodidad y desesperación.

A nivel general, el celador es el profesional sanitario que tiene atribuidas una serie de funciones, muchas de las cuales llevan inherente un trato directo con el paciente, y por tanto deberá desarrollar unas habilidades básicas que le permitan prestar la óptima atención necesaria para favorecer el bienestar general del enfermo.

Históricamente, sólo se consideraban necesarias las habilidades personales en médicos o enfermeros, ya que eran los que mayor relación tenían con los pacientes enfermos sobre los que poseían una gran influencia contribuyendo ello a conseguir un cambio positivo en su estado general de salud. Por tanto, esa relación del paciente con los profesionales sanitarios es fundamental, pero sin embargo no es la única. Y ahí, es donde se debe destacar el importante rol del celador, que sin duda se convierte en la primera persona que se encuentra un enfermo cuando llega al hospital con motivo de una urgencia, una consulta o cualquier operación programada.

Como consecuencia, la figura del celador lleva intrínseca la función de la comunicación como una de las más relevantes de las que les son propias, la cual debe tener en consideración la situación de estrés que supone para los enfermos y familiares la llegada al hospital, principalmente, cuando se da la posibilidad real de llegar a ingresar en el mismo. Desde este punto de vista, el modo en que se comunica el celador con los pacientes y sus familiares debe ser tranquilizador y apoyado en un tipo de escucha de gran atención. Psicológicamente, el trato del celador con el enfermo será individualizado, intentando comprender sus inquietudes y siendo consciente de las consecuencias de su actuación con él, siendo la figura que representa a la institución sanitaria en ese momento y, por tanto, la impresión que lleve el paciente del celador será extrapolable por consiguiente a la que se lleve del hospital para el que trabaja.

2 Objetivos

- Definir el modo más adecuado de comunicación del celador en relación a los enfermos y sus familiares, cumpliendo una serie de técnicas básicas de trato con todos ellos.
- Concretar la clase de información específica que puede transmitir el celador en sus tareas diarias.
- Exponer las pautas a seguir por el celador a la hora de dirigirse a los pacientes

y familiares.

- Especificar las características más relevantes de la relación-trato del celador con el paciente.

3 Metodología

Para la confección del presente artículo se ha procedido a una revisión bibliográfica de información basándose en la búsqueda rigurosa en diferentes revistas de carácter científico y de base de datos sobre la relación general y de atención que mantiene el celador con los pacientes y sus familiares en su trabajo diario. Paralelamente, se ha recurrido a las páginas webs: <https://revistamedica.com> y <https://fisiostar.com>,

sirviendo de guía, una vez introducidos como términos de búsqueda los siguientes: "relación del celador con enfermos y familiares", "tipo de información que transmite el celador" y "características del trato entre celador y pacientes".

4 Resultados

El comportamiento del celador frente a los enfermos y sus familiares debe ser educado, respetuoso, delicado y humano, por estar tratando con personas que padecen algún tipo de enfermedad, y siendo conocedor de que esta relación emana como figura integrante de una institución sanitaria, de la que es el primer profesional visible al exterior.

Un análisis concreto de las situaciones más comunes detallan que los problemas de salud del paciente provocan que se preocupe y se deprima y, por otro lado, la familia igualmente atravesará un momento complicado compartiendo dicha preocupación por la salud del enfermo, así como por la incertidumbre de cuánto tiempo tardarán los servicios sanitarios en prestar las primeras atenciones, y de quiénes se ocuparán de él. Una vez contextualizadas estas circunstancias, es más fácil comprender que tanto el enfermo como sus familiares prestarán más atención a todos los pormenores de la atención, siendo más propensos a caer en una sensación de desamparo en caso de cualquier mínimo error o descuido.

La información que transmita el celador a pacientes y familiares debe ser lo más clara, sencilla y concreta posible de forma que cualquier persona pueda comprenderla, y siempre se realizará de un modo respetuoso y educado.

En cuanto al tipo de información que el celador podrá facilitar al paciente, ésta versará acerca de la clase de servicios que ofrece el hospital, la localización de las diferentes consultas dentro de la arquitectura del centro, los horarios de visitas

así como de las consultas médicas, la ubicación de los transportes al centro y sus horarios y los alojamientos disponibles para sus familiares. Tan importante como el tipo de información que transmite el celador serán las pautas a seguir para que dicha información llegue al paciente de la manera más humana posible. Por ello, deberá dirigirse al enfermo por su nombre, explicándole lo que se le va a realizar, tranquilizándole en caso de estar nervioso, mostrándole compañía y amabilidad, animándole si está decaído y actuando con calma en todo momento para contribuir a que el enfermo vaya confiando en todo el personal sanitario.

De la misma manera, el celador deberá informar a los acompañantes y familiares del paciente en lo que se refiere al procedimiento para presentar quejas o reclamaciones, a las que dará curso, trasladándolas a su superior jerárquico o a los locales habilitados para atención al paciente en caso de ser necesario. Adicionalmente, les informará sobre el número de habitación y planta de hospitalización del enfermo, transmitiendo la tranquilidad necesaria que ayude a minimizar sus preocupaciones. El celador tratará de localizar a los acompañantes en el supuesto de que el paciente los necesite, por medio de la megafonía del hospital y acudiendo a otras dependencias del hospital hasta encontrarlos. Pero al mismo tiempo, el celador debe tener muy clara la premisa de que estará sujeto al secreto profesional sobre la información generada en el ejercicio de su cargo y, por tanto, entre la información que proporcione nunca se incluirá la relativa al estado de los enfermos y, si se la solicitasen, su obligación consistiría únicamente derivar dicha petición al personal médico competente.

Cuando el enfermo deba quedar hospitalizado, el celador deberá hacer gala de su empatía con los familiares y acompañantes, entendiendo que dicha situación puede suponer para ellos sufrir preocupaciones de diverso tipo, tales como las de tipo económico ocasionadas por gastos imprevisibles o las de tipo familiar provocadas por la obligación del cuidado de menores. Asimismo, los familiares pueden mostrar nerviosismo ante la proximidad de recibir el resultado de una operación o de una prueba. Por todo ello, el celador deberá prestar la máxima atención posible para que tanto el enfermo como sus familiares perciban su predisposición por ayudarles durante todo el proceso de hospitalización, con una actitud tranquilizadora y colaborativa, evitando caer en manifestaciones de superioridad que puedan herir su sensibilidad, y en la que predomine el respeto, basándose en un trato individual que se acomode a la personalidad del paciente al que se atienda. La imagen que irradie el celador al exterior será en una gran proporción el reflejo de la imagen que se lleven el enfermo y sus familiares y acompañantes acerca de la calidad de servicio sanitario recibido.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe ser consciente de la importancia de su figura en relación a la imagen que la institución sanitaria proyecte al exterior, ya que va a ser el primer profesional que mantenga contacto con el enfermo y sus familiares o acompañantes, y su actuación y forma de comunicarse influirá en gran proporción, por tanto, en el estereotipo que aquellos se generen sobre la calidad de la atención y del servicio recibido desde el primer momento de su llegada al hospital. Desde el punto de vista psicológico de esa primera atención, el celador debe ser conocedor de que frecuentemente la llegada al hospital supone nerviosismo y preocupación para el enfermo y sus acompañantes por la incertidumbre de la gravedad del que ingresa. Por ello, el celador mostrará una actitud tranquilizadora, paciente, colaborativa y de respeto, destacando por un comportamiento empático y de saber escuchar y evitando caer en conductas de superioridad que puedan herir las sensibilidades. El trato del celador con el enfermo será individualizado, procurando comprender las preocupaciones que le acechan y la personalidad de la que emanan. En cuanto al tipo de información que el celador puede transmitir, será toda la posible suficiente para aclarar las dudas al paciente y sus acompañantes en relación con los funcionamientos de los servicios del hospital pero sin olvidarse de que está sujeto al secreto profesional y, por tanto, deberá guardar silencio en torno a toda la información que se genere en el ejercicio de su cargo y particularmente la relativa a la enfermedad del paciente, siendo el profesional médico el único competente para informar sobre dicho extremo.

6 Bibliografía

1. <https://fisiostar.com/celador/como-actuar-con-enfermos-y-familiares-en-un-hospital>.
2. <https://revistamedica.com/celador-relacion-enfermos-familiares-centro-hospitalario>.
3. <https://congresosicepa.com/relacion-celador-pacientes-familiares/>.

Capítulo 223

FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

MARTA ALEXANDRE GARCÍA

LLANOS SANTOS CUENCA

RAQUEL MARÍN PEÑA

JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ

ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA

1 Introducción

Dentro del servicio de quirófano en un hospital las funciones del celador van a variar dependiendo del tipo de intervención quirúrgica que se le vaya a practicar al paciente, ya que son muchas las especialidades quirúrgicas que se pueden practicar en este servicio. Hay especialidades como cirugía general (donde va a depender mucho del tipo de operación y será distinta la posición en la que vayamos a colocar al paciente para la misma). También se realizan operaciones de cirugía con anestesia local para pacientes que no dependen de una hospitalización porque es un tipo de cirugía menor o ambulatoria, (el paciente después de la operación se recupera y se marcha a su domicilio) con lo que el paciente acude a la puerta de quirófano donde será llamado por el personal que presta allí su labor como es el caso del celador. Irá al quirófano con las pautas recibidas por el especialista que vaya a realizar la intervención (ayunas de 6 horas, rasurado de la zona, etc.). Y una vez sea llamado por el personal, atenderá las órdenes de éste

para proceder a realizar esta intervención y así poder subsanar o diagnosticar el problema que en su día se detectó tanto por el paciente como por el médico especialista para dicha operación quirúrgica.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del celador en el quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Estando destinado en este servicio como celador, y en el quirófano de cirugía, primeramente el médico anestesista y posteriormente el médico especialista en cirugía general, le piden que coloque al paciente en la posición de decúbito supino con los brazos en cruz (donde colocaremos los brazaletes correspondientes para esta posición), para realizar una intervención de extirpación del apéndice, y una vez comenzada la misma, permaneceremos en el antequirófano por si necesitan de nuestros servicios.

Las funciones de los celadores en el servicio de quirófano, dan como resultado una buena coordinación con el equipo que trabaja en este servicio especial, donde el trato con los pacientes y los conocimientos de sus funciones, son primordiales para la buena práctica y el funcionamiento del quirófano. Son varias situaciones las que se dan dependiendo de la operación quirúrgica a realizar por lo que unos grandes conocimientos en la materia serán precisos para que todo salga dentro de lo esperado en las operaciones de los pacientes. Hay estadísticas realizadas por distintos servicios quirúrgicos en los que cabe destacar siempre la sinergia y la empatía de todo el equipo de quirófano con el fin de que el paciente se sienta en todo momento tranquilo y con confianza hasta el final de la operación, éste es un período que entra dentro del perioperatorio (que son varios períodos dentro del mismo), es el llamado período transoperatorio; desde que el paciente es colocado

en la mesa de quirófano, hasta que sale del mismo y es llevado a reanimación o sala de despertar. Es aquí, en la sala de reanimación, donde estará atendido hasta que sea dado de alta, bien ingresara en planta de hospitalización o se marchara a su casa con las pautas que recibirá del médico que le atendió en la operación.

5 Discusión-Conclusión

Con la realización de este trabajo y en este servicio, se llega a la conclusión de que toda persona que trabaja dentro de un hospital o cualquier institución sanitaria, (ya sea pública o privada), tiene una labor importante, puesto que el fin común que hemos de tener, sea el bien del enfermo, y para eso tenemos que tener en cuenta las funciones de los celadores, ya que estos son los primeros trabajadores que reciben al paciente o enfermo al entrar al mismo, y la impresión u opinión que estos tengan de este personal, será esencial para el buen funcionamiento de la institución y la cercanía que se pueda tener tanto con los pacientes o enfermos, como con los familiares de los mismos, ayudándoles en todo momento y despejando cualquier tipo de duda que tengan con todo el funcionamiento del hospital.

6 Bibliografía

1. <https://celadoresonline.bolgspot.com>.
2. <https://revistamedica.com>.
3. <https://www.essaeformacion.com/el-celador-en-el-quiropano>.
4. <https://congresoicepa.com>.

Capítulo 224

EL CELADOR ANTE LA PRONACIÓN DEL PACIENTE INTUBADO

MARTA ALEXANDRE GARCÍA

RAQUEL MARÍN PEÑA

LLANOS SANTOS CUENCA

JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ

ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA

1 Introducción

Ante la actual situación de pandemia en la que vivimos, el contagio por COVID-19 ha llevado a realizar unas maniobras postulares que antes se utilizaban poco. Se realiza más habitualmente la técnica de la pronación del paciente intubado cuando el paciente está contagiado por COVID-19 y padece una neumonía bilateral en las que muchas veces tiene que ingresar en la unidad de cuidados intensivos.

Está comprobado que la pronación del paciente intubado tiene un efecto positivo en la recuperación, ya que la pronación permite que los pulmones se abastezcan mejor de oxígeno. La colocación del paciente en decúbito prono es una técnica no invasiva que ha demostrado su eficacia en varios estudios como tratamiento adicional tratar a los pacientes con neumonía bilateral, como tal, comprender el cuadro clínico de disnea severa, hipoxemia y el rápido desarrollo de infiltrados pulmonares bilaterales. Tumbados boca abajo, decúbito prono, logramos: -

Cambios en la movilidad de la membrana. - Eliminación de secreciones. - Mejor redistribución de las perfusiones. - Mejora la capacidad de ventilación de los pulmones del paciente.

2 Objetivos

Enseñar cómo se prepara al paciente para proceder a la pronación del mismo por el celador y el equipo multidisciplinar.

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

Para la pronación del paciente intubado, informaremos al personal implicado, enfermeros, auxiliares de enfermería y celadores, del tipo de procedimiento y de las actuaciones a llevar a cabo por cada miembro del equipo. Para proceder a la técnica de pronación empezaremos con la colocación del personal y se hará de la siguiente forma:

- El medico facultativo debe colocarse en la cabeza del paciente y sera este quien de las ordenes a cada momento.
- Una DUE (enfermera) se colocará a cada la de la cama a la altura del tórax.
- un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y un celador se colocarán a ambos lados de la cama a la altura de las extremidades inferiores y otra auxiliar de enfermería en la puerta del box.

Colocaremos encima del paciente tres almohadas una el la zona torácica, otra en caderas y la otra a la altura de las rodillas. Seguidamente le colocaremos entremetida y sabana bajera, para que cuando este decúbito prono ya se quede con la cama hecha.

El personal sanitario es el que se va a encargar de que drenajes, sondas, electrodos y todo tipo de medicación que tenga el paciente no se suelte, para ello tendrán que sujetar todos los catéteres.

El celador debe colocar la cama en posición horizontal la suelo, a la orden del medico desplazaremos al enfermo hacia el lado de la cama en posición decúbito lateral. Seguidamente colocamos al paciente al borde contra lateral a la vez que lo vamos girando y lo colocaremos en decúbito prono, a la orden del medico intensivista.

Cuando el paciente se encuentra en decúbito prono se le colocan los electrodos en la espalda y se le gira la cabeza. Acomodando lo máximo posible para evitar daños colaterales.

5 Discusión-Conclusión

No se ha observado que haya una evidencia significativa en que la posición decúbito prono reduzca la tasa de mortalidad, pero sí que mejora positivamente la saturación del paciente.

Los pocos estudios registrados sobre el tema junto con la equivocada idea de la dificultad de la maniobra, el riesgo de complicaciones, el deficiente conocimiento de las contra indicaciones, así como la falta de acuerdo sobre la duración y los parámetros para medir el éxito, no demuestran niveles de evidencia ni grados de recomendación.

El celador tiene que estar debidamente formado para poder realizar esta movilización ya que un error por parte del celador podría acarrear fatales consecuencias.

6 Bibliografía

1. <http://revistamedica.com/>.

Capítulo 225

MOVILIZACIÓN POR EL CELADOR DEL PACIENTE TRAUMATIZADO

MARTA ALEXANDRE GARCÍA

LLANOS SANTOS CUENCA

JOSÉ MANUEL LISON MARTÍNEZ

RAQUEL MARÍN PEÑA

ÁGUEDA MARTÍNEZ BLEDA

1 Introducción

Podemos definir traumatismo como toda lesión o herida que sufre un paciente en sus tejidos y órganos. Podemos destacar desde esguinces, fracturas, luxaciones. En medicina se define como paciente traumatizado a aquel que ha sufrido algún tipo de herida seria y que podría poner en riesgo su vida.

Existen dos tipos de traumatismos dependiendo de la zona:

- Traumatismos auriculares que son aquellos que afectan a articulaciones como luxaciones o esguinces.
- Traumatismos óseos que afectan directamente al hueso.

Hoy en día una de las patologías que tiene mas incidencia en la población es el traumatismo craneo encefálico. Para saber que tipo de traumatismo tiene el paciente se utilizan unas pruebas diagnosticas como son los rayos X. Otras veces si tenemos una herida abierta podemos observar si hay rotura ósea en el caso de fractura.

Existen traumatismos que se recuperan a los pocos días y otros que necesitan intervención quirúrgica como las fracturas óseas.

Otras veces no hay ningún tipo de lesión a la vista pero si podría haber una lesión interna que dañe tejidos profundos.

Es importante la prevención a la hora de evitar caídas que puedan originar un traumatismo, ya que con la edad las personas tienden a caerse mas o que nos den un golpe que acabe en fractura.

2 Objetivos

- Definir todas las funciones del celador en la movilización del paciente traumatizado, técnicas para su movilización, traslado y/o cambio postural.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los pacientes que se encuentran ingresados o bien que acuden al servicio de urgencias por alguna lesión traumática, deben recibir una ayuda tanto del personal sanitario como del celador ya que por ellos mismos no pueden realizar movimientos.

En este tipo de ayuda, el celador y el personal sanitario deben de estar bien formados para que la movilización de la zona traumatizada no sufra otro tipo de lesiones.

Si un paciente acude al servicio de urgencias por un accidente de tráfico, la movilización deberá hacerse en bloque, hasta que le realicen las pruebas diagnosticas. Para moverlo en bloque se necesitan cinco personas, dos a cada lado del paciente y una persona en su cabeza, que será esta quien de la orden a la hora de moverlo en bloque.

Tanto el celador como el resto del personal sanitario deben de seguir unas técnicas y normas a la hora de cualquier movilización traumática:

- Se deberá despejar la zona donde se va a trabajar la movilización, retirando cualquier elemento que pueda entorpecer la movilización.
- Realizar esfuerzos con los miembros inferiores, muslos y piernas.
- Debemos trabajar con la columna vertebral erguida y situarnos lo mas cerca del borde de la cama.
- Se debe de manejar al paciente traumatizado con mas de una persona.
- Para levantar al paciente debemos tener especial cuidado con la espalda para reducir el riesgo de lesionarse esta.

Para transferir al paciente traumatizado desde la camilla de la ambulancia a la cama hospitalaria debemos alinear las dos a la misma altura. Seguidamente se frenaran ambas.

Se debe mantener la alineación del paciente en todo momento, cabeza- cuello- tronco. Sera el enfermero o el medico quien se coloque en la cabeza del paciente y será este quien dará las ordenes para poder realizar la transferencia.

En cualquier tipo de movilización hay que asegurarse de la seguridad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En toda movilización siempre se requiere la ayuda del celador. Es por ello que tiene un papel importante a la hora de realizar sus funciones.

El celador en la movilización del paciente traumatizado debe poseer unos amplios conocimientos no solo en la teoría sino en la practica para evitar toda lesión y daño al paciente. El celador adopta un papel esencial en la colaboración y ayuda con el resto del personal sanitario en un objetivo común que es en todo momento preservar la seguridad y salud del paciente.

La figura del celador resulta imprescindible para el buen desarrollo y funcionamiento del centro sanitario.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/>.
2. <https://www.congreosicepa.com/>.

Capítulo 226

LA SALUD OCUPACIONAL DEL CELADOR

JESUS CLEMENTE GARCIA

MARIA DEL PILAR LILLO IRALA

TERESA LORENTE PEREZ

JORGE ROBLES CLAVEL

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

1 Introducción

El celador es un miembro indispensable en el equipo de atención médica, responsable de múltiples tareas que involucran el transporte de pacientes, el mantenimiento de las instalaciones y la colaboración en diversos procedimientos médicos. Sin embargo, debido a la naturaleza de su trabajo, los celadores están expuestos a diversos riesgos laborales que pueden afectar su salud y bienestar.

Este trabajo científico aborda la salud ocupacional del celador, un profesional esencial en el sector de la salud. Se examinan los riesgos laborales a los que se enfrentan los celadores, así como las medidas preventivas para reducir la exposición a estos riesgos.

Para que se cumpla el trabajo ocupacional y el celador trabaje en óptimas condiciones, se tienen que tener en cuenta los riesgos laborales como las lesiones musculoesqueléticas, la exposición a agentes biológicos, los riesgos ergonómicos y

los riesgos psicosociales; para que esto se cumpla es necesario tener en protocolos unas medidas preventivas para evitar lesiones; además de promocional el bienestar laboral como fomentar el trabajo en equipo, flexibilidad laboral y programas de actividad física además del reconocimiento y las recompensas. Todo esto son aspectos esenciales para garantizar una buena calidad y seguridad en el trabajo y para tener una atención de calidad hacia los pacientes.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo analizar los riesgos que tienen los celadores en su trabajo y proponer medidas preventivas para mejorar la salud ocupacional del celador.

3 Metodología

La investigación se basa en la revisión bibliográfica de estudios científicos, normativas y estadísticas relacionadas con la salud ocupacional del celador. Se ha realizado la búsqueda mirando términos como "salud ocupacional en el trabajo del celador de hospital" entre otros términos.

4 Resultados

En la salud ocupacional del celador se van a tener en cuenta los riesgos laborales a los que está sometido, las medidas preventivas para mejorar la salud ocupacional y la promoción del bienestar laboral.

1. Riesgos Laborales del Celador: Los riesgos laborales más comunes a los que se enfrentan los celadores incluyen: a) Lesiones musculoesqueléticas: La manipulación de pacientes, movilización de equipos pesados y posturas inadecuadas pueden provocar lesiones en músculos y articulaciones. b) Exposición a agentes biológicos: Los celadores están expuestos a patógenos como bacterias y virus al interactuar directamente con pacientes y objetos contaminados. c) Riesgos ergonómicos: Las condiciones de trabajo inadecuadas pueden generar fatiga, dolor y trastornos musculoesqueléticos crónicos. d) Riesgos psicosociales: El estrés laboral, la carga emocional y la falta de apoyo pueden afectar negativamente la salud mental y el bienestar emocional del celador.
2. Medidas Preventivas: Para mejorar la salud ocupacional del celador, se deben implementar las siguientes medidas preventivas: a) Capacitación y formación:

Proporcionar una formación adecuada en técnicas de movilización segura y ergonomía, así como protocolos de bioseguridad. b) Equipamiento adecuado: Proporcionar dispositivos y herramientas ergonómicas para reducir la carga física en el manejo de pacientes y equipos. c) Uso de equipo de protección personal (EPP): Garantizar que los celadores cuenten con EPP apropiado, como guantes, mascarillas y batas, para protegerse de los riesgos biológicos. d) Rotación de tareas: Implementar la rotación de tareas para evitar la exposición prolongada a situaciones de alto riesgo y reducir la fatiga física. e) Apoyo psicológico: Proporcionar apoyo psicológico y programas de asistencia para ayudar a los celadores a afrontar la carga emocional y el estrés laboral. f) Evaluación y control de riesgos: Realizar evaluaciones periódicas de riesgos laborales y adoptar medidas correctivas cuando sea necesario.

3. Promoción del Bienestar Laboral: La promoción del bienestar laboral es crucial para mantener la salud física y mental del celador. Algunas estrategias incluyen: a) Fomentar el trabajo en equipo: Fomentar la colaboración y el apoyo entre colegas puede mejorar la satisfacción en el trabajo y reducir el aislamiento. b) Flexibilidad laboral: Ofrecer horarios flexibles y tiempos de descanso adecuados para evitar la fatiga y el agotamiento. c) Programas de actividad física: Promover el ejercicio físico regular para mejorar la condición física y prevenir lesiones. d) Reconocimiento y recompensas: Reconocer el trabajo y el esfuerzo de los celadores mediante programas de reconocimiento y recompensas. e) Campañas de salud y bienestar: Realizar campañas de sensibilización sobre la importancia de la salud y el bienestar en el entorno laboral.

5 Discusión-Conclusión

La salud ocupacional del celador es un aspecto esencial para garantizar su bienestar y desempeño en el ámbito de la salud. La identificación de riesgos laborales y la implementación de medidas preventivas son fundamentales para proteger la salud física y mental de estos profesionales. Así mismo, la promoción del bienestar laboral contribuye a mejorar la calidad de vida y la satisfacción en el trabajo del celador, beneficiando tanto al profesional como a la institución de salud en su conjunto. La cooperación de todos los actores involucrados es fundamental para asegurar un ambiente laboral seguro y saludable para los celadores en el medio hospitalario.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/riesgos-fisicos-prevencion-celador/>.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-y-la-manipulacion-de-cargas-en-el-trabajo/>.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-y-el-trabajo-en-equipo-en-los-centros-hospitalarios/>.
4. <https://www.riojasalud.es/servicios/prevencion-riesgos-laborales/articulos/prevencion-de-riesgos-laborales-en-el-sector-sanitario>.

Capítulo 227

LOS PINCHES Y LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS EN LOS HOSPITALES

GUADALUPE MAESTRE PEREZ

ELIO CRESPO ZAFRA

ANA GOMEZ GIL

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

1 Introducción

Es fundamental establecer patrones conductuales educativos relacionados con prácticas de alimentación saludable desde edades tempranas. Las muertes, la morbilidad y la mortalidad vinculadas a cuestiones relacionadas con la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la inocuidad de los alimentos están estrechamente relacionadas. De hecho, la Organización Mundial de la Salud estima que la mala manipulación de los alimentos es la principal causa del 40% de las enfermedades transmitidas por los alimentos. Cabe señalar que aproximadamente 600 millones de personas, o casi 1 de cada 10 personas, en todo el mundo contraen enfermedades por comer alimentos contaminados cada año, y algunas de ellas mueren como resultado. Los problemas de salud provocados por alimentos en mal estado suelen ser de naturaleza infecciosa o tóxica y son provocados por bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas que ingresan al cuerpo a través de alimentos o agua en mal estado. Estos patógenos son capaces de causar meningitis o diarrea

extremadamente mala. La salmonela, la gastroenteritis y otras afecciones son causadas con mayor frecuencia por las bacterias más conocidas. Cuando se habla de manipulación de alimentos, es importante recordar que la inocuidad de los alimentos se refiere a todos los alimentos que no dañan ni perjudican a quienes los consumen y que, junto con sus cualidades nutritivas, comerciales y organolépticas, forman la cualidad esencial de un alimento. Seamos o no profesionales dedicados a la manipulación de alimentos, todo el mundo debe adherirse a una serie de buenas prácticas para garantizar la calidad de los alimentos mediante una manipulación y un tratamiento adecuados. Enumeramos algunas precauciones a tomar, como mantener una buena higiene de manos, abstenerse de toser o estornudar mientras se toca la nariz, usar solo ropa profesional y dejar de fumar.

2 Objetivos

Dar a conocer los requisitos que debe de conocer un pinche de cocina sobre la manipulación de alimentos y sus riesgos a la hora de prepararlos.

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

Dado que entran en contacto directo con los alimentos durante varias etapas, como la preparación, la fabricación, el procesamiento, el envasado, el almacenamiento, el transporte y el servicio, los manipuladores de alimentos desempeñan un papel crucial en su línea de trabajo. Cuando no se siguen las normas básicas de higiene durante la manipulación, los microorganismos patógenos pueden propagarse y entrar en contacto con los alimentos, lo que a su vez puede causar problemas de salud para el consumidor. El manipulador soporta una pesada carga, por lo que debe desarrollar una serie de hábitos y patrones de comportamiento que harán que su actividad laboral sea totalmente ética. Según el riesgo asociado con su línea de trabajo, podemos clasificar a los manipuladores de alimentos en dos niveles. Identificamos a los 780 manipuladores de alto riesgo:

aquellos que tienen contacto directo con alimentos que no se procesan más antes de servirlos al consumidor. Por lo tanto, este nivel incluye a las personas que ayudan en la preparación de alimentos, como los ayudantes de cocina. Por otro lado, existen manipuladores de bajo riesgo que trabajan con alimentos que estarán expuestos a procesos de fabricación antes de ser consumidos, como los portadores de alimentos. El Real Decreto 2505/1983, de 4 de agosto, contiene directrices para fomentar y promover programas de formación en higiene alimentaria para el colectivo de manipuladores de alimentos. En él se describen los requisitos que deben cumplir los manipuladores de alimentos, en este caso los ayudantes de cocina, en relación con las prácticas de manipulación e higiene. Como ya hemos mencionado, es fundamental practicar una buena higiene para evitar la propagación de enfermedades a los consumidores. Las pautas fundamentales que deben cumplirse a nivel específico del trabajador son.

- Estar libre de cualquier enfermedad contagiosa es el estado de gozar de la mejor salud. Una buena higiene personal incluye cortarse las uñas y mantener las manos limpias antes de manipular alimentos. Vestimenta adecuada: vestimenta formal de trabajo que incluye todos los accesorios requeridos, como gorro y guantes, entre otros. También debemos cumplir una serie de normas en lo que se refiere al mantenimiento y limpieza de las instalaciones y su mobiliario. Después de manipular alimentos, limpieza de superficies y herramientas. Limpiar los utensilios y platos antes de usarlos para servir la comida. Utilizar siempre los agentes de limpieza adecuados. Raspar los desechos sólidos. Usar agua potable para enjuagar. Siempre que sea necesario, desinfectar las superficies de corte. La salud y la seguridad de los alimentos durante los procesos de transporte, servicio y comercialización son las principales preocupaciones de la manipulación de alimentos.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación es un proceso necesario para el ser humano, por lo que su calidad, inocuidad y componentes nutricionales son cualidades que mejorarán la calidad de vida y el estado de salud de las personas. Los errores en la manipulación de alimentos darán como resultado la propagación de enfermedades y otros problemas de salud entre las poblaciones. Las distintas etapas que podemos encontrar a lo largo de la cadena alimentaria, desde la producción de los alimentos hasta su servicio al consumidor, pueden contribuir a los principales problemas de salud derivados de una mala manipulación de los alimentos. Los problemas de seguridad alimentaria son la causa principal de numerosas infecciones virales y bacteri-

anas, así como de múltiples síntomas como diarrea y vómitos. El carné de manipulador de alimentos, que les puede habilitar para el desempeño de sus funciones, es uno de los requisitos que deben cumplir todos los profesionales que trabajan directamente con alimentos en la actualidad. Los pinches son uno de esos colectivos de profesionales que, además de poseer el citado carné de manipuladores de alimentos, y actualizar constantemente a través de talleres y cursos sobre la materia. Jugamos un papel crucial en el manejo, de conservar y preparar de los alimentos, por lo que nos adherimos estrictamente a los protocolos y estándares establecidos en materia de higiene alimentaria.

6 Bibliografía

1.López Palomino MB, Garrido Amable O, Vargas Izquierdo J, Semper González AI. Experiencias de capacitación a manipuladores de alimentos desde la promoción de salud. Organización Mundial de la Salud. Inocuidad de los alimentos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/food-safety> Cortés Sánchez AJ, Guzmán Medina C y la seguridad alimentaria.

Capítulo 228

LAS FUNCIONES QUE TIENE EL PINCHE EN UNA COCINA HOSPITALARIA

GUADALUPE MAESTRE PEREZ

ANA GOMEZ GIL

ELIO CRESPO ZAFRA

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

1 Introducción

1 Introducción Cocinar es mucho más que simplemente hacer comida. Las personas se volvieron más conscientes de su entorno y de cómo interactúan con el entorno gracias al arte de cocinar. Diferentes pueblos antiguos del mundo tenían diferentes hábitos alimenticios debido a las diferencias en los métodos de preparación de alimentos y la introducción de nuevos ingredientes, se fue complicando el trabajo para el cocinero, puesto que tenía que preparar y cocinar, en estos momentos es cuando aparece la figura de una persona que se dedicaba a esa labor de preparación el pinche. Actualmente, podemos distinguir claramente los componentes de la cocina debido a la evolución de la cocina y sus métodos. Hay muchos más profesionales implicados además del cocinero y el pinche, como nutricionistas o técnicos superiores en nutrición y control de alimentos. En esta

figura se denomina al pinche, a la persona que dedica su actividad profesional a trabajar en una cocina y ayudar al jefe de cocina. Las tareas específicas asignadas por un jefe de cocina deben ser completadas por el pinche. También realiza otras tareas, como el mantenimiento y limpieza de los utensilios de cocina, preelaboración y preparado del género que podemos destacar como algunas de sus funciones más importantes.

2 Objetivos

Realizar un trabajo sobre las tareas y funciones y responsabilidades que desempeñan los pinches en las cocinas hospitalarias a la hora de desarrollar su trabajo.

3 Metodología

Para realizar este capítulo, hemos buscado en varias páginas de internet y mirado en distintos libros, con la finalidad de conocer más las funciones que tiene el pinche en una cocina hospitalaria y saber el trabajo que desempeña en las mismas.

4 Resultados

A lo largo de la historia se han ido incorporando nuevos alimentos e ingredientes a nuestra dieta, y esto, junto con los avances científicos y tecnológicos, ha revolucionado la industria culinaria. Es difícil precisar la ubicación histórica exacta de la figura del pinche. Dado que esta persona, al día de hoy no está reconocido como un título oficial en sí, como podemos ver en él. Tanto es así que, podemos decir que encontró un lugar en la cocina haciéndose paso a un trabajo honesto. En cuanto a su oficio particular, es preparar el género de la forma adecuada, como, de cortar una pata o un ave, tarea que dista mucho de ser sencilla, ya que se realizaba en el aire, de acuerdo con los textos antiguos. Por eso en el contexto de la salud el pinche es necesario en una cocina hospitalaria para la elaboración de las distintas dietas. Y describimos a continuación lo que realiza y sus funciones como trabajador del personal en la cocina del hospital. Sirve para los siguientes propósitos, entre otros.

- Hacer provisiones para el aderezo de acuerdo con las instrucciones del cocinero.
- Asistencia en la elaboración de platos particulares. Los alimentos como las verduras, la carne y el pescado deben pelarse y cortarse.

- La iluminación, conservación y conservación de viviendas y hornos, así como su limpieza y desinfección. Limpieza de instalaciones de cocina y anexos; Limpieza de utensilios y equipos de cocina y comedor.
- Los auxiliares cuyo servicio se desarrolle en los pisos del hospital colaborarán para servir los alimentos a los pacientes y personal de la institución con derecho a apoyo; realizarán la limpieza de los utensilios de cocina y comedor destinados a los oficios de las plantas y sus locales.
- Informar al público sobre maquinaria peligrosa o defectuosa.
- Continuar manteniendo un ambiente de trabajo limpio y seguro. Dada la variedad de tareas de las que son responsables, los ayudantes de cocina deben ser profesionales polivalentes. Juegan un papel crucial en la cocina porque su colaboración con los cocineros es necesaria para la satisfacción de los pacientes ingresados.

5 Discusión-Conclusión

La importancia del Servicio de cocina junto al particular sanitario son, como complemento del trato de los pacientes, se debe realizar una buena distribución de los trabajadores de la cocina, en la mayoría de hospitales tiene que haber una buena organización y repartir de la manera que más convenga al particular de cocina. Para entender el funcionamiento del particular se debe asignar unas funciones a cada pinche, y seguir una rotación semanal, de manera que todos los pinches tiene que ocupar todos los puestos. Diariamente aparecerá en su planilla la tarea a desempeñar de manera que cada cierto tiempo tienen que variar y evitar en lo posible la repetición de los trabajos a desempeñar para no cargar al particular.

6 Bibliografía

- 1.<https://blog.editorialcep.com/>
- 2.<https://sinfsa.com/>

Capítulo 229

EL PINCHE DE COCINA Y LOS CONOCIMIENTOS EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

ELIO CRESPO ZAFRA

ANA GOMEZ GIL

GUADALUPE MAESTRE PEREZ

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

1 Introducción

Se debe educar a la población mediante modelos educativos que fomenten la alimentación saludable y el ejercicio regular debido a que estas enfermedades actualmente tienen una alta prevalencia y mortalidad a nivel mundial. Una alimentación saludable es aquella que aporta al organismo los nutrientes y la energía suficientes para desarrollar todas y cada una de las funciones corporales que requiere en cada etapa de la vida. Adicionalmente, promueve las funciones de prevención de enfermedades y reducción de riesgos. Las funciones de los pinches como ayudantes de cocina les exigen realizar una variedad de tareas, incluida la preparación de comidas y platos específicos. Por lo tanto, deben conocer los métodos, las leyes y la información más reciente sobre los alimentos y sus propiedades saludables. Como consecuencia de las diversas creencias religiosas y

culturales que alteran este patrón y de que cada individuo tiene unas necesidades y prioridades diferentes en lo que a alimentación se refiere, en la actualidad existen diversos modelos de alimentación saludable. La Organización Mundial de la Salud establece que una dieta debe ser moderada, lo que significa que debe aportar a la persona la energía que necesita, variada, que aporta todos los nutrientes que necesita, y equilibrada, lo que significa que debe tener la cantidad adecuada de cada nutriente y ser adecuado a las diversas necesidades nutricionales de la población.

2 Objetivos

Conocer la alimentación necesaria para llegar a tener una alimentación buena y saludable.

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 Organización Mundial de la Salud considera que la alimentación poco saludable es un problema de salud pública mundial porque contribuye a muchas enfermedades no transmisibles y a la inactividad física. Para mantener la salud y la calidad de vida, es fundamental fomentar hábitos alimentarios saludables que duren toda la edad adulta y comiencen en la primera infancia. La alimentación saludable actúa como una barrera contra muchas enfermedades, como la diabetes, la hipertensión, la obesidad y el sobrepeso. De acuerdo con la pirámide alimenticia, los estilos de vida saludables requieren comer de 3 a 4 raciones de verduras y hortalizas al día, 2 a 3 raciones de fruta fresca de temporada, 1 a 2 raciones de lácteos, 4 cucharadas de aceite de oliva o aceite de oliva virgen extra al día, 1 ración de especias, hierbas aromáticas y frutos secos al día, 3 raciones de legumbres a la semana y comer pescado, carne blanca y huevos de 3 a 5 días a la semana. Dado que la comida que se sirve en la industria de la salud es diferente a

la que se encuentra en los hoteles y restaurantes, su calidad no debe verse comprometida durante la preparación. Varios profesionales, incluidos los ayudantes de cocina, están involucrados en los distintos aspectos de la preparación de alimentos en hospitales y otros entornos socio-sanitarios. Todos estos profesionales deben respetar las cualidades organolépticas de la dieta, incluido su olor, sabor y textura, para mantener un alto nivel de nutrición. Sin olvidar que también deben cubrir los requerimientos nutricionales de los pacientes, adaptarse a la patología por la que han sido ingresados en el hospital y ayudar a su recuperación. Para satisfacer el hambre de los pacientes en los horarios señalados manteniendo la calidad higiénica y organoléptica de los alimentos, se debe contar con el servicio de cocina. La comodidad de los pacientes durante su estadía en el hospital depende en gran medida de su capacidad para comer de manera saludable, lo cual es un servicio crucial.

5 Discusión-Conclusión

La sociedad globalizada de hoy debe de exponer a las personas a una variedad de situaciones estresantes que frecuentemente les impiden realizar incluso las tareas diarias más básicas, como mantener una dieta saludable. Numerosos problemas de salud, como la obesidad y la hipertensión, se han relacionado tanto con una mala alimentación como con la inactividad física. Mantener hábitos de vida saludables es una responsabilidad compartida por los profesionales de la salud y el personal de cocina. A través de la implementación de políticas dirigidas a preservar la salud y el individuo, estamos obligados a tomar un papel activo en la prevención y protección de la salud de todas las personas desde las primeras etapas de la vida. La Organización Mundial de la Salud recomienda que todas las personas tienen que consumir una dieta moderada, variada, equilibrada y adecuada para mantener una dieta saludable. Es importante cumplir con las pautas de la pirámide alimenticia, que incluyen, entre otras cosas, consumir 3 o 4 porciones de verduras, 2 o 3 porciones de fruta fresca de temporada y 1 o 2 porciones de productos lácteos por día. En nuestro caso, el país en el que residimos es muy rico en la producción de frutas y verduras. La dieta mediterránea es también una de las mejores y más saludables según los estudios, ya que está relacionada con una disminución del número de enfermedades cardiovasculares.

6 Bibliografía

1. Martínez Bebia M, Latorre JA, Giménez Blasi N, Anaya Loyola MA, López Moro A. Variedad en la calidad de dieta en adultos españoles y mexicanos.
2. Valero Gaspar T, Ávila Torres JM, Varela Moreiras G. Educación para una gastronomía saludable: restos y oportunidades en la alimentación institucional. Nutrición Hospitalaria.
3. Gómez Candela C, Palma Milla S, García Vázquez MN, Calvo Bruzos SC. Manual de nutrición.

Capítulo 230

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN CONTRA EL ESTRES LABORAL

JOSÉ MARÍA MEDINA BERNARDO

ROSALIA GOMEZ MURCIEGO

BEATRIZ GONZÁLEZ CHICHARRO

MONTSERRAT GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ANGELES IBÁÑEZ ALONSO

1 Introducción

El estrés se ha convertido en un problema para el conjunto de la sociedad. Son diversas sus posibles causas, y el trabajo es una de ellas. Identificar los síntomas, e intentar mejorar la organización o adaptar nuestros hábitos para hacerlos más saludables pueden ser formas de paliarlo.

El estrés laboral es uno de los asuntos más importantes en diferentes países y en diferentes tipos de ámbitos del trabajo y tiene muchas consecuencias nocivas, incluyendo las enfermedades circulatorias y gastrointestinales, otros trastornos físicos, psicosomáticos y psicosociales; así como baja productividad. Se ha puesto mucho énfasis en mejorar las condiciones de trabajo y la organización del mismo para disminuir el estrés relacionado con el trabajo y sobre las medidas prácticas para hacer frente a situaciones de trabajo estresantes. Estudios recientes de la

OIT nos han dicho que hay puntos de comprobación de aplicación común para el estudio y reducción del estrés en el trabajo. Es decir, el estrés laboral se ha convertido en un problema internacional para las personas trabajadoras y por ello es esencial partir de una base preventiva que nos permita tener un enfoque más relacionado con la idea de trabajar para vivir y no la de vivir para trabajar.

2 Objetivos

Señalar la prevención contra el estrés laboral como eje fundamental de solución para la erradicación del mismo así como dar a conocer las causas que lo producen y su afectación internacional para las personas trabajadoras.

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 asertividad. He cotejado esta información con mi experiencia.

4 Resultados

El estrés laboral supone una sobrecarga para la persona al percibir un desequilibrio entre las demandas del trabajo, y los recursos o la propia situación laboral.

Las condiciones laborales, la presión y la inseguridad del mundo del trabajo aumentan en gran medida el estrés laboral, convirtiéndose en el factor fundamental de riesgo psicosocial en el trabajo, algo que las empresas tienen la obligación de vigilar y minimizar.

En términos generales, el estrés puede presentarse en episodios agudos, es decir, puntual, o con carácter crónico, cuando las situaciones que producen estrés no desaparecen, y la respuesta al mismo es mantenida en el tiempo.

Ahora bien, el estrés laboral no siempre será perjudicial para el trabajador. Si es moderado puede interpretarse como un reto profesional, mientras que un nivel muy bajo de estrés disminuye la motivación, y si es muy elevado puede afectar a la salud.

Causas del estrés laboral

Hay muchos factores que pueden causar estrés laboral. Al margen de la interpretación de cada uno, según el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, las causas más frecuentes de estrés laboral son:

La falta de control sobre el desempeño diario.

La sobrecarga de trabajo.

La exigencia en los plazos o ritmos de trabajo.

La presión o responsabilidad sobre la profesión.

La monotonía en el desempeño laboral.

La exposición a violencia o agresiones en el entorno laboral.

Tener condiciones de trabajo físicamente peligrosas.

La falta de apoyo percibido en compañeros o superiores, y el balance negativo entre el esfuerzo y la recompensa obtenida también agravan o potencian el estrés laboral.

Sentir estrés no es una enfermedad, pero si es sostenido o elevado puede influir sobre la salud y el bienestar de los trabajadores.

Algunas profesiones, como las sanitarias, la docencia o los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, son más susceptibles a generar estrés laboral.

A nivel emocional puedes sentir irritabilidad, ansiedad, estado de ánimo bajo, frustración, etc. en el entorno laboral.

A nivel psicológico puedes experimentar dificultad para concentrarte, memorizar, tomar decisiones u organizarte en el día a día.

A nivel conductual puedes disminuir el rendimiento o la productividad, presentar un mayor absentismo laboral, aumentar el consumo de tabaco o alcohol, aislarte de los compañeros, etc.

A nivel fisiológico puedes tener lesiones musculoesqueléticas, especialmente de espalda y cuello, problemas de sueño, hipertensión, etc.

La prevención para paliar el estrés laboral es esencial y puede acompañarse de las siguientes pautas:

Mantener un estilo de vida saludable con horarios de sueño regulares y suficientes, y una dieta sana y equilibrada.

Practicar algún deporte de intensidad moderada es algo que ayuda a desconectar del trabajo y a cuidar tu salud.

Fomentar actividades placenteras fuera del trabajo aporta otras fuentes de bienestar al margen del trabajo.

Ajustar expectativas sobre el trabajo, cuestionarse las exigencias propias y ponerse límites para desconectar y disfrutar de otras cosas.

En la medida de lo posible, gestionar el tiempo laboral, ajustar la organización diaria, o aumentar el control sobre el desempeño diario.

5 Discusión-Conclusión

El liderazgo y la justicia en el trabajo son características de vital importancia para abordar la prevención del estrés en ámbito del trabajo.

En términos generales, es esencial que se tomen medidas preventivas sobre la base de una política clara y de estrategias que den garantías para que el trabajo se desarrolle con condiciones decentes y la mejora de la organización del trabajo. Es muy importante que se establezcan procedimientos concretos para tratar las intervenciones relacionadas con el estrés y poder crear un clima de trabajo para resolver las problemáticas en el trabajo con celeridad. El liderazgo y el trabajo en equipo de directivos y trabajadores son fundamentales.

6 Bibliografía

La prevención del estrés en el trabajo. Oficina Internacional del Trabajo. <https://www.unir.net/ingenieria/revista/estres-laboral/>

Capítulo 231

FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA EN EL HOSPITAL

CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ

JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ

LUCIA AGUJETAS MAYA

ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO

CONCEPCIÓN NIETO QUILON

1 Introducción

El pinche de cocina desempeña un papel crucial en el funcionamiento de la cocina de un hospital. La seguridad alimentaria es fundamental en un entorno hospitalario, donde los pacientes pueden tener sistemas inmunológicos comprometidos. El pinche de cocina se encarga de garantizar que se sigan los estándares de higiene y seguridad alimentaria en la manipulación, preparación y almacenamiento de los alimentos. Esto ayuda a prevenir la propagación de enfermedades transmitidas por los alimentos y asegura que los pacientes reciban comidas seguras y saludables.

La alimentación adecuada es esencial para la recuperación de los pacientes hospitalizados. El pinche de cocina contribuye a la preparación de comidas nutritivas y equilibradas, siguiendo las pautas dietéticas establecidas por los nutricionistas y profesionales de la salud. Su trabajo asegura que los pacientes reciban los nu-

trientes necesarios para su bienestar y promueve una buena salud en el entorno hospitalario (1).

En un hospital, la cocina debe operar de manera eficiente y organizada para garantizar que las comidas se preparen y sirvan a tiempo. El pinche de cocina ayuda en las tareas diarias, como la limpieza, el almacenamiento y la preparación de ingredientes, lo que permite al personal de cocina concentrarse en sus responsabilidades específicas y mantener una operación fluida.

Algunos pinches de cocina pueden colaborar en la planificación del menú en un hospital. Esto implica sugerir opciones de comidas saludables y adaptar las recetas para satisfacer las necesidades dietéticas especiales de los pacientes. Su participación asegura una variedad adecuada de platos y opciones, teniendo en cuenta las restricciones y preferencias alimentarias de los pacientes.

La calidad de las comidas en un hospital puede tener un impacto significativo en la experiencia del paciente durante su estancia. El pinche de cocina desempeña un papel importante en la presentación de los platos y la atención a los detalles, lo que contribuye a una experiencia culinaria más agradable y satisfactoria para los pacientes.

2 Objetivos

Conocer las funciones del pinche de cocina en el hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

El pinche de cocina en un hospital desempeña varias funciones importantes en la preparación de alimentos y el mantenimiento de la cocina.

El pinche de cocina en el hospital ayuda en la preparación de los alimentos que se sirven a los pacientes, médicos, enfermeras y personal del hospital. Esto im-

plica lavar, pelar, cortar y picar ingredientes, así como medir y mezclar los alimentos según las recetas y las indicaciones del chef o supervisor de cocina. La preparación de alimentos en un entorno hospitalario debe cumplir con estrictos estándares de calidad y seguridad para evitar la contaminación y garantizar que los pacientes reciban alimentos seguros y saludables (2).

Los pacientes hospitalizados pueden tener requisitos dietéticos específicos debido a condiciones médicas, alergias o intolerancias alimentarias. El personal de cocina es fundamental para preparar comidas adaptadas a las necesidades de cada paciente.

También debe mantener una cocina limpia y segura es esencial en un entorno hospitalario. El pinche de cocina ayuda en la limpieza y desinfección de utensilios de cocina, equipos, superficies y áreas de trabajo. Esto incluye lavar platos, cubiertos y utensilios de cocina, así como limpiar las mesas, encimeras y pisos de la cocina.

El pinche de cocina en un hospital también puede ser responsable de recibir y almacenar los alimentos y suministros de cocina. Esto implica verificar las entregas, rotar los alimentos según las fechas de vencimiento, mantener los ingredientes frescos y almacenarlos adecuadamente en áreas designadas, como refrigeradores, congeladores y despensas. Y en algunos casos, el pinche de cocina puede colaborar en la planificación del menú diario del hospital. Esto puede implicar sugerir platos nutritivos y equilibrados, así como ayudar a adaptar las comidas a las necesidades dietéticas específicas de los pacientes, bajo la supervisión de un nutricionista o chef (3).

Además de las tareas de cocina, el pinche de cocina en un hospital puede ser requerido para ayudar en la limpieza de áreas comunes, como comedores y cafeterías. Esto puede incluir la limpieza de mesas, recogida de platos sucios y restablecimiento de suministros, contribuyendo a mantener un entorno higiénico para los comensales.

Es importante tener en cuenta que las funciones específicas del pinche de cocina pueden variar según las políticas y necesidades de cada hospital, así como la estructura y tamaño de la cocina y el personal disponible.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el papel del pinche de cocina en un centro de salud es esencial para mantener altos estándares en la seguridad alimentaria, nutrición, logística y experiencia del paciente. Su labor abarca diversas responsabilidades, desde la preparación de comidas hasta la limpieza de utensilios, además de colaborar

en la planificación del menú y garantizar el cumplimiento de rigurosas normas de higiene. El compromiso del pinche de cocina es clave para asegurar que los pacientes reciban comidas saludables y seguras, lo que contribuye significativamente a su bienestar y pronta recuperación durante su estancia hospitalaria. Su dedicación y destreza son fundamentales para proporcionar un ambiente hospitalario donde la alimentación sea una parte vital en el proceso de curación.

6 Bibliografía

1. <https://ccfprosario.com.ar/funciones-del-pinche-de-cocina-en-hospitales/>.

Capítulo 232

LA IMPORTANCIA DE UN CORRECTO EQUIPO DE PROTECCION DEL PERSONAL CALEFACTOR EN MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

CARLOS POZO GONZÁLEZ

JORGE FERRE CAÑIZARES

ALVARO FERRE NAVARRO

ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ

FABIÁN CANTÓN SERRANO

1 Introducción

La parte de vestimenta de las personas encargadas de proporcionar protección y confort a los pies y en determinados casos aparte de la pierna es el calzado.

Es muy importante la elección de un buen calzado debido a que si no se eligen de manera adecuada pueden suponer una serie de lesiones para quien los lleva:

- Tendinitis plantar: consiste en una inflamación del tejido de la planta del pie (fascia) que genera mucho dolor y crea dificultad a la hora de andar.
- Hongos: el pie de atleta es el más habitual. Se contagia por una mala transpiración del zapato que hace que el pie sude y al estar expuesto a esa humedad hace que aparezcan los hongos, por ello es conveniente elegir un calzado que

permita la transpiración del pie o el uso de calcetines para que sean ellos quienes absorban la humedad. Esta infección provoca un picor muy fuerte que comienza en los dedos causando en ocasiones fisuras en la piel.

- Descargas eléctricas: debido a no usar el calzado de seguridad adecuado cuando hay riesgo de contacto directo con la fuente eléctrica o con electricidad estática (personal de mantenimiento).
- Fracturas o esguinces: se producen cuando la suela no es antideslizante o adecuada y el zapato no sujeta bien el pie al acceder a una zona donde el suelo está irregular, es resbaladizo o con una nefasta iluminación pudiendo provocar la caída del trabajador y la consiguiente lesión.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer las principales características que debe tener el calzado del personal sanitario y no sanitario así como las consecuencias de una mala elección.

Objetivos secundarios:

- Determinar las diferentes lesiones que pueden derivar de uno utilizar el calzado correcto.
- Describir la legislación vigente que regula este asunto.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de las principales notas técnicas y guías publicadas por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) relacionadas con el calzado. Revisión bibliográfica de bases de datos, consulta de guías y protocolos hospitalarios.

4 Resultados

El calzado cuando sea llevado por un trabajador para protegerlo de uno o varios riesgos que impliquen un peligro para su seguridad o salud durante el desempeño de su actividad laboral recibirá el nombre de equipo de protección individual (EPI). Deberá satisfacer los requisitos sanitarios y de seguridad establecidos en los

Reales Decretos N° 1407/1992 de 20 de noviembre y N° 159/1995 de 3 de febrero.

Deben contar con el correspondiente marcado CE para saber que el fabricante cumple con dichos requisitos e ir acompañados por el debido folleto informativo.

- Calzado personal sanitario:

Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores suelen llevar un tipo de zueco que no sostiene bien el pie y que intentan sujetar efectuando movimientos que pueden dar paso a la aparición de dedos en garra, mazo o martillo. Lo más aconsejable para ellos es el uso de un calzado cerrado que sujete bien el pie; que tenga una suela antideslizante para prevenir las caídas; que tenga la puntera redondeada; un tacón de un par de centímetros que sea del mismo ancho que la talonera, ya que no es aconsejable un zapato totalmente plano; deben ser anchos para que los dedos no vayan apretados; también hay que considerar el material con el que estén fabricados, de forma que favorezca la transpiración, sean impermeables y preferiblemente de materiales con propiedades antibacterianas y antifúngicas. Debe ser un calzado estable, flexible, ligero y fácil de calzar.

El personal de cocina y limpieza también deberían usar este tipo de calzado.

- Calzado personal no sanitario:

Dentro de este apartado hay que destacar al personal que trabaja en los almacenes y al personal de mantenimiento que poseen un mayor riesgo de impacto debido al movimiento de pallets, a la manipulación de cargas. Por ello deben utilizar un calzado que les proteja en general frente a los impactos y en particular, la zona de los dedos que es la zona más expuesta y delicada mediante el calzado de seguridad o calzado de protección. La única diferencia entre ambos calzados es la energía de impacto que soporta cada uno, debiendo valorar las actividades desarrolladas para determinar el tipo de calzado más adecuado.

Por otra parte, y dentro del personal de mantenimiento, hay que tener presentes a los electricistas quienes se encuentran expuestos al riesgo eléctrico cuando realizan comprobaciones y reparaciones en las instalaciones eléctricas. Hay que proporcionarles un calzado especialmente diseñado pudiendo ser un calzado eléctricamente aislante empleado frente al choque eléctrico o; calzado conductor o calzado antiestático utilizado frente al riesgo de descarga electrostática.

Por último, nos encontramos con el personal administrativo, informáticos; que por las tareas desempeñadas no es necesario que utilicen EPI, pero sí que empleen un calzado que les resulte cómodo. Si para trabajar quieren utilizar algún tipo de calzado sería recomendable el mismo que emplea el personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Tanto el calzado del personal sanitario como el del personal no sanitario se emplean para proteger a los trabajadores de diversos riesgos como son evitar caídas con las suelas antideslizantes, ser cerrados para sujetar el pie y tener la punta reforzada para evitar aplastamientos al manipular cargas. Por ello deben ser considerados como equipos de protección individual y proporcionados de manera gratuita por la empresa, cosa que no se da en todos los servicios de salud. Este calzado va a ser llevado por el trabajador durante toda la jornada, por tanto, aparte de proteger al trabajador debe proporcionarle el confort suficiente.

6 Bibliografía

1. Calzado [Internet]. Es.wikipedia.org. 2020 [cited 22 December 2020]. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Calzado#Bibliograf%C3%ADa>.
2. [Internet]. Preveras.org. 2020 [cited 22 December 2020]. Available from: http://www.preveras.org/docs/documentos/zueco_y_zapato_sanitario_la_funcionalidad_de_un_calzado.pdf.
3. [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 22 December 2020]. Available from: <https://www.insst.es/documents/94886/96076/calazado+uso+profesional/73a46d03-f4fe-40a3-8869-080d1760cdd6>.
4. [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 22 December 2020]. Available from: <https://www.insst.es/documents/94886/538970/Calzado+de+proteccion+frente+al+riesgo+electrico.pdf/2930368e-7b0c-416b-b2a8-57f7776e498d>.
5. [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 22 December 2020]. Available from: <https://www.insst.es/documents/94886/710902/Condiciones+de+trabajo+en+centros+sanitarios+-+A%C3%B1o+2001.pdf/f81d872f-1bb1-44ab-ac1d-40efc1a92cfe>.
6. Ageitos N. Así puede afectar a tu salud un calzado inapropiado [Internet]. Vivirmasymejor.elmundo.es. 2020 [cited 22 December 2020]. Available from: <https://vivirmasymejor.elmundo.es/muevete/asi-puede-afectar-a-tusaluduncalzado->.

Capítulo 233

LOS SISTEMAS DE CLIMATIZACIÓN Y AGUAS CALIENTES Y EL PERSONAL DE CALEFACTOR DE LOS CENTROS HOSPITALARIO

CARLOS POZO GONZÁLEZ

JORGE FERRE CAÑIZARES

ALVARO FERRE NAVARRO

ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ

FABIÁN CANTÓN SERRANO

1 Introducción

Según el Instituto Nacional de la Salud (1990), el sistema sanitario español tiene como objetivo fundamental “velar por la salud de los ciudadanos y usuarios, así como intervenir cuando la misma se pierde”. Es por ello, que debe basarse en un sistema de producción que cuente con tres pilares: el personal, las herramientas técnicas y la tecnología.

Estos tres pilares se retroalimentan, de modo que la carencia de cualquiera de ellos imposibilitaría el correcto mantenimiento de los servicios sanitarios. Así, debe garantizarse que el diseño de las instalaciones y el diseño de los equipos sea adecuado, que se ejecute correctamente las obras y los montajes de equipos, así como garantizar un continuado servicio de mantenimiento eficaz y eficiente.

Todo lo anterior revierte en la satisfacción del paciente con el sistema sanitario. El usuario de un hospital busca calidad asistencial, que viene definida por el cumplimiento de todos los objetivos del servicio de salud. Aquí influirá, directamente, el correcto mantenimiento de las instalaciones sanitarias y el adecuado funcionamiento de todos sus servicios y equipos biomédicos. Además, el mantenimiento continuado, eficaz y eficiente también influye sobre la gestión hospitalaria, especialmente en el gasto económico que se produce a corto y largo plazo.

En este sentido, deben tenerse en cuenta gastos como: de actualización, de energía, gastos generales, gastos de parada, etc. Estos gastos pueden llegar hasta un 4 o 5% del total que deriva el Ministerio de Salud. Realizar un buen mantenimiento preventivo evitará que este coste se dispare.

2 Objetivos

Analizar los beneficios de las labores de mantenimiento a nivel hospitalario y cómo estos influyen en la calidad asistencial y en la satisfacción laboral del personal de mantenimiento.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se ha realizado a través de diferentes bases de datos, pertenecientes a estudios descriptivos transversales observacionales. Se han utilizado como palabras clave varios DECS (descriptores de la salud) mediante los que se ha conseguido encontrar los artículos necesarios en bases científicas para la realización del trabajo. Se han utilizado las siguientes palabras clave: mantenimiento, climatización, aguas calientes, hospital, beneficios. La búsqueda se ha restringido a los últimos diez años.

4 Resultados

Cuando hablamos de mantenimiento hospitalario nos referimos a “las acciones dirigidas a asegurar la correcta operación, incrementar la confiabilidad de los sistemas básicos de ingeniería, instalaciones y equipos del hospital, a través de la realización de actividades de organización, dirección, planificación, ejecución y control”. Si bien el servicio de mantenimiento no genera beneficios como tal, si

es un indicador de la calidad asistencial y, como se ha mencionado, previene un incremento en los costes a largo plazo.

El mantenimiento de los servicios hospitalarios da lugar a:

- Diagnósticos más rápidos sobre los fallos y las averías.
- Menores daños secundarios.
- Las revisiones se realizan en intervalos temporales más largos.
- Menos interrupciones en el trabajo.
- Se eliminan revisiones innecesarias.
- Se reducen los problemas de desgaste.
- Se eliminan componentes poco fiables.
- Se produce un mayor énfasis en aquellos requisitos de mantenimiento de elementos y de componentes y puntos críticos.

Además, permite proteger al entorno, tanto del paciente como institucional, proporcionando una mayor seguridad. En general, se encuentra que el mantenimiento en el sistema sanitario es una gran ventaja, ya que se basa en el cumplimiento de criterios muy simples, precisos y específicos, fáciles de comprender y cuyas tareas se realizan de una forma sistemática. Además, las tareas se ejecutan en orden de prioridad descendente.

Todo esto tiene beneficios sobre el propio personal de mantenimiento, ya que reduce la rotación del personal y garantiza que no se pierda la experiencia y las competencias adquiridas. También provee de un conocimiento general más profundo sobre la planta y los lugares de trabajo. Asimismo, se ha demostrado que la vida útil de los equipos se incrementa e incluso el trabajo en equipo se ve beneficiado.

El mantenimiento basado en la confiabilidad y en la prevención influye, muy especialmente, en las áreas de climatización y de aguas calientes, que son básicas para garantizar el adecuado desempeño de los servicios sanitarios. Cuando hablamos de climatización nos referimos a “crear unas condiciones de temperatura, humedad y limpieza del aire adecuadas para la comodidad, dentro de los espacios cerrados”. El personal de mantenimiento debe, por lo tanto, tener conocimientos sobre los distintos tipos de climatización y calefacción, sobre los sistemas de distribución de agua, aire y vapor y sobre otros elementos terminales. Se ha demostrado que planes de mantenimiento preventivo continuado influyen de forma muy positiva en dar continuidad a estos sistemas de climatización, garantizando la asistencia en salud. Además, como aspectos clave, se han detectado: la motivación del trabajador, bajas rotaciones, la experiencia y las habilidades adquiridas, etc., que, llevando a cabo programas de mantenimiento preventivo, se garantizan en su generalidad.

5 Discusión-Conclusión

Los sistemas sanitarios requieren de un mantenimiento continuado y confiable en distintos campos y áreas hospitalarias. El área de la ventilación y la climatización son fundamentales para el adecuado desarrollo de las funciones sanitarias. Es por ello que, llevar a cabo planes de mantenimiento preventivo en estas instalaciones, es fundamental.

Los planes de mantenimiento preventivo aplicados a los servicios sanitarios han dado resultados muy positivos no solo de cara a la reducción de costes, sino también se ha visto que influyen de forma positiva en la calidad asistencial al paciente, así como en la satisfacción laboral del personal de mantenimiento con su puesto de trabajo.

6 Bibliografía

1. Triviño Merizalde, H. V., & Valderrama Palma, D. G. (2019). Desarrollo de plan de mantenimiento del sistema de climatización en el área quirúrgica del Hospital General de Quevedo (Bachelor's thesis, Quevedo-UTEQ).
2. Ramírez García, J. I., & Solorza Guzmán, G. E. (2018). Propuesta de plan de mantenimiento preventivo en equipos de climatización, refrescamiento y aguas calientes sanitarias presentes en el hospital San Agustín de florida, región del Biobío, Chile.
3. Conde, X. N. (2016). La calidad del aire en entornos sanitarios: Diseño, ejecución, legalización y mantenimiento en hospitales y centros de salud. Introducción a los sistemas de climatización. Especificaciones de diseño. Proyecto de sistemas de climatización. Instalaciones especiales. Ejecución y legalización. Mantenimiento y uso (Vol. 3). Xavier Novoa Conde.
4. Ramírez Aguilar, C., Acosta Pintor, D. C., Lara Izaguirre, B. I., & Santos Ortega, U. (2019). Evaluación energética del sistema de climatización en un hospital público de Ciudad Valles, SLP. Tectzapic, (2).
5. Chaparro, M. G., Barroso, G. S., Ayuso, M. J. C., & Sanz-Calcedo, J. G. (2019). Análisis de la Eficiencia de Mantenimiento en un Hospital en Madrid (España)= Analysis of Maintenance Efficiency at a Hospital in Madrid (Spain). Anales de Edificación, 5(3), 35-39.
6. Arrizurieta, J. M., & Domínguez, R. R. (1999). La cogeneración aplicada a la climatización de hospitales. Particularidades en el marco económico cubano//The cogeneration applied to the hospital air conditioning. Particularities in the Cuban economic situation. Ingeniería Mecánica, 2(1), 83-90.

Capítulo 234

EL PERSONAL DE CALEFACTOR DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO Y EL MANTENIMIENTO DE SISTEMA DE ALTO FLUJO NASAL

CARLOS POZO GONZÁLEZ

JORGE FERRE CAÑIZARES

ALVARO FERRE NAVARRO

ALFONSO JAVIER CAJO SAEZ

FABIÁN CANTÓN SERRANO

1 Introducción

El "Airvo 2" es un sistema de alto flujo humidificado diseñado para tratar a los pacientes con diferentes patologías respiratorias. Con frecuencia es utilizado en nuestro hospital tanto en servicios de urgencias, plantas de medicina interna y unidades de cuidados intensivos.

Al presentar un sistema de alto flujo administrado a través de una cánula nasal es menos invasivo e incómodo para el paciente.

Durante tiempo hemos observado, sin llegar a realizar un estudio formal, como pacientes que entraban por la puerta de urgencias con patologías respiratorias, como disneas agudas, o pacientes EPOC comprometidos respiratoriamente de

forma importante, han mejorado tras la administración de esta terapia, ya que una de las ventajas que muestra es que el alto flujo que muestra cubre la demanda inspiratoria del paciente y no se diluye en el aire ambiental.

El uso de esta terapia ha aumentado de forma considerable en pacientes adultos a raíz de la pandemia COVID-19.

Está indicado en Insuficiencia respiratoria, en las extubaciones, complemento de la VMNI, preoxigenación en intubación. Generalmente los pacientes tienen una mejor tolerancia a este tipo sistema de alto flujo que a una BIPAP, que básicamente les tapa por completo la cara, generando más agobio.

El Airvo2 está compuesto de: sistema administrador de alto flujo, sistema de humidificador - calefactor, tubuladuras no condensantes, interfaz del paciente (cánulas nasales de diferentes tamaños).

2 Objetivos

1. Dar a conocer los aspectos básicos a tener en cuenta en relación con la terapia AIRVO 2, su funcionamiento y utilidad.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de documentos y artículos de sociedades científicas, las bases de datos Medline, The Cochrane Library Plus y Google Academic, sin restricción de fecha, en los idiomas español e inglés. Se incluyó literatura gris mediante búsqueda manual.

4 Resultados

En nuestro hospital, al ser un hospital comarcal de pequeñas dimensiones, disponemos de 5 equipos AIRVO2, los cuales compartimos con las unidades de críticos, medicina interna, y otros servicios donde fuera necesario. Están ubicados en una habitación en la observación de urgencias destinada a todos los equipos respiratorios. Las responsables de limpieza, almacenamiento y orden es el equipo de enfermería junto con TCAE, dicho personal de este servicio conoce perfectamente el montaje, colocación, orden y limpieza de este sistema.

Tras la utilización y finalización de la terapia de alto flujo por un paciente, inmediatamente el personal de dicho servicio deberá proceder a la limpieza y desinfección ya que en cualquier momento puede volver a necesitarse. Tras la limpieza,

desinfección y montaje se firma un registro de las personas que lo han llevado a cabo.

Si uno de los AIRVO 2 es llevado a otra planta o servicio, se deberá anotar, la habitación donde se ubica, es decir siempre deben estar localizados.

Puesto que es una terapia muy frecuente y muy recurrida por los médicos para tratamiento de insuficiencias respiratorias se está intentando que cada vez más personal del hospital conozca su manejo.

Es importante la formación para conocer todas las piezas, materiales y montaje, por lo que han propuesto diferentes sesiones clínicas para conocer el AIRVO2.

Desde enfermería y aprovechando estas sesiones se va a hacer hincapié en los cuidados de enfermería como son: evitar úlceras por presión que ejercen las cánulas sobre la zona facial del paciente, cuidado de las mucosas por la alta temperatura, correcta colocación de las tubuladuras, importante el uso de agua estéril y no otro tipo de agua, elección de la talla adecuada de cánula nasal, entre otras.

5 Discusión-Conclusión

Tras nuestra experiencia como enfermeras en el servicio de urgencias y críticos, servicios en los que primero se comenzó con el uso este sistema es importante que el personal de todo el hospital, o al menos de los servicios donde más se frecuenta su uso conozcan el sistema. Ya que al principio era el supervisor, o enfermera de estos servicios encargada en llevarlo, y colocarlo junto con el médico al paciente, y tras su uso eran las TCAE y enfermeras de urgencias las encargadas de limpiar, desinfectar y volver a colocar, así como realizar el recuento de todo el material. Desde que cada vez más personal conoce este funcionamiento, y como se debe proceder a su limpieza y desinfección, y que piezas son importantes desechar y cuáles no, se ha visto un mejor orden y disposición de estos sistemas.

6 Bibliografía

1. Orive, F. J. P., Fernández, Y. M. L., & UCIP, E. M. A. (2014). Oxigenoterapia de alto flujo. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(1), 25-29.
2. Camargo, D. A., Redondo, F. J., Román, A., & Martín, M. USO DE GAFAS NASALES DE ALTO FLUJO (GNAF). *MANUAL DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA*, 2(87), 67.
3. Inganzo, M. J. D., Pérez, O. P., Sánchez, S. S., Prieto, A. F., Suárez, P. F., González, L. B., ... & García, C. P. (2020). Gafas nasales de alto flujo con humidificación activa. In *Revisión e innovación en la actuación de los profesionales de*

la salud: Volumen VI (pp. 89-93). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).

237

4. Aguilera del Corral, J. L., Gómez, B., del Carmen, M., & Ocón Alba, A. R. Nuevo sistema de oxigenoterapia a alto flujo mediante gafas nasales.

5. Marcos, E. C. (2012). CPAP NO MECANIZADA. VÁLVULA DE BOUSSIGNAC Y GAFAS NAALES DE ALTO FLUJO. BENEFICIOS Y RIESGOS. PIC 2012, 58.

6. Patricia, G. (2019). TRABAJO FINAL INTEGRADOR PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO A TRAVÉS DE CÁNULA NASAL (CNAF) (Doctoral dissertation, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA).

7. Spindola, R. (2023). Oxigenoterapia y Cánula nasal de alto flujo en pediatría. Salud, Ciencia y Tecnología, 2(1).

8. Mamani Encalada, A. E. (2022). Cuidados de enfermería en paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda y uso de terapia de alto flujo (tafo) en un hospital especializado–Lima 2021.

9. <https://www.fphcare.com/es-es/hospital/adult-respiratory/optiflow/airvo-2-system/>

10. Tamayo Callejas I. Protocolo de tratamiento de oxigenoterapia de alto flujo a través de cánula nasal. Disponible en: <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/94.pdf>

Capítulo 235

PAPEL DEL CELADOR COMO PERSONAL INTEGRANTE DE LOS SERVICIOS DE LENCERÍA Y LAVANDERÍA HOSPITALARIA. UNIDADES DEL ÁREA DE LAVANDERÍA Y FUNCIONES EN RELACIÓN A LA UNIFORMIDAD

BEATRIZ GARCÍA TEJERA

MARÍA DOLORES ZAMORA MARCHAL

VANESSA QUIROGA MINAYA

MARIA JESUS VILLOLDO CARRASCO

MARÍA DE GRACIA GARCIA EXPOSITO

1 Introducción

En el presente trabajo se abordará la importancia del servicio de lavandería, el cual está integrado dentro del catálogo de servicios que presta la institución sanitaria hospitalaria. Desde una perspectiva general, los cometidos principales del

personal que forma parte de esta área irán enfocados principalmente a la clasificación y distribución de las prendas que formen parte de los uniformes de los profesionales sanitarios y de la ropa de los pacientes así como a la gestión de los locales de ropa de uniformidad. Para el óptimo funcionamiento de este servicio, será prioritario que la lencería esté disponible de forma permanente y en perfecto estado para cuando el paciente y el profesional sanitario lo precisen, siendo imprescindible disponer de un almacenamiento que sea suficiente para proporcionar las prendas al hospital.

Desde un punto de vista más concreto, las dependencias que forman en su conjunto los vestuarios del hospital se diferenciarán según correspondan en ropa sucia, ropa íntima o sala de costura (su importancia radica en que será la unidad en la que se etiqueten, reparen y cosan las prendas). Su administración será llevada a cabo por el personal laboral de lavandería, como los responsables de las tareas de organización, supervisión y distribución del material necesario para la preparación y reparto de la ropa, siempre con el apoyo de la fundamental labor de la figura del celador, así como de los asistentes que se necesiten para el correcto funcionamiento del servicio.

2 Objetivos

- Exponer el rol del celador, como personal de apoyo al servicio de lencería y lavandería de un centro hospitalario.
- Identificar las distintas unidades que configuran el departamento de lavandería en la institución sanitaria.
- Resaltar la importancia del servicio de lavandería que oferta el sistema sanitario y su influencia en el óptimo funcionamiento general del mismo, así como su contribución a la formación de una imagen de calidad de las prestaciones ofertadas.

3 Metodología

Para la confección del presente capítulo científico se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica acerca de toda la literatura sanitaria existente que trata la importancia del servicio de lavandería y lencería, basándose en libros y revistas sobre dicha materia. La información obtenida se ha completado con otras fuentes emanadas de la página web <https://ingesa.sanidad.gob.es>, tras introducir como términos de búsqueda “el celador en el servicio de lavandería” e “importancia de la lavandería en el sistema sanitario”.

4 Resultados

Desde la óptica de la calidad de los servicios, las prestaciones que ofrecen las lavanderías de un hospital se configuran como un servicio básico, pasando a ser una herramienta influyente en la percepción de la imagen que tendrán los pacientes en torno a la valoración que se formarán sobre el sistema sanitario. El servicio de lavandería se prestará de forma directa por el propio hospital o, alternativamente, mediante una lavandería externa privada. De cualquier modo, en ambas opciones, se debe priorizar la disposición de prendas sin demoras y en un perfecto estado.

Desde un punto de vista más concreto y circunscribiéndose a la figura del celador, su labor emerge desde la perspectiva del trabajo en equipo, al estar integrado en un circuito de trabajo en el que depende de los profesionales de lavandería y conserjes, formando por tanto una combinación en la que debe primar la perfecta organización y conexión de tareas.

Particularmente, el celador cuando esté destinado en el servicio de lavandería será el profesional que se encargue de recibir las prendas que llegan limpias dentro de carros, que sirven de transporte de distribución de las indumentarias preparadas tanto por el propio hospital como las procedentes de lavanderías externas privadas. Por tanto, en las primeras horas de la jornada laboral, el celador tendrá asignada la función de sacar de dichos carros la ropa recibida de diversa índole, tal como sábanas y mantas, uniformes de los sanitarios del hospital y camisones y pijamas de los pacientes para, posteriormente, colocar dichas prendas en las estanterías correspondientes.

En cuanto a los uniformes del personal trabajador, el celador deberá ser conocedor de que el color de los mismos sirve para agruparlos, siendo el color blanco en genérico, el color verde el que se corresponde con los servicios de quirófano y el color azul el que se asocia a los profesionales de mantenimiento. Paralelamente, los uniformes que se asignan al personal sanitario podrán ser propios, incorporando la grabación de su nombre y apellidos y su categoría y número profesional en el caso de que lleven más de un año trabajando, o en caso contrario uniformes de sustitución de uso común para contratados que no sean de larga duración. La gobernanta de la lencería será la que decida las personas a las que se les asigne un tipo u otro de uniforme.

Basándose en la citada división de uniformes, será el celador el que suministre las prendas de los carros de ropa limpia cada día a los trabajadores según el horario que tengan establecido para recogerlos.

Por otro lado, el celador será una figura relevante en relación a la indumentaria

que porte el paciente durante su estancia en el hospital, la cual influirá en su comodidad y en el nivel de satisfacción que perciba en torno a los servicios recibidos.

De forma detallada, las funciones más destacables del celador en el servicio de lavandería serán las siguientes:

- Transportar, cargar y descargar los carros que sirven como vehículos de las prendas limpias que utilice el personal sanitario y los pacientes.
- Supervisar las áreas sucias y recoger la ropa sucia para su transporte a la lavandería.
- Informar al superior jerárquico acerca de cualquier daño durante la limpieza del equipo o de los armarios utilizados para guardar la ropa necesaria.
- Cuidar de que los pacientes no hagan un mal uso de los camisones y pijamas facilitados así como de toda la ropa de cama hospitalaria y prevenir su deterioro.

5 Discusión-Conclusión

Desde el punto de vista de la calidad de las prestaciones de la Institución Sanitaria, el servicio de lavanderías se considera prioritario como elemento influyente en la percepción que tanto los propios profesionales como los pacientes se formen sobre la imagen que irradia el sistema sanitario en el que interactúan.

En este punto, la figura del celador se considera clave, como personal integrado en un equipo, que sirve de apoyo a los profesionales de lavandería y conserjes, y cuya función principal será recoger y distribuir la ropa limpia de los carros correspondientes entre el personal sanitario y los pacientes.

El servicio de lavandería forma parte del catálogo de servicios ofertados por el sistema de salud español, el cual puede ser prestado por el propio hospital o ser llevado por una lavandería externa privada. Entre estas dos opciones, los gerentes de la institución sanitaria deberían hacer una valoración y comparación de los costes de ambas alternativas, así como de la calidad del servicio para evitar que la ropa limpia llegue con retraso, siempre en la medida de lo posible.

6 Bibliografía

1. Estrella Pérez, Alicia. Conocimientos básicos y funciones del celador. Formación Continuada LOGOSS. 10ª edición.
2. Organizacion_ropa_lavand.pdf. Recuperado 12 de diciembre de 2022, de <https://ingesa.sanidad.>

gob.es/biblioteca_Publicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_ropa_lavand.pdf.

3. Celadores del Servicio Andaluz de Salud. Funciones propias. Editorial MAD.

Capítulo 236

EL PERSONAL SUBALTERNO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SELENIA NOVAS SALMERON

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

GUILLERMO GONZALEZ BENITO

OLGA SANCHEZ CLEMENTE

ENCARNI MONTES IGLESIAS

1 Introducción

En el artículo 14.2.13 de la Orden del 5 de Julio de 1971, se establece que es función del celador la movilización de los pacientes que por sus dolencias no puedan realizarlo por ellos mismos. Sin embargo, los pacientes que se encuentran ingresados en las unidades de cuidados intensivos son pacientes que se encuentran en un estado de salud grave o crítico, por lo que los cuidados realizados deberán ser controlados y dirigidos por personal altamente cualificado en este tipo de pacientes.

Estos profesionales altamente cualificados son los médicos intensivistas (médicos especializados en pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos) y equipo de enfermería de UCI (enfermeros que han recibido una formación académica y de prácticas especializada). Es por ello, que el personal subalterno adscrito a la unidad de cuidados intensivos deberá ejecutar las acciones con el paciente en perfecta comunicación con el responsable del paciente, atajando

las ordenes y el procedimiento a realizar en cada momento. En las unidades de cuidados intensivos pueden cambiar los procedimientos en cualquier momento, puesto que la actuación del equipo profesional dependerá del estado de salud del paciente en el preciso momento en que se le va a realizar una actividad médico-asistencial.

2 Objetivos

- Conocer la normativa por la cual se rige la actuación del personal subalterno.
- Detallar cual es el equipo profesional altamente cualificado en las unidades de cuidados intensivos.
- Explicar el procedimiento realizado durante la movilización en bloque de un paciente con lesión medular.

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

Técnica de movilización en bloque de un paciente.

Consiste en movilizar a un paciente a la vez por todas las partes de su cuerpo, de ahí que se llame movilización en bloque.

Esta técnica es realizada por el equipo de cuidados intensivos cuando el cuerpo del paciente debe permanecer perfectamente alineado en todo momento.

Generalmente, los pacientes que requieren de esta técnica son aquellos pacientes con lesiones medulares, por lo que se deberán tomar un gran número de precauciones durante su movilización.

Procedimiento general para movilizar al paciente.

Es necesario la participación de 3 profesionales como mínimo, aunque es recomendable la actuación de 5 personas, dos a cada lado del paciente y una sujetando la cabeza de este.

- Posicionar la cama en un plano paralelo al suelo (generalmente se encuentra así en los pacientes con lesión medular) y a una altura cómoda para todos los profesionales que intervienen.
- Mantener subidas las barandillas de la cama del paciente.
- Cruzar los brazos del paciente, colocándolos encima del pecho.
- Los profesionales colocarán sus brazos por debajo del paciente.
- La persona que se encuentra en la cabeza (médico intensivista o enfermero especializado en uci) ordenará el momento de movilizar al paciente, para ello realizará una cuenta atrás.

Procedimiento para movilizar al paciente con una sábana bajera.

Al igual que ocurre con el método anterior, es necesario la participación de 3 profesionales como mínimo, aunque es recomendable la actuación de 5 personas, dos a cada lado del paciente y una sujetando la cabeza de este. Sin embargo, para realizar esta técnica es necesario la utilización de una entremetida o una sábana bajera en lugar de los brazos del personal.

Es recomendable la utilización de una sábana puesto que es mayor que la entremetida y tiene mayor estabilidad durante el movimiento en bloque del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno en la unidad de cuidados intensivos. La movilización en bloque de un paciente con lesión medular” nos demuestra la complejidad de movilizar a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos, especialmente a aquellos pacientes que por sus lesiones no pueden ser movilizados de cualquier manera.

Es muy importante destacar que el personal sanitario y no sanitario que intervenga en la movilización de este tipo de pacientes necesita una formación básica para no agravar la situación del paciente, por lo que en las categorías profesionales que no reciben una formación académica, como es el caso del personal subalterno, será obligación del centro sanitario proporcionar cursos de formación a estos profesionales.

6 Bibliografía

- Aguilar, M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013

Capítulo 237

EL CELADOR EN EL TRANSPORTE DEL ENFERMO. CURIOSIDADES DE TRANSPORTES INUSUALES

RUBEN FERNANDEZ DEL MAZO

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar sobre el papel que juega el celador en los distintos transportes que se pueden llevar a cabo con los diferentes enfermos.

Como introducción a nuestro capítulo, informamos que para transportar a un paciente se pueden emplear diferentes medios: terrestre (ambulancia o tren), aéreo (helicóptero o avión), o marítimo (barco o embarcación sanitaria).

La gravedad de la patología del enfermo y el lugar donde se cause el siniestro son claves para elegir un tipo de transporte u otro...en otras ocasiones, la necesidad por las dificultades específicas de la situación concreta nos llevan a emplear un tipo de transporte concreto en muchas ocasiones sin ser el adecuado. Como curiosidad, informamos que, en 2013, un turista argentino con problemas cardíacos, sufrió un infarto en la subida al Machu Pichu. Ante una situación similar, las dificultades del transporte son tales que, incluso de forma aérea, puede haber problemas para conseguir acceder al punto donde se encuentra el paciente, debido a lo difícil y escarpado que es el terreno. Con esto queremos explicar que, en muchas ocasiones hay que improvisar, y a veces el transporte menos pensado puede ser el adecuado para un enfermo dependiendo tales circunstancias.

Con todo esto, pasamos a explicar el capítulo.

2 Objetivos

- Entender que hay diferentes tipos de transporte para llevar a los pacientes.
- Conocer los transportes y lo adecuado de cada uno en cada situación.
- Saber que el Celador también tiene un papel en estas situaciones y que su labor de apoyo puede ser fundamental.

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 resultado de nuestro capítulo se basa en que el Celador tiene un papel también clave en el transporte de pacientes, lo que ocurre que depende en qué Instituciones Sanitarias y países del mundo tendrá más o menos importancia la figura de dicho profesional. Por ejemplo, en muchos países africanos, las ONG actúan de forma habitual con celadores que ayudan al transporte de pacientes de mil maneras diferentes...a saber, cuando un niño enferma en un poblado, por ejemplo, con vías dificultosas (camino de tierra sin señalizar), el Celador acompaña al niño en el vehículo improvisado como ambulancia que en muchas ocasiones proporciona dicha ONG. Estos vehículos sí ejercer en muchas ocasiones la función de Soporte Vital Básico, pues tienen todos los elementos disponibles para poder mantener estable al paciente en prácticamente todas las circunstancias excepto las muy extremas. Normalmente, en estos países, la ONG proporciona un médico/a, un enfermero/a y un Celador/a al poblado en cuestión y el Celador es el encargado de hablar con el paciente, ayudarlo físicamente a moverse, realizar los cambios posturales necesarios para que dicho paciente se mantenga en correctas condiciones, etc. En estos casos, también hay que hacer alusión a la importancia que tiene la psicología del celador con dicho paciente, pues en la mayoría de las ocasiones, mientras que el médico o la enfermera hacen sus funciones, es la Celadora quien habla con el enfermo, quien le tranquiliza y quien le hace sobrellevar la situación de la mejor manera posible hasta el traslado al Centro Sanitario. En ciertos países, como Burundi, encontrar un hospital desde

la mayoría de los poblados suponen 6 horas en carretera en pick-ups que actúan como ambulancias de soporte vital básico (SVB) improvisadas.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión final de nuestro estudio es que el celador siempre tiene que emplear la psicología para ayudar al paciente y, como en todas las situaciones en que se encuentra, también en el transporte. Hemos hecho inciso sobre las dificultades por las que pasan Celadores que trabajan y colaboran con ONG por todo el mundo, sobre todo en los países africanos, donde las infraestructuras brillan por su ausencia y donde los recursos para los profesionales son extremadamente limitados. Allí, el transporte, se ve desde una perspectiva bien diferente a la que se ve en los Centros Sanitarios Europeos, y la adaptación es clave.

6 Bibliografía

1. <https://www.eldiario24.com/nota/mundo/300742/turista-argentino-murio-infarto-machu-picchu.html>.
2. https://www.central-vuelos-ambulancia.es/blog/ambulancias-internacionales-transporte-mundial-de-pacientes_8691.html?gclid=Cj0KCQjwoK2mBhDzARIsADGbjeqsAu92_v_Bi4OZ-RO7PjWclGzDJGvk3tUoKxMVfoydKYThYByYY0UaAkEdEALw_wcB.

Capítulo 238

PREVENCION DEL CONFLICTO EN EL TRATO CON EL PACIENTE

SHEILA GARCÍA HEVIA

1 Introducción

Para evitar el conflicto en el trato con el paciente cuando viene al mostrador de administración de un centro sanitario se debe utilizar un lenguaje positivo, natural y cercano, sin frases forzadas o técnicas y evitando expresiones negativas, agresivas, o dubitativas.

Es necesario considerar que cada paciente es único, escucharlo con empatía, manifestando interés por lo que dice y evitando prejuicios.

Ante una agresión verbal del paciente, le hablaremos empleando un tono bajo no amenazante pero firme y seguro, no tolerando la actitud violenta, intentando mantener un equilibrio emocional y sin responder a las provocaciones, haciéndole ver al paciente que no se está comportando de forma adecuada.

Ante este tipo de comportamientos, es recomendable mantener una distancia de seguridad necesaria, permanecer de pie de cara al agresor, avisar a un compañero o a personal de seguridad, y si es posible situarse en el umbral de la puerta y dejarla abierta.

Si la agresión es física, procurar no darle nunca la espalda al agresor, intentar mantener la calma, y avisar a un compañero estableciendo una distancia de seguridad e intentando defendernos de una forma adecuada. Posteriormente denunciar lo ocurrido y solicitar parte de lesiones.

Ante una agresión sea física o verbal, no podemos responder ignorando a la persona agitada, discutiendo o realizando movimientos súbitos o amenazantes, No

podemos responder a la agresión de forma desproporcionada o más allá de la neutralización. Sólo conseguiríamos agravar la situación.

2 Objetivos

- Mejorar la relación con el paciente y trabajar en un ambiente cordial respetuoso y de confianza.
- Prevenir conflictos en el centro sanitario.

3 Metodología

Para la confección de este capítulo se ha realizado una investigación estudiando libros y se han consultado varios artículos en las principales bases de datos existentes en la Web, así como diversas leyes relacionadas con el Sistema de Salud Español.

4 Resultados

La prevención del conflicto en el trato con el paciente es decisiva para garantizar una atención de calidad, mantener la confianza del paciente y mejorar la relación administrativo-paciente. Para ello, es esencial utilizar una comunicación clara y efectiva para evitar malentendidos y desacuerdos, escuchando activamente al paciente, dando información de manera comprensible y respondiendo a sus preguntas y preocupaciones de manera honesta.

Es importante tratar a cada paciente con respeto, empatía y comprensión, reconociendo sus sentimientos y preocupaciones, y mostrando interés real por su bienestar.

Es fundamental proporcionar información detallada sobre su situación, y las opciones a las que puede optar. Un paciente bien informado es más propenso a estar satisfecho con su atención y tomar decisiones informadas.

No se pueden hacer suposiciones basadas en la apariencia o antecedentes del paciente, evitando juicios de valor y tratando a todos los pacientes de manera imparcial y equitativa., ya que esto ayudará a evitar malentendidos y frustraciones posteriores.

Si un paciente expresa una queja o preocupación, se debe tomar en serio y abordar el problema de manera adecuada y oportuna, escuchando y actuando sobre

las quejas para ayudar a resolver problemas antes de que se conviertan en conflictos mayores.

El administrativo, como cualquier otro profesional de la sanidad, está obligado a cumplir con las regulaciones de privacidad y proteger la confidencialidad de la información del paciente, lo cual, ayudará a mantener la confianza del paciente en la unidad administrativa.

En la atención al paciente, es necesario tener en cuenta las diferencias culturales y las creencias del paciente, por lo que adaptar el enfoque según estas necesidades, puede prevenir malentendidos y conflictos.

Los administrativos de la salud también pueden experimentar estrés y frustración. Es importante aprender a manejar estas emociones de manera saludable para evitar que afecten la interacción con los pacientes

5 Discusión-Conclusión

Cuando el administrativo de un centro sanitario se pone al frente de un mostrador y atiende a los pacientes ya sea de forma presencial o de forma telefónica, es importante tener presente que cada paciente es único, y puede reaccionar de manera diferente, por lo que es esencial adaptar la comunicación y el trato a las necesidades individuales de cada persona.

La empatía, el respeto y una comunicación abierta y efectiva son fundamentales para establecer relaciones positivas con los pacientes, prevenir conflictos en el entorno sanitario con pacientes o compañeros y cooperar a crear un ambiente de trabajo en armonía y tranquilidad.

6 Bibliografía

-Prevención y actuación ante una situación de riesgo o agresión a los trabajadores en los centros sanitarios. Gerencia del Área sanitaria VIII.

Capítulo 239

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS

VANESSA GARCIA RAMOS

MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA

JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ

1 Introducción

El término admisión en el contexto hospitalario hace mención a la aceptación de la entrada del paciente. Esta aceptación puede ser debida a multitud de circunstancias, ingresos, atención especializada, atención en el servicio de urgencias, demanda de pruebas diagnósticas, petición de documentos, petición de cambios de titularidad de centro o especialista, etc.

Como es reseñable el servicio de admisión de un centro hospitalario se ocupa de todo lo expuesto en el párrafo anterior, una gran multitud de procesos y asistencias documentales que se generan diariamente y que pasarán a formar parte de la historia clínica de los pacientes.

El servicio de admisión puede descomponerse en dos clases, está la admisión general del centro hospitalario, que se dedica, a gestionar toda la documentación

necesario para los ingresos, programados o no, de los pacientes, así como, de los ingresos programados o no de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

Por otro lado, existe la admisión del servicio de urgencias, que atiende a todos los pacientes que acuden al mismo, generando, toda clase de documentación pertinente.

En ambos casos, toda la documentación generada en los mismos, se remite al servicio de archivos para su posterior ubicación en las historias de los pacientes. Y en ambos casos, del mismo modo, el auxiliar administrativo está al frente de los dos servicios, desarrollando su labor diariamente como se describirá en el resultado de este capítulo.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento del servicio de admisión de un centro hospitalario.
- Describir las funciones que el auxiliar administrativo ejerce en el servicio de admisión de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El auxiliar administrativo dependiendo del servicio donde trabaja, admisión general o admisión del servicio de urgencias, desarrolla unas funciones análogas y otras que son específicas del servicio.

En el servicio de admisión de urgencias, el auxiliar administrativo, tras pedir los datos de afiliación a la seguridad social al paciente, genera una carpeta, que será en la que, dentro del servicio de urgencias, se vaya completando con las pruebas, revisiones y cuidados que se le den al paciente. Además el auxiliar administrativo genera la muñequera o correa identificativa del paciente, que llevará en todo momento durante su asistencia en en urgencias.

Esta carpeta, una vez terminada el proceso asistencial del paciente, es decir, cuando cuenta con la alta médica, es devuelta al servicio de admisión. El auxiliar administrativo extrae toda la documentación que lleva la misma, documentación de analíticas, de pruebas diagnósticas, volantes de derivaciones a especialistas, etc. Toda esta documentación el auxiliar administrativo las remite en un sobre al servicio de archivos para su posterior guardado en la historia del paciente.

Si el paciente que acude al servicio de urgencias, necesita ser ingresado, el auxiliar administrativo del servicio pide a su compañero de admisión general que le de cama, esto quiere decir, que se le asigne al paciente un número de habitación, dentro de la unidad hospitalaria correspondiente, así, como al servicio de archivos, solicita la remisión de la historia clínica del paciente.

En el servicio de admisión general del centro hospitalario se gestiona toda la documentación de los ingresos de los pacientes, cualquier que sea su causa, como se ha reseñado en la introducción. El auxiliar administrativo del servicio de admisión general, además, gestiona y coordina los traslados interhospitalarios, ya sea el su hospital el remitente como el destinatario del paciente.

En todos los casos, el auxiliar administrativo en el servicio de admisión, lo mismo que su compañero del servicio de urgencias, remite, toda la documentación generada al servicio de archivo para su colocación en la historia clínica del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo en los servicios de admisión del centro hospitalario desarrollan unas funciones de gestión y envío de documentación, sin la cual, el centro hospitalario no cumpliría sus expectativas y objetivos. Con su compromiso y confidencialidad ofrecen una actitud de respeto y atención a los pacientes, coordinando tanto sus ingresos como su asistencia médica urgente.

El auxiliar administrativo también tiene que tener amplios conocimientos en programas de ingresos de pacientes y del organigrama de habitaciones del centro hospitalario, porque la asignación de las mismas es una de sus funciones más importantes, dentro de la no demora de los pacientes, tanto programados, como los de urgencias, para dicho ingreso.

6 Bibliografía

1. El auxiliar administrativo en el servicio de admisión. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

2. La función del auxiliar administrativo en el servicio de admisión. Disponible en: <https://congresosicepa.com>.
3. Funciones del auxiliar administrativo en el servicio de admisión. Disponible en: <https://congresosicepa.com>.

Capítulo 240

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CITACIONES DEL CENTRO HOSPITALARIO

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS

VANESSA GARCIA RAMOS

MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA

JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ

1 Introducción

El servicio de citaciones del centro hospitalario es el encargado de gestionar toda la documentación concerniente con las consultas y citas que tengan los pacientes adscritos al centro hospitalario. La adscripción de estos pacientes al hospital de referencia abarca del mismo modo a toda el área de influencia del mismo, los centros de salud, consultorios, etc.

Las consultas y citas de los especialistas se organizan del siguiente modo, el médico de familia o de cabecera del paciente, deriva a éste, al especialista, emitiendo un volante que el paciente entrega al auxiliar administrativo del centro de salud, y este le pide la cita al centro gestor de citas. Esta novedad se ha incluido hace unos meses en la comunidad autónoma de Castilla la Mancha.

La petición de la cita del especialista entra en un buzón de espera, y se le envía al paciente un mensaje de texto, con la fecha de dicha cita, día y hora de la consulta. En este mismo momento, el servicio de citaciones del hospital recibe asimismo la citación del día y la hora, y se pone en contacto telefónico con el paciente para recordarle la cita.

Toda esta organización de la cita o consulta son tramitadas por los auxiliares administrativos, tanto del centro coordinador, como los del centro de salud y los propios del centro hospitalario. En este capítulo se van a analizar las funciones que realizan los auxiliares administrativos en el servicio de citaciones del centro hospitalario.

2 Objetivos

- Conocer el mecanismo de la petición de una cita con el especialista para el centro hospitalario.
- Describir las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de citas 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

Desde el mismo momento que el llamado buzón de citas avisa de la cita de los pacientes, estas son recibidas en el servicio de citaciones del centro hospitalario. El auxiliar administrativo documenta dicha cita, archivando en la correspondiente agenda del especialista la misma, y avisando por llamada telefónica al paciente para indicarle cuando tiene dicha consulta, ofreciendo el día y la hora de la misma.

En estos casos, el auxiliar administrativo para reducir los tiempos de espera en las listas de citas, demanda al paciente si estaría interesado en adelantar la cita

en caso de quedar algún hueco en la agenda del especialista y poder avisar de esa circunstancia.

No siempre hay disponibles huecos para el delante de la cita programada, por eso, los pacientes, tienen el derecho de solicitar el adelanto de la consulta. El auxiliar administrativo de citaciones gestiona estas demandas o reclamaciones, ordenando por fecha de llegada las mismas, y avisando a los pacientes en caso afirmativo del adelanto de la consulta, pudiendo recoger el nuevo volante generado en el propio servicio de citaciones.

Cuando por alguna circunstancia se tiene que alterar alguna agenda de los especialistas, por baja del mismo, ausencia, o cualquier motivo, el auxiliar administrativo llamará a todos los pacientes programados para ese día, informando del motivo y la causa de dicha circunstancia y citándolos para otro día.

La gestión de las citas de pruebas diagnósticas también es función de los auxiliares administrativos del servicio de citaciones, así como las programaciones de las intervenciones quirúrgicas.

Toda la documentación generada en papel físico en el servicio con datos de los pacientes y de las especialidades médicas, son arrojadas a un contenedor de papel para su posterior destrucción en la trituradora del centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo del servicio de citaciones tiene que ser un profesional responsable, comedido y actuar con el debido secreto profesional, puesto que maneja muchos datos privados de los pacientes, siendo corresponsable con la ley de protección de datos y con la seguridad de los pacientes.

En el manejo de los programas informáticos de citas y consultas debe estar continuamente actualizado, y tener conocimientos amplios en Turriano y en los demás programas establecidos.

Las alteraciones de los pacientes al solicitar el adelanto de las citas suelen ser frecuentes, por lo que el auxiliar administrativo tiene que poseer un alto grado de paciencia y poner en práctica los recursos de las habilidades sociales, escucha activa, empatía, etc.

6 Bibliografía

1. Función del auxiliar administrativo en el sistema de gestión de citas. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

2. El auxiliar administrativo en el servicio de admisión y citaciones. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
3. Funciones de un auxiliar administrativo en un hospital. Disponible en: <https://lacentrifugadora.es>.

Capítulo 241

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE LENCERÍA HOSPITALARIA

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS

VANESSA GARCIA RAMOS

MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ ALMARCHA

JOSE ANTONIO TORRES MUÑOZ

1 Introducción

El servicio de lencería de un centro hospitalario es el encargado de gestionar, guardar y distribuir todo lo concerniente con la ropa, vestuario y enseres textiles que se necesitan en las distintas unidades hospitalarias, las necesidades de vestuario del personal que trabaja en el mismo, y cualquier otro textil o complemento que sea necesario.

De este modo la lencería, se ocupa de los pijamas o ropa de los profesionales, entre los que se encuentran, pantalones, chaquetas, batas, zuecos, etc., tanto para las unidades hospitalarias normales, que serían de color blanco, como para las unidades especiales, como uci, quirófanos, paritorios, etc., que serían de color verde o azul.

También en la lencería se gestiona toda la ropa que se necesita para vestir la cama del paciente, sábanas, almohadas, colchas, mantas, etc., así como las batas o pijamas que portan los mismos.

Desde el servicio de lencería se compran y se reutilizan ciertos complementos, como las correas de contención para los pacientes agitados, transfer, colchones, arnés, etc.

Toda esta necesidad de material necesita una gestión y una distribución que esté organizada y controlada, y es en las mismas donde aparece la figura del auxiliar administrativo, con estas funciones y otras, que se analizarán en el siguiente capítulo.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento y organización de la lencería hospitalaria.
- Describir las funciones que el auxiliar administrativo realiza en la lencería 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 en el servicio de lencería hospitalaria realiza las siguientes funciones:

- Realiza la tramitación, pedidos y situación del stock existente en cada momento. El auxiliar administrativo en el servicio de lencería, a petición de la gobernanta, realiza los pedidos necesarios en las ropas textiles que se necesitan, así, por ejemplo, realiza las compras a las casas proveedoras de todos los pijamas y enseres que necesitan los profesionales sanitarios, realizando los consiguientes asientos en los programas internos de gastos y entradas. En estos pedidos, también, revisa las facturas emitidas por los proveedores, así como revisa el material entregado,

que no haya defecto alguno y que coincida con el número exacto de prendas adquiridas.

A indicación de la gobernanta y del personal de lencería, da de baja a aquellas prendas deterioradas, rotas o que presentan alguno desperfecto, haciendo el consiguiente apunte en el programa de salidas y de faltas.

Cuando se necesita alguna prenda especial, a petición de la gobernanta, se realiza las consiguientes compras a la casa proveedora, anotando las cantidades gastadas y pedidas en las entradas de compras. Se entiende como prenda especial aquella prenda que no es recurrente en su uso y compra, como, por ejemplo, los arneses de las grúas, tallas especiales en los trajes de los profesionales sanitarios, petos plomados, etc.

Todos estos documentos generados, además de los oportunos asientos en los diferentes programas, son entregados al jefe de servicio, para su supervisión y control.

Una vez al año se realiza el inventario del stock, y el auxiliar administrativo es fundamental en esta tarea. Lleva las listas y fechas de las compras y las unidades efectuadas, y la tarea consiste en comprobar que coinciden las salidas de lencería, con las entradas existentes, descartando las mercancías deterioradas y desechadas.

5 Discusión-Conclusión

La labor del auxiliar administrativo en el servicio de lencería permite al centro hospitalario tener toda la vestimenta del personal del mismo a punto y en perfecto estado de uso. Es una función que obliga al auxiliar administrativo estar en contacto continuo con las casas distribuidoras de textil, lo que obliga, también, que sea una persona con buen dialogo y conocedor de la materia. En el uso de los programas utilizados para las compras y las salidas, el auxiliar administrativo debe estar en continuo aprendizaje, así, como en los tipos de prendas y enseres, estar del mismo modo acostumbrado a sus nombres y sus usos.

6 Bibliografía

1. El trabajo de un auxiliar administrativo en el servicio de suministros. Disponible en: <https://ocronos.com>.
2. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Disponible en: <https://inges.sanidad.gob.es>.
3. Funciones del auxiliar administrativo en sanidad. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

Capítulo 242

EL DERECHO DEL PACIENTE EN EL ENTORNO SANITARIO A LA PROTECCIÓN DE DATOS

JOSE LUIS SALMERON SUAREZ

PATRICIA CALZÓN FERNÁNDEZ

1 Introducción

La protección de nuestra intimidad dentro de los asuntos y valores personales que nos definen (religión, política, filosofía, etc.) es un asunto muy complejo, pudiendo llegar a considerarse un bien jurídico el cual el ordenamiento jurídico tiene la obligación de proteger al mas alto nivel.

Tanto la intimidad personal como la confidencialidad son derechos fundamentales reconocidos y protegidos por la Constitucional, buscando esta la garantía a cada uno de los individuos un ámbito reservado y propio de su vida frente alas intromisiones y acciones de los demás.

Cada persona decide y tiene la potestad de cuantos aspectos de su vida y privacidad desea dar a conocer, así como el nivel de detalles de esta información y quienes. Por ello, cuando debido a la atención recibida en el ámbito sanitario, una persona revela al profesional sanitario aspectos íntimos de su vida, no renuncia a los derechos antes citados, sino que sigue controlando la confidencialidad de esos datos y el derecho de secreto de los mismos.

Uno de los pilares básicos sobre los que se asienta la relación paciente y el profesional del sector sanitario (debido al acceso de este a datos personales y de salud

de los pacientes) es el secreto profesional. Tanto la constitución, como los distintos ordenamientos del orden jurídico y el derecho internacional y comunitario otorgan su fundamento jurídico al secreto profesional.

El personal de los centros sanitarios que por el desarrollo de sus funciones debe manejar datos de todo tipo de los pacientes, están obligados en todos los casos, a limitar su acceso a los datos mínimos necesarios para cumplir con su tarea. Debe evitarse bajo cualquier premisa la divulgación de cualquier tipo de dato, así como de acceder a cualquier información que no sea estrictamente necesaria para la realización de la labor que atañe a cada profesional.

El paciente, titular del derecho de confidencialidad de todos los sus datos recogidos en las bases de datos sanitarias, tiene el derecho de disponer de la forma que el crea oportuna sobre la difusión o comunicaron de sus datos a terceros. De tal manera que la información asistencial de la que dispone el profesional del sector sanitario, es el propio paciente el único con potestad para decidir a que persona o personas se le puede facilitar dicha información asistencial.

Las personas vinculadas al paciente, bien por razones familiares o por cualquier otro motivo, serán informadas exclusivamente en la medida en que el propio paciente de su consumimiento, sea de manera tacita o bien de manera explicita, siendo el paciente, el único con potestad para permitir o prohibir el acceso a su información. Recomendando siempre la constancia de sus deseo por escrito, para que cualquier profesional pueda tener conocimiento de sus deseos.

2 Objetivos

Descubrir las principales formas, dentro del ámbito sanitario, en las que se vulnera la protección de datos y la confidencialidad de los pacientes, así como identificar los principales problemas, inconvenientes y repercusiones del incumplimiento de la de protección de datos de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En la revisión de los diferentes artículos encontramos algunos cuestionarios anónimos muy interesantes con cuestiones como:

Consultas a las historias clínicas por mera curiosidad, donde alrededor del 70% de los profesionales reconoce haberlo hecho en alguna ocasión.

Intercambio de datos u opiniones sobre los pacientes en zonas comunes, siendo en este caso los resultados de porcentajes aproximados de un 8% lo hace de forma habitual, un 17% con frecuencia y sobre un 60% en ocasiones.

En otro de los artículos que nos resulto mas relevantes, ante la pregunta entre los propios profesionales del ámbito sanitario de cuales creen que son los mayores y principales problemas para la salvaguardia de la confidencialidad de los pacientes, dando 20 posibles respuesta, el cotilleo por una clara mayoría fue el mas nombrado, seguido de olvido del deber de secreto profesional, la cultura de los profesionales, el acceso a los datos y la falta de pautas claras a seguir.

Observando esta información observamos que, sin darnos cuenta, divulgamos información confidencial de los pacientes en cualquier lugar, violando la intimidad y los datos sensibles del paciente en muchos de los lugares comunes sin ni siquiera percatarnos de nuestro error.

En cuanto a las diferentes consecuencias de estos errores conscientes o inconscientes por parte del personal del ámbito sanitario, podemos clasificarlos en tres tipos de infracciones: leve, grave y muy grave.

Leve: No inscribir el fichero datos personales en el Registro General de Protección de Datos, incumplir el deber de secreto profesional o no dar toda la información necesaria a los pacientes a los que solicitamos los datos.

Grave: Recabar datos de carácter personal sin el consentimiento expreso de la persona, no cumplir con la finalidad exacta de los datos para aquello para lo que han sido recogidos, o mantener ficheros con datos personales sin la adecuada seguridad.

Muy graves: el incumplimiento reiterado del derecho del paciente a la rectificación, acceso, cancelación, oposición, comunicación o cesión de los datos de carácter personal.

Tenemos la obligación de ser plenamente conscientes de todo lo expuesto con anterioridad y otorgarle toda la importancia que se merece a la intimidad y a la confidencialidad de los datos de los pacientes, ya que se trata de una información altamente sensible.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales del ámbito de la salud, tenemos la obligación de tener siempre en nuestra mente, que todo aquel que tenga acceso y conocimiento de datos confidenciales de los pacientes está automáticamente obligado al secreto profesional. En la mayoría de las ocasiones no somos conscientes o no le damos la debida importancia de las consecuencias que puede acarrear tanto para el profesional como para el paciente.

Debemos de, en búsqueda de mejorar y preservar la confidencialidad y la intimidad en nuestro puestos de trabajo, incorporar mejoras como: no hablar entre compañeros de un paciente en presencia de otro, nunca facilitar información por teléfono, cerrar siempre las sesiones de trabajo en los ordenadores y destruir siempre de forma correcta todos los documentos que contengan información sobre los pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 243

EL PERSONAL SUBALTERNO EN SU FUNCIÓN DE AUXILIAR AL FISIOTERAPEUTA DURANTE LA REHABILITACIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

GUILLERMO GONZALEZ BENITO

OLGA SANCHEZ CLEMENTE

ENCARNI MONTES IGLESIAS

SELENIA NOVAS SALMERON

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

1 Introducción

El servicio de rehabilitación de un centro sanitario es aquel en el cual se lleva a cabo la rehabilitación de aquellos pacientes que han perdido la movilidad de alguna de las partes de su cuerpo debido a una lesión o una enfermedad prolongada en el tiempo que ha causado la pérdida de dicha autonomía de movimiento.

La localización física de este servicio se encuentra en el gimnasio de la institución sanitaria. Sin embargo, la actividad se realiza tanto dentro de él como

fuera, puesto que algunos de los fisioterapeutas acuden a las plantas de hospitalización o unidades de cuidados intensivos a realizar la rehabilitación de aquellos pacientes que no pueden ser trasladados al gimnasio por su debilidad o porque sus dolencias requieren de guardar reposo en la cama.

Los médicos rehabilitadores serán los encargados de evaluar a los pacientes y de marcar las pautas de rehabilitación a los fisioterapeutas. En el caso de que el paciente se encuentre ingresado, será el médico responsable de cada paciente, independiente de la patología principal, el encargado de solicitar una consulta al servicio de rehabilitación para la valoración del paciente.

El funcionamiento del servicio de rehabilitación será de lunes a viernes en turnos de mañana y tarde.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento del servicio de rehabilitación.
- Detallar las funciones realizadas por el personal subalterno en su actividad de auxiliar al fisioterapeuta durante las sesiones de rehabilitación.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el servicio de rehabilitación son atendidos aquellos pacientes que necesitan recuperar la movilidad de alguna zona corporal que ha perdido autonomía al no poder ser movilizada durante un período de tiempo prolongado.

En este servicio se realizan actividades asistenciales en pacientes en dos modalidades:

- Ambulatoria. Pacientes que no se encuentran ingresados en el centro sanitario.
- Hospitalaria. Pacientes que se encuentran ingresados en el centro sanitario.

Dentro de los pacientes que acuden en la modalidad hospitalaria se pueden dividir en:

- Pacientes que son trasladados al servicio de rehabilitación desde su localización de origen.
- Pacientes que no pueden ser trasladados al gimnasio del centro hospitalario debido a las largas distancias de la institución sanitaria y son atendidos en las zonas habilitadas para recibir la rehabilitación en las propias plantas de hospitalización. Esto ocurre generalmente en la planta de geriatría.
- Pacientes que no pueden ser trasladados al gimnasio al permanecer encamados debido a su diagnóstico clínico y reciben la rehabilitación en su cama. Es el caso de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos y los pacientes que requieren de reposo absoluto en cama.

Funciones del celador.

- Durante la sesión de fisioterapia en el gimnasio del centro hospitalario. o Colaborará durante la deambulación del paciente. o Realizará aquellas movilizaciones indicadas por el fisioterapeuta.
- Durante la sesión de fisioterapia en las zonas habilitadas dentro de la planta de hospitalización. o Colaborará durante la deambulación del paciente por la planta durante la sesión. o Realizará aquellas movilizaciones indicadas por el fisioterapeuta.
- Durante la sesión de fisioterapia en la cama del paciente. o Movilizará al paciente hacia la posición indicada por el fisioterapeuta. o Sujetará las extremidades inferiores y superiores del paciente durante la realización de los ejercicios

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno en su función de auxiliar al fisioterapeuta durante la rehabilitación de los pacientes hospitalizados en el centro hospitalario” nos demuestran la importancia de que los pacientes que han perdido su autonomía de movimiento reciban sesiones de fisioterapia en las cuales realicen ejercicios para mejorar la movilización y recuperen su autonomía.

Es destacable que el celador adscrito al servicio de rehabilitación conozca las técnicas de movilización de paciente, para evitar causar un dolor añadido al paciente debido a una mala movilización, por lo que deberían recibir una formación teórica-práctica.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.

2. GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013.
3. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 244

EL CELADOR: QUIRÓFANO Y BLOQUE QUIRÚRGICO

MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO

DIEGO MARTIN MAROTO

CARLOS MURO MONTERO

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

RAUL MARTIN SANCHEZ

1 Introducción

El quirófano es una de las áreas dentro del bloque quirúrgico (que a su vez pertenece y está dentro de las dependencias hospitalarias) donde se llevan a cabo las intervenciones quirúrgicas, a los pacientes previamente programados o los que tienen que ser operados de forma urgente (Por ejemplo, las operaciones de trauma procedentes de accidentes de trafico o laborales). En este área trabajan conjuntamente (pero cada uno con sus funciones bien definidas) cirujanos, anestesistas, diplomados universitarios de enfermería, técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería y celadores.

Los bloques quirúrgicos están diferenciados del resto de unidades o servicios que conforman un hospital, su ubicación debe estar próxima y con buena comunicación con los servicios de urgencias, con los servicios de reanimación y con las unidades de cuidados intensivos.

En los bloques quirúrgicos, atendiendo a la asepsia, podemos distinguir varias áreas:

- Área de intercambio: en la que se encuentran, entre otras la zona de recepción de pacientes, despachos de secretaria de quirófano y supervisores, vestuarios tanto para profesionales como para pacientes (por ejemplo, donde se cambian de ropa el paciente que va a ser sometido a una intervención que no requiere ingreso previo por realizarse con anestesia local), sala de estar de facultativos, sala de estar de celadores, amaneces, etc.
- Área limpia.
- Área estéril o aséptica. Quirófanos.
- Área sucia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Poner en conocimiento las principales funciones llevadas por los celadores en los bloques quirúrgicos.

Objetivo secundario:

Fomentar el conocimiento de la figura del celador.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos : se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: definición de quirófano, bloque quirúrgico, partes que componen un bloque quirúrgico atendiendo a la asepsia y funciones llevadas a cabo por un celador relacionadas con el bloque quirúrgico.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: definición de quirófano, bloque quirúrgico, partes que componen un bloque quirúrgico atendiendo a la asepsia y funciones llevadas a cabo por un celador relacionadas con el bloque quirúrgico, artículos en castellano que como máximo tuvieran 4 años de antigüedad.

4 Resultados

Funciones que llevan a cabo los celadores relacionados con los bloques quirúrgicos y por tanto con las intervenciones quirúrgicas:

- Si el paciente está hospitalizado realizar el traslado desde la planta de hospitalización al bloque quirófono (con la correspondiente la comprobación de la identidad del paciente y recogida de documentación que deba llevar a quirófono). Si el paciente esta en UCA(unidad de cirugía ambulatoria) trasladarlo al bloque quirúrgico junto con su documentación.
- Ayudar a hacer traspaso del paciente a la mesa quirúrgica(atendiendo al protocolo) y colocarlo en la posición adecuada en función de la intervención que se le va a realizar (algo que es de suma importancia para que el cirujano pueda realizar la cirugía cómodamente).
- Durante la cirugía ayudará a realizar todos los cambios posturales al paciente que se le pidan.
- Finalizada la cirugía, ayudará a realizar el traspaso del paciente de la mesa quirúrgica a la cama.
- Traslado del paciente recientemente intervenido a la sala de reanimación, al no ser que tenga otro destino diferente como podría ser UCI.
- Si el paciente fallece durante la intervención ayudará al personal de enfermería a realizar los cambios posturales del cadáver para realizar el aseo del cuerpo y el amortajamiento, una vez amortajado comunicará el traslado a los familiares y lo trasladará al mortuario (o en caso de necesitar autopsia a la sala de autopsias) donde lo dejará en la correspondiente cámara frigorífica (identificada con pegatina del cadáver).
- Realizar el traslado de los miembros amputados en las intervenciones al mortuario.
- En intervenciones quirúrgicas urgentes; si no está el peluquero (realizar la rasuración en pacientes masculinos) y ayudar a los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería a realizar el aseo necesario.
- El celador de quirófono realiza el transporte de documentos, mobiliario, aparatos de diagnóstico (ecógrafo, ecocardiografo, Rayos X,etc),materiales u aparataje al servicio de esterilización, muestras a laboratorio para su correspondiente análisis, etc..
- Controlar el acceso a la zona quirúrgica, permitiendo solo el paso a esta del personal autorizado.
- Revisar instalaciones y material, teniendo la obligación de notificar los posibles desperfectos que detecto al jefe de celadores.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el bloque quirúrgico debe estar perfectamente formado en cosas tan importantes como las distintas posiciones de los pacientes en la mesa de quirófano, como realizar los traslados de la camilla o silla de ruedas a la mesa de quirófano, etc., para llevar a cabo sus funciones de forma correcta.

Pero un aspecto que debería tener el celador que realiza funciones en el bloque quirúrgica es la empatía, para poderse poner en el lugar del paciente que va a ser sometido a una intervención muy grave y que está muy nervioso tanto él como sus familiares para poder ofrecerles su apoyo en todo momento.

6 Bibliografía

- RAE
- Curso “ Competencias del celador en el área quirúrgica” Asanpis.
- <https://essaeformacion.com>
- <https://celadoresonline.blogs.com>

Capítulo 245

CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE ADULTOS DE SALUD MENTAL

MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO

DIEGO MARTIN MAROTO

CARLOS MURO MONTERO

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

RAUL MARTIN SANCHEZ

1 Introducción

El servicio sanitario tiene la obligación de cubrir todas las patologías que sufren sus usuarios, una de ellas son las relacionadas con la salud mental. Entre los recursos existentes nos encontramos con la unidad de hospitalización breve para adultos (UHBSM) cuyo objetivo principal es prestar atención especializada y el apoyo asistencial necesario aquellos pacientes mayores de 18 años que lo necesitan, en régimen de hospitalización completa, pero de corta estancia.

Para conseguir esta atención especializada y el apoyo asistencial, las unidades de hospitalización breve de adultos cuentan con un equipo multidisciplinar formado por facultativos especialistas en salud mental (psicólogos y psiquiatras), diplomados universitarios en enfermería (DUE), técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE), celadores, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y

auxiliares administrativos. La labor en equipo de estos profesionales (cada uno con sus funciones perfectamente delimitadas por los decretos vigentes en la actualidad y sus correspondientes concreciones) conlleva el tratamiento integral de los pacientes para su pronta recuperación. Una vez finalizado el ingreso y en coordinación con jueces, servicios sociales, instituciones sociosanitarias y otras instituciones, se intenta que la atención al paciente sea continuada para que no tenga que volver a necesitar un nuevo ingreso.

En este capítulo vamos a desarrollar algunas de las funciones de los celadores en las unidades de hospitalización breve de adultos.

2 Objetivos

- Desarrollar las funciones que el celador lleva a cabo en su día a día en una 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 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: unidades de hospitalización breve de salud mental de adultos y funciones que lleva a cabo el celador en las unidades de hospitalización breve de salud mental.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: unidades de hospitalización breve de salud mental de adultos y funciones que lleva a cabo el celador en las unidades de hospitalización breve de salud mental, artículos en castellano e inglés que como máximo tuvieran 2 años de antigüedad.

4 Resultados

Funciones que lleva a cabo el celador en las unidades de hospitalización breve de salud mental de adultos atendiendo a las normas de régimen interno UHBSM del hospital general universitario de Ciudad Real (de acuerdo con el Estatuto de Personal no sanitario vigente):

- Es el encargado de cuidar del entorno ambiental de los pacientes (temperatura, evitar corrientes de aire, subida de persianas durante el día, bajada de persianas

por la noche, ausencia de ruidos, etc.).

- El celador, cuando es necesario ayuda a los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería a realizar el aseo personal de los pacientes que no lo pueden hacer por si solos.
- El celador es el encargado de vigilar a los pacientes durante su aseo personal (las puertas de los baños nunca pueden estar cerradas durante este proceso).
- El celador de turno de noche debe propiciar un ambiente carente de ruidos para que los pacientes puedan dormir. Favorece el descanso nocturno controlando los ruidos.
- El celador debe controlar la puerta de acceso (la cual permanece constantemente cerrada con llave), de tal forma que solo pase el personal autorizado (que tengan autorizada la visita del familiar hospitalizado) y la circulación de los pacientes por la unidad y de sus familiares.
- El celador debe recoger la medicación necesaria para suministrar a los pacientes en la farmacia hospitalaria como otros productos o materiales cuya distribución sea realizada por farmacia.
- El celador debe recoger el carro de lencería para introducirlo en las dependencias de la unidad.
- El celador debe acompañar a los pacientes autorizados, en sus paseos por las zonas ajardinadas del H.G.U.C.R (recintos acotados, a los que solo se tiene acceso esta unidad). Paseos que debe utilizar para comunicarse de forma empática con los pacientes y siempre estar vigilándolos.
- El celador debe vigilar y controlar que se mantenga tanto el orden y la armonía de los pacientes (ausencia de conflictos entre los usuarios de la unidad). Vigila el orden y la armonía entre los pacientes, para evitar lesiones de un paciente a otro.
- El celador es el encargado de realizar , a través de las cámaras la vigilancia de los pacientes cuando está en la habitación con el fin de poder evitar posibles intentos de autolesionarse.
- El celador debe ayudar a los DUES en la sujeción del paciente no colaborador en la administración de infectables.
- El celador debe colaborar cuando hay
- El celador debe colaborar en la reducción de pacientes que deben ser sometidos a sujeción mecánica.

5 Discusión-Conclusión

Dado que las enfermedades relacionadas con la salud mental van en aumento y la necesidad de ofrecer un servicio de calidad, creemos que las unidades de hospi-

talización breve de salud mental deben estar dotadas de personal perfectamente formado. El comportamiento y actuación de un paciente de la unidad de hospitalización breve de salud mental de adultos, no es igual que el de otro paciente de cualquier otra unidad de hospitalización , por los problemas mentales que presenta. Por eso el celador antes de empezar a trabajar en esta unidad debería recibir un curso de formación especializado en comportamientos y formas de actuar ante este tipo de comportamiento con pacientes que presentan patologías relacionadas con la salud mental (trastornos de personalidad, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión, esquizofrenia, etc.).

6 Bibliografía

- <https://celadores.blogspot.com>
- Protocolo de actuación unidad de hospitalización breve HGU CR.

Capítulo 246

PAPEL DEL CELADOR EN EL ÁMBITO DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA

VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS

JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ

MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ

YOLANDA SILGADO ARANDA

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS

1 Introducción

La Medicina Interna es la rama de la medicina que se encarga de estudiar y tratar los diagnósticos de las enfermedades que afectan a todo el organismo o aquellas que solo inciden en un órgano pero que no requieren de ningún tipo de asistencia quirúrgica.

Es una especialidad que podríamos definir como que se encarga de la atención integral del paciente adulto, así como de la prevención de la misma enfermedad. Dentro del ámbito hospitalario, las plantas de medicina interna componen entre el 40 y el 50% de los ingresos que se producen a diario.

Es por este motivo, que es muy importante que el equipo de trabajo que comòne la planta de hospitalización de Medicina Interna, tenga muy claras y muy delimitadas sus funciones, tanto las propias de cada uno como las del resto de compañeros, ya que una buena coordinación es importantísimo para que el ritmo y

el método de trabajo funcione correctamente y así ofrecer al paciente la mejor asistencia y cuidados.

El paciente que ingresa en una unidad de hospitalización de medicina interna puede proceder del servicio de urgencias, de otra planta hospitalaria o incluso de otros centros.

Sea de donde sea que provenga el paciente que va a ingresar en este servicio es el celador quien se encarga de trasladar o ayudar a recibir al paciente que se dispone a ingresar. Es el encargado de portar la historia clínica de la persona, así como sus objetos personales, haciéndole entrega de los mismos, o bien al personal de enfermería o a los auxiliares de dicho servicio.

Es muy importante tener claro que la presencia del celador en este tipo de plantas es muy necesaria, ya que forman parte del equipo de trabajo que se encargaran del cuidado y del bienestar del paciente mientras dure su estancia en este servicio.

2 Objetivos

El principal objetivo del presente trabajo es exponer y dar a conocer en qué consiste la labor del celador en una planta de Medicina Interna, así como explicar las diferentes funciones que debe llevar a cabo para el correcto funcionamiento del servicio y la correcta atención del paciente que se encuentra ingresado.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo hemos realizado una serie de búsquedas online, recurriendo a buscadores como Google Scholar, así como revisando diferentes artículos de publicaciones y revistas sanitarias.

Además se han consultado distintas bases de datos como Scielo y Pubmed, utilizando conceptos relacionados con el tema a tratar en esta publicación.

4 Resultados

Lo primero que cabe resaltar es que la figura del celador es muy importante en cualquier ámbito de la hospitalización. Siendo aún más importante en el área de Medicina Interna por el simple hecho del tipo del paciente que ingresa y los cuidados que este precisa. Ya que es un paciente adulto, que en la mayoría de los casos tiene un grado de dependencia elevado y por lo tanto precisa de más atención y mayor número de profesionales.

Las funciones que deberá llevar a cabo el celador en el servicio de Medicina Interna serán las siguientes:

- Será el encargado de ir a por los pacientes cuando se trate de un traslado desde otra planta de hospitalización y en el caso de que el paciente provenga del servicio de urgencias o de otro centro ayudará al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a recibir y acomodar al paciente en su habitación.
- Entre sus funciones más importantes siempre suele estar ayudar al auxiliar y al resto del personal sanitario, aunque siempre su trabajo irá más vinculado a los técnicos auxiliares de enfermería.
- Cualquier tipo de traslado que realice el paciente a otros servicios o pruebas diagnósticas que solicite el médico internista los ejecutan ellos.
- Ayudará al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los aseos y la colocación y retirada de cuñas o pañales siempre y cuando el auxiliar por diferentes motivos no pueda realizarlo solo.
- El celador se encargará de ir a recoger la medicación necesaria diaria en la planta al servicio de farmacia del hospital.
- El celador en algunas plantas de hospitalización de medicina interna se encarga de manera parcial o total del control del acceso a la misma de los diferentes familiares o visitas que reciben los pacientes.
- Otra labor de gran importancia que debe realizar el celador es el control de las balas de oxígeno. Comprobar las que están vacías y cambiarlas por unas nuevas para que el estocaje de la planta esté siempre correcto.
- El celador deberá trasladar a aquellos pacientes que fallezcan al lugar indicado en cada centro para ello. Tomando las medidas de higiene, seguridad y privacidad oportunas.

Aparte de todas estas funciones es imprescindible que el celador haga equipo con el resto de compañeros y ayude y apoye al resto de profesiones en las distintas labores que se le requiera para un correcto funcionamiento de la planta y que todo el equipo trabaje en armonía, obteniendo así los más óptimos resultados y ofreciendo la mejor asistencia al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Después de analizar las diferentes funciones que debe llevar a cabo el celador en el servicio de hospitalización de Medicina Interna, podemos decir que la figura del mismo es muy necesaria y muy importante en el ámbito sanitario en general, pero más aún en este tipo de plantas, donde el paciente es más complejo y donde la carga de trabajo es mayor que en el resto de plantas.

Por este motivo creo que la figura del celador debería tener mayor relevancia dentro del equipo de trabajo que componen los servicios hospitalarios. Siendo muy importante incidir en la formación de estos profesionales, dándoles mecanismos y medios para que puedan ejecutar su trabajo de la mejor manera posible. Por último cabe destacar que no todos los servicios y las áreas de hospitalización tienen la misma carga asistencial por lo que es muy importante incidir en que en las plantas de Medicina Interna se necesita mayor apoyo y mayor número de personal.

6 Bibliografía

- <https://www.fesemi.org/informacion/prensa/semi/el-40-de-los-pacientes-hospitalizados-en-medicina-interna-tiene-dos-o-mas>
- <https://www.unidadmedica.com/blog/medico-internista-que-es-y-funciones/amp/>
- Bases de datos Scielo y Pubmed.
- Buscadores online Google Scholar, Google.

Capítulo 247

EL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE EL COLECTIVO DE LOS CELADORES

VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS

MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ

JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS

YOLANDA SILGADO ARANDA

1 Introducción

Para empezar a desarrollar este trabajo es necesario conocer en qué consiste el denominado Síndrome de Burnout, o también conocido como el síndrome del trabajador quemado. Es un término que se puede emplear en cualquier sector laboral, si bien es cierto que entre el personal sanitario se da con bastante frecuencia.

El entorno laboral en el que se mueven los profesionales sanitarios es con mucha frecuencia una labor que se desempeña bajo unos niveles de estrés bastante altos. Por este motivo el trabajador acaba manifestando un estado de agotamiento físico y mental que prolongado en el tiempo puede desembocar en problemas de salud tanto físicos como mentales importantes.

El celador dentro del ámbito hospitalario, muchas veces se encuentra sometido a un nivel de estrés bastante alto, generalmente debido a la implicación personal y emocional con cada situación de cada uno de los pacientes que tiene que tratar.

Si bien es cierto, que cuando el nivel de estrés es positivo, se puede traducir en mayor rendimiento y ganas de aprender y seguir avanzando como profesional, por lo que es algo productivo. Si este estrés lo vamos acumulando y no sabemos gestionarlo, llegará un momento en que empiece a pensar en el trabajador y los resultados serán negativos. Es en este momento cuando debemos tratarlo y ponernos en manos de un profesional para que nos ayude con esta situación. Y es ahí cuando podemos decir que el celador sufre el Síndrome de Burnout.

2 Objetivos

- Dar a conocer en qué consiste el Síndrome de Burnout con carácter general y poder evitarlo.
- Saber identificar cuanto antes si el celador está sufriendo este síndrome y cómo atajar el problema.
- Detallar los síntomas y signos más comunes del Síndrome de Burnout en el celador que lo sufre.

3 Metodología

El presente capítulo está realizado a partir de una serie de artículos sanitarios que han sido buscados en diferentes bases de datos como son Scielo y Dialnet. Además hemos recurrido a una serie de búsquedas online en Google o Google Scholar empleando términos como Síndrome de Burnout, agotamiento psicológico, fases, celador...

4 Resultados

El trabajo relacionado con el sector de la sanidad está demostrado y avalado con numerosos estudios que se realizan bajo unos niveles de estrés bastante altos. El trato directo con personas enfermas hacen que los profesionales sanitarios sufren una implicación involuntaria con cada una de las diferentes situaciones a las que se enfrentan, sobre todo cuando son pacientes más vulnerables como pueden ser los niños o los enfermos graves.

El celador es una figura dentro del equipo sanitario que al igual que el auxiliar suele tener un mayor contacto con el paciente y la familia, por lo que la implicación sentimental también es mayor. Esto, unido a que su trabajo es más físico

y necesita más esfuerzo, son uno de los colectivos que más sufre el síndrome del quemado en el trabajo.

Es necesario conocer bien las fases por las que el celador puede pasar cuando está sufriendo este problema para así poder atacar cuanto antes y paliar los efectos que pueda tener para su salud.

Hay una fase inicial en la que el celador muestra un excesivo entusiasmo por el trabajo que está realizando y en ese momento no se da cuenta de que está empezando a sufrir ese estrés que si no pone freno desembocará en el síndrome de burnout.

Una vez superada la primera fase el celador entra en un estancamiento por el cual llega a dudar de su capacidad como trabajador.

La tercera fase es la de frustración que es donde realmente empieza el síndrome de burnout y ahí ya el trabajador no se siente motivado.

Después de la tercera fase si no se ha atajado el problema llegaríamos al punto ese de apatía por todo que no solo afectará a la parte laboral sino que incluso puede llegar a afectar a la parte personal.

Si no se ha puesto solución a cada una de las fases anteriores llegaremos a la fase de quemado que es donde ya no hay retorno y el celador necesitará y cese en su trabajo aunque sea de manera temporal.

Cuando el celador no se encuentra cómodo en su trabajo, no disfruta de lo que hace, le cuesta acudir a trabajar es el momento de buscar ayuda en psicólogos o especialistas que le den las herramientas necesarias para solucionar el problema por el que está pasando y así combatir los síntomas que hayan podido aparecer.

5 Discusión-Conclusión

Tal y como hemos visto la figura del celador en muchos casos se ve sometido a altos niveles de estrés derivando en un problema de salud.

Es muy necesario que se conozcan de una manera muy clara las funciones que cada uno ha de realizar para evitar así la sobrecarga y la sobre responsabilidad de funciones que quizás no son las del celador pero que muchas veces se llevan a cabo produciendo así un malestar en el mismo.

Referente al trato con el paciente es muy difícil evitar no empatizar ni implicarse con el enfermo y con la familia, aunque se debe intentar separar entre el trabajo y la vida personal para evitar llevarnos a casa los problemas que no son nuestros. Por todo esto sería muy necesario que los diferentes profesionales sanitarios, donde se incluyen los celadores dispongamos de apoyos psicológicos de manera regular para cuando sintamos que aparecen esos primeros síntomas que puedan

derivar en un síndrome del trabajador quemado nos faciliten esas herramientas necesarias para evitar así problemas mayores.

6 Bibliografía

- <https://asana.com/es/resources/what-is-burnout>
- <https://revistamedica.com/celador-sindrome-de-burnout/amp/>
- Buscadores Google y Google Scholar
- Bases de datos Scielo y Dialnet

Capítulo 248

CÓMO REALIZAR EL TRASLADO DEL CADÁVER POR EL CELADOR

VÍCTOR CAMBRONERO VILLALOBOS

YOLANDA SILGADO ARANDA

MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS

JUAN FRANCISCO VILLALBA GONZÁLEZ

1 Introducción

Hoy en día aún nos cuesta entender que la muerte forma parte de la propia vida. Por lo tanto es muy necesario entender el fallecimiento de una persona como algo natural. Es un hecho que no solo afecta a la persona que pierde la vida, sino al resto de familiares y seres queridos que comienzan a pasar por una serie de situaciones, sentimientos y etapas que son muy necesarias superar para poder seguir adelante.

Cuando una persona fallece en el ámbito hospitalario, el inicio de la etapa del duelo para la familia se complica bastante, ya que el ambiente no es el propio de la familia e interaccionan con una serie de profesionales sanitarios, que para el entorno no dejan de ser unos extraños.

Es por este motivo que todos y cada uno de los diferentes profesionales sanitarios que intervienen en la fase final de la vida de un paciente como en su fallecimiento, sean capaces de poder empatizar lo suficiente con el dolor ajeno, y de este modo

poder ofrecer un trato lo más personal posible a las personas que sufren esta pérdida, dentro de que no deja de ser su trabajo y una situación a la que se enfrentan prácticamente a diario.

2 Objetivos

Dar a conocer los conceptos básicos de cómo se debe llevar a cabo el traslado del paciente fallecido por parte del celador, resaltando la importancia de empatizar con la tristeza y el dolor que puedan sufrir los familiares y seres queridos.

3 Metodología

Para llevar a cabo la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una investigación que ha consistido en realizar una revisión bibliográfica basada en la literatura científica existente relacionada con el tema a tratar.

Se han ejecutado varias búsquedas online en buscadores como Google o Google Scholar, además de haber consultado diferentes bases de datos como Medline y Scielo.

4 Resultados

Como hemos comentado anteriormente el fallecimiento del paciente en el ámbito hospitalario se da de forma muy común. Es por eso que los diferentes profesionales sanitarios deben estar perfectamente preparados para afrontar la situación de una manera correcta, tanto laboral como psicológicamente.

Los técnicos auxiliares de enfermería como el celador son las últimas personas que entran en contacto con el paciente antes de ser trasladado al mortuario o túmulos.

Para llevar a cabo un correcto traslado del paciente fallecido lo primero que hay que realizar es correcto amortajamiento.

Cuando el auxiliar y el celador se dispongan a amortajar el cadáver, este ya debe estar limpio de dispositivos, es decir, los enfermeros deben haber retirado las vías, vendajes, sondas...

Hoy en día los amortajamientos se realizan de una manera más superflua que antes, ya que realmente son los profesionales del tanatorio los que acondicionan al fallecido.

En el hospital, al paciente se le acondiciona de la siguiente manera

En primer lugar se le realizará un aseo, para que el paciente no vaya con el pañal sucio.

Si la familia lo desea se le puede vestir con la ropa que ellos nos indiquen. Si no, se le dejará con el pijama del propio hospital y será en el tanatorio donde lo vistan.

Se le han de retirar todos los objetos personales que el paciente porte siempre delante del vigilante de seguridad para certificar cada una de sus pertenencias. Posteriormente se entregarán a la familia.

Una vez este acondicionado se procederá a introducirle en un sudario de color blanco.

Para realizar todo este proceso es imprescindible la colaboración del celador, ya que es figura indispensable para realizar las correctas movilizaciones y apoyar al auxiliar.

Una vez el cadáver esté acondicionado y dentro del sudario, es tarea única y exclusivamente del celador realizar el traslado del mismo a la zona acondicionada para ello, como son las cámaras de túmulos.

El celador deberá portar el cadáver en una cama correctamente identificado con sus pegatinas con el nombre y el número de historia clínica. Debe llevar pegatinas identificativas, tanto en el pecho del paciente como en el sudario. Es muy importante que lo transporte debidamente tapado con una sábana.

El traslado lo hará siempre con ayuda de otro celador para que, en caso de que sea necesario, lo puedan introducir en las cámaras del mortuario hasta que la funeraria acuda a recogerlo.

Para finalizar el correcto traslado es muy importante saber que si el cadáver se ha de quedar en una cámara, hay que identificarla mediante una pegatina con los datos del paciente.

Una vez finalizado el traslado el celador volverá al servicio en el que presta su servicio y dejará la cama donde transportaba el cadáver sin ningún tipo de ropa de cama para que el servicio de limpieza pueda desinfectar.

5 Discusión-Conclusión

Tal y como hemos podido comprobar la figura del celador es una parte muy importante en el proceso de amortajamiento del cadáver y es el máximo protagonista en el traslado del mismo.

Debe tener muy claras las funciones que debe realizar en cuanto a este procedimiento se refiere, igualmente ha de tener bien establecido el circuito por donde

ha de trasladar al paciente que ha fallecido, evitando aquellas zonas por donde hubiera más afluencia de personas.

En cuanto a la parte más psicológica, es muy necesario que el celador esté preparado para afrontar la situación de la muerte con naturalidad y por supuesto sea capaz de empatizar con la tristeza y el dolor que puedan sufrir los familiares y seres queridos.

6 Bibliografía

- Consultas realizadas en buscadores Google y Google Scholar con términos como: cadáver, celador, amortajamiento, duelo...
- Consultas realizadas en bases de datos como Medline y Scielo.
- <https://revistamedica.com/procedimiento-celador-fallecimiento-paciente/amp/>
- https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_5.pdf

Capítulo 249

EL CELADOR: EL ACTO COMUNICATIVO EN EL DESARROLLO FUNCIONAL

MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO

DIEGO MARTIN MAROTO

CARLOS MURO MONTERO

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

RAUL MARTIN SANCHEZ

1 Introducción

En el ámbito sanitario nos encontramos con celadores desde la puerta de acceso (ya sea por la puerta de entrada de consultas externas, puerta de entrada por hospitalización o puerta de acceso a urgencias) por tanto, es la persona que inicia la comunicación con todos los pacientes y usuarios, por eso es tan importante que sepa comunicarse correctamente teniendo conocimiento de técnicas de comunicación efectiva.

Pero, ¿qué es la comunicación?

La comunicación es la acción consciente de intercambiar información(mensajes) entre dos o más participantes con el fin de transmitir (emisor) o recibir(receptor) información, pero para que la comunicación sea efectiva es necesario que el

receptor entienda lo que se le está comunicando y para ello el emisor debe recibir algún mensaje que lo confirme.

En el acto comunicativo no solo intervienen emisor, receptor y mensaje hay otros elementos como son código y canal. Dos elementos de suma importancia a tener en cuenta que el celador está hablando con un inglés que no entiende español y le está hablando en español (no hará comunicación porque el código no es el adecuado) o bien el celador está hablando con un sordomudo en ambiente bajo de luz que no le permite leer los labios (no habrá comunicación porque el canal no es el adecuado).

2 Objetivos

Desarrollar conocimientos y habilidades necesarias para que el celador sea capaz de realizar una comunicación eficaz con los pacientes y/p usuarios de los centros sanitarios.

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 comunicación, elementos que intervienen en el acto de la comunicación, tipos de comunicación , funciones para las que se utilizan los actos comunicativos, barreras que pueden existir en el acto comunicativo y estrategias que pueden utilizar los celadores para llevar a cabo una comunicación efectiva.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: definición de comunicación, elementos que intervienen en el acto de la comunicación, tipos de comunicación , funciones para las que se utilizan los actos comunicativos, barreras que pueden existir en el acto comunicativo y estrategias que pueden utilizar los celadores para llevar a cabo una comunicación efectiva, artículos en castellano e inglés que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Aunque con frecuencia se confunden los términos informar con comunicar, cabe destacar que lo que realmente debe realizar el celador es comunicar no informar. Aunque existen 30 o más tipos de comunicación (verbal, no verbal, horizontal. Vertical, escrita, bioquímica, etc.) nos vamos a centrar en la comunicación verbal y no verbal que a su vez puede ser: pasiva, agresiva, pasiva-agresiva y asertiva. Es este último tipo de comunicación (asertiva) la que debe desarrollar en sus comunicaciones el celador, puesto que además de tener conversaciones claras y respetuosas con los usuarios, pacientes y compañeros de trabajo le permite expresar sus propios sentimientos, recibir críticas de los demás y defender sus derechos.

Cualquier acto comunicativo se lleva a cabo con una determinada finalidad o funcionalidad (informativa, formativa, persuasiva o expresiva) y dentro de éstas el celador las que más utiliza en su día a día son la informativa (Por ejemplo, mire sr. Juan nos vamos a ir para rayos que le tienen que hacer a usted unas radiografías, pero no se preocupe que eso es rápido y enseguida estamos aquí con su familia) y la persuasiva (Por ejemplo, creo que debería sentarse y no moverse de esa forma que se puede caer).

Existen elementos en la comunicación que la entorpecen e incluso la impiden, son lo que se conoce como barreras comunicativas.

Clasificación de las barreras comunicativas en función de los elementos que forman parte de la comunicación:

- Barreras comunicativas del emisor: son las que no permiten que el emisor transmita el mensaje.
- Barreras comunicativas del receptor: son las que no permiten que el receptor descodifique el mensaje, es decir lo entienda.
- Barreras del canal: son las características del entorno que entorpecen el acto comunicativo.

Estrategias que deben desarrollar los celadores para conseguir comunicaciones asertivas y/o efectivas:

- Emitir mensajes concisos y claros.
- Emplear un código común, es decir la misma lengua.
- Utilizar estrategias que permitan la retroalimentación.
- Asegurarse que el canal a utilizar, es el adecuado para iniciar la comunicación.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el desarrollo nunca debe utilizar la comunicación pasiva ni la agresiva ni la pasiva-agresiva, pero si la comunicación verbal y no verbal asertiva, teniendo en cuenta que la comunicación verbal tiene que ser coincidente con la no verbal(lo que se dice a través de la comunicación verbal debe ser exactamente lo que se dice con el cuerpo) evitando cualquier tipo de barrera que pueda existir en la comunicación y utilizando estrategias del tipo de las expuestas en este capítulo para conseguir una comunicación efectiva con todos y cada uno de los usuarios y/o pacientes con los que se encuentra en su día a día en los centros sanitarios.

6 Bibliografía

- Wikipedia.
- <https://www.significados.com>
- <https://www.bgou.uma.es>
- Rosario Peiró 08/04/2021 Comunicación. Exonomipedia.comUNIR La Universidad en Internet ¿ Qué son las barreras de comunicación y cuáles son los tipos que existen?
- La ciencia de la comunicación humana.Wschramn 1965- academia. Edu. Traducción de obra : “TheScienceofHumanComunicación”.
- Fundamentos de la comunicación humana. R de Miguel-2010.booksgoogle.com
- Curso “Comunicación desde el respeto de la autonomía del paciente” Universidad Antonio Nebrija <https://asana.com/es/resources/communication-styles#:text=Existen%20cuatro%20estilos%20principales%20de,verbal%2C%20no%20verbal%20o%20escrita>.

Capítulo 250

FUNCIONES Y ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN GENERAL DEL CENTRO HOSPITALARIO

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE

LORENA DELGADO GONZALEZ

NOELIA GARCIA MUÑOZ

ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA

MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO

1 Introducción

En el trabajo diario del equipo personal sanitario y no sanitario del centro hospitalario se cuenta con la utilización de numerosos equipos sanitarios, materiales y utensilios, que son intervenidos en el paciente enfermo, cualquiera que sea el área o servicio donde se encuentren.

En este sentido, se precisa de disponer en todo momento de materiales y enseres sanitarios, con el fin de evitar la espera y la rápida actuación en las tareas de los sanitarios y del equipo no sanitario.

De este modo, es necesario que no se produzca ningún desabastecimiento de materiales y enseres sanitarios, pues a menudo se realizan prácticas con ellos en la atención a los pacientes.

Por tanto, se destaca la figura del celador almacenero, quien controla y distribuye todo tipo de materiales para todo el centro hospitalario. Así, cuando en algún servicio se precisa de la reposición de materiales, se hace una llamada al celador almacenero, quien se encarga de distribuir y llevar dichos materiales y enseres hasta su lugar de destino.

Así, en el presente trabajo se van a desarrollar las actuaciones, funciones y el protocolo a seguir por el celador almacenero en el centro hospitalario, donde los desarrollos de las mismas son de vital importancia para que se produzca un correcto desarrollo del funcionamiento interno de los servicios del centro hospitalario.

2 Objetivos

- Desarrollar las funciones que llevan a cabo los celadores en el almacén del centro hospitalario.
- Conocer el protocolo de actuación de los celadores almaceneros en el hospital.

3 Metodología

El desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo a través de una revisión bibliográfica 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

Dentro del centro hospitalario se precisa de la presencia de materiales y enseres sanitarios en cada uno de los servicios y áreas, puesto que el personal sanitario trabaja directamente con ellos en la atención a los pacientes.

De este modo, el celador almacenero se encarga de la reposición y distribución de dichos materiales cuando precisan de su atención, es decir, cuando en algún área o servicio necesitan de alguno de estos materiales, realizan una llamada al celador del almacén, quien va a llevar dichos materiales hasta su destino.

Por tanto, se puede afirmar que el celador almacenero debe ser una persona conocedora de todas las ubicaciones y espacios del centro hospitalario, es decir, debe

conocer a la perfección dónde se encuentran las áreas o servicios, que le permita actuar con la mayor rapidez posible cuando reciba el aviso.

Así, el celador almacenero recibe la llamada de que debe acudir para llevar un pedido. A continuación, hace uso de la transpaleta, es decir, el medio de transporte mediante el cual los materiales, que van en sus respectivas cajas, que son llevados hasta las dependencias de los servicios. Una vez que el celador acude al servicio, debe colocar correctamente todo el material en su lugar correspondiente. Entre dichos materiales se destacan: sueros, batas, pañales, gorros, entre otros. Además, si hay una excedente de materiales o enseres en el servicio, el celador lo carga en el carrito y se lo lleva hasta el almacén, donde finalmente lo coloca en su lugar correspondiente a la espera de ser utilizado por otra área.

El celador almacenero también es el encargado de custodiar y proteger todo lo que se encuentra dentro del almacén. Dado que el celador almacenero debe salir del almacén para realizar el reparto, el celador dispone de un busca por sí de sus funciones se requieren.

5 Discusión-Conclusión

Atendiendo a los resultados expuestos en el presente trabajo, se afirma la gran importancia de la presencia de los celadores almaceneros en el centro hospitalario, dado que el desarrollo de las funciones que cumplen son de vital importancia para que se produzca el correcto desarrollo en los servicios y áreas del centro hospitalario.

En este sentido, sin la participación e involucración del celador almacenero, los servicios y áreas no pueden realizar sus respectivas tareas e intervenciones y atenciones con los pacientes enfermos que se encuentran ubicados en él, pues sin el celador almacenero se produce un desabastecimiento y falta de recursos materiales y sanitarios esenciales para los servicios.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en el almacén y gestión de suministros. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>.
2. Funciones y tareas del celador en el servicio de almacén hospitalario. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

Capítulo 251

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE COVID

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE

LORENA DELGADO GONZALEZ

NOELIA GARCIA MUÑOZ

ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA

MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO

1 Introducción

Aunque a día de hoy, y gracias a Dios, la pandemia de SARS-19, ya ha sido controlada y erradicada en la gran mayoría de los países, aún, se dan algunos casos aislados, cuyo protocolo de medidas de prevención, son las mismas que cuando el virus estaba más extendido y agresivo.

Los pacientes que se contagian actualmente tienen unos síntomas que son más cercanos a una gripe, y las consecuencias de la enfermedad ya no presentan los signos de gravedad, e incluso, muerte, que en el tiempo más virulento de la pandemia.

No obstante, aunque, la enfermedad ha sido controlada, no se puede bajar la guardia, y el personal sanitario, consciente de ello, sigue los mismos protocolos

de actuación, ingreso y tratamiento, en los escasos números que se presentan de pacientes COVID.

Ya no existe, en casi ningún centro hospitalario, unidades hospitalarias dedicadas exclusivamente al ingreso y tratamiento de los pacientes infectados, sino, por el contrario, estos, se ingresan en distintas unidades hospitalarias, tratando al paciente como si fuese un paciente aislado, eso, sí, con las medidas preventivas utilizadas en el periodo COVID.

En este capítulo, se va a analizar, como, todavía, el celador, sigue los protocolos de actuación, las normas de prevención, etc., con los pocos pacientes COVID ingresados.

2 Objetivos

- Explicar el protocolo de actuación en la atención al paciente COVID.
- Describir las acciones desarrolladas por el celador en la atención con el paciente COVID.

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 ingresos hospitalarios, actualmente, de pacientes infectados por COVID, han disminuido casi en su totalidad, dándose, escasos casos de ingresos hospitalarios por tal enfermedad. Pero la realidad es que se dan casos todavía y ante estos, el celador, sigue unas normas y pautas que ser verán seguidamente.

En los ingresos de los pacientes COVID, el celador, portará, el equipo de protección individual (EPI) completo, bata, guantes, mascarilla de protección, y en algunos casos, pantalla de protección visual.

En el transporte del paciente COVID, el celador, procurará, coger, el circuito de traslado menos transitado de personas y profesionales, procurando que el paciente en la cama, no se quite, ni la mascarilla, ni el oxígeno, no hay que olvidar

que el paciente, sea cual fuere, siempre se encuentra un poco desorientado.

Al llegar a la planta correspondiente, el celador, avisará al resto de personal que el paciente es COVID, para que los profesionales puedan poner en marcha el protocolo COVID. En la habitación asignada para el paciente, sólo, estará, el propio paciente, y el familiar, que en este caso, no saldrá de la habitación nada más que para realizar el intercambio con otro familiar.

Si el paciente, llevará, gafas de oxígeno de alta concentración, las mascarilla que el celador portará será una fpp2, para evitar que las gotas y el aerosol pueda traspasar la simple mascarilla de quirófano.

En la movilización y acomodación de estos pacientes, el celador, procurará, no acercarse demasiado la cabeza a la cabeza del paciente, esto no quiere decir, que no realice la movilización con el cuidado y técnica que se utiliza.

Todos los enseres utilizados dentro de la habitación del paciente, el celador, lo depositará en un cubo que se queda dentro de la misma, con los EPIS, utilizados, sábanas, o cualquier otra prenda.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la desaparición de la pandemia ha dejado una sensación de relajación en las medidas preventivas ante el paciente COVID, el celador, sabe y es consciente, en todo momento, de seguir el protocolo de actuación y cumplir las normas preventivas, tanto en los ingresos, traslados o movilización de los pacientes COVID. Siguiendo las normas y el protocolo correcto, el celador, es un profesional consciente y responsable, tanto consigo mismo, como con el resto de sus compañeros sanitarios, evitando la propagación del virus, que aunque menos virulento, aún, sigue infectando a algunas personas. Con ello preserva tanto su seguridad como la del equipo profesional que atiende al paciente.

6 Bibliografía

1. El celador y la atención a pacientes con posible COVID-19. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
2. Actuación ante caso posible o confirmado covid-19. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es>.
3. EPIS pacientes COVID-19. Disponible en: <https://elda.san.gva.es>.

Capítulo 252

TAREAS EJERCIDAS POR EL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CRESPO POSE

LORENA DELGADO GONZALEZ

ANTONIA FERNANDEZ ALMOGUERA

MARIA SAGRARIO MORALEDA ESCRIBANO

NOELIA GARCIA MUÑOZ

1 Introducción

El servicio de radiología del centro hospitalario funciona durante todos los días, los trescientos sesenta y cinco días, ininterrumpidos. Este servicio de radiología es de los más demandados del centro sanitario, puesto que todos los pacientes provengan de donde provengan, tienen alguna prueba diagnóstica realizada en el servicio, atendiendo del mismo modo, a aquellos que tienen una cita programada. Por protocolo hospitalario, todos los pacientes, que acuden al servicio de urgencias hospitalarias, tienen una placa, excepto aquellos que son derivados a ciertas especialidades médicas, como ginecología, otorrinolaringología y oftalmología. Por ende, el personal que trabaja en el servicio de radiología, está a turno rotatorio, es decir, que sus turnos se reparten en mañanas, tardes y noches. En todos estos turnos están presentes el radiólogo, que en los turnos de mañana, siendo la tarde y la noche, servicio de guardia; también se encuentran los técnicos en rayos, enfermeras, auxiliares administrativos y celadores.

Los celadores en el servicio de radiología tienen turnos de mañana y tarde, que son los turnos donde más afluencia de pacientes son atendidos.

En este capítulo se van a tratar las tareas y funciones que desarrollan los celadores de radiología en sus respectivos turnos, que al ser un servicio tan

2 Objetivos

- Describir la organización y funcionamiento del servicio de radiología.
- Conocer las tareas y funciones que los celadores realizan en el servicio de radiología.

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

Los celadores de radiología, dependiendo del turno, realizan las siguientes tareas y funciones.

-Tareas del celador de mañanas. En este turno es cuando el servicio recibe la mayor carga de trabajo, y es por eso, que los celadores de las unidades hospitalarias trasladan los pacientes hasta el servicio. Una vez el servicio, el celador de radiología, es el encargado de pasar al paciente hacia su respectiva sala, que puede ser, sala de ecografías, sala de resonancias, sala de placas radiológicas, sala de punciones, sala de tac. En cualquiera de las salas destinadas el celador, siguiendo las indicaciones de los técnicos, coloca al paciente en su respectiva cama o mesa, dependiendo como de la prueba a realizar.

Los celadores en turno de mañana son los encargados del reparto de la documentación que se genera en el servicio, esto es, todos los informes emitidos por los radiólogos, a sus respectivas consultas, salas de pruebas o servicios donde van destinados.

El celador de la mañana coloca el almacén del servicio cuando es recibido desde el almacén general del centro, colocando en las estanterías la mercancía recibida.

Todos los instrumentos utilizados en las punciones mamarias, el celador, en turno de la mañana los llevan para su esterilización al servicio de esterilización y recoge los instrumentos entregados el día anterior.

El celador de mañanas termina su turno llevando el carro de la ropa sucia hasta el servicio de lencería, recogiendo uno vacío y reponiéndolo en su ubicación dentro del servicio para los compañeros de la tarde.

-Tareas del celador de tarde. Por la tarde las tareas del celador en el servicio de radiología son las mismas que por la mañana, exceptuando, que el volumen de pacientes descende, son los encargados de trasladar a los pacientes ingresados hasta el servicio de radiología. El celador dotado del listado de pacientes de las diferentes unidades hospitalarias, traslada al paciente, desde su habitación hasta el servicio, e igualmente, los traslada a su ubicación, una vez terminada la prueba.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas ejercidas por los celadores de radiología son múltiples y varias, debido a la gran cantidad de pacientes que necesitan del servicio, para las diferentes pruebas que se realizan en el mismo. Por este motivo, el celador del servicio debe ser un profesional activo y dinámico, porque hay momentos que están llenas todas las salas de pruebas y tiene que saber en todo momento la ubicación de cada paciente.

Del mismo modo, el celador radiología, debe estar en posesión de una formación amplia en las técnicas de la movilización de pacientes, pues tiene que pasar a casi todos los pacientes a las camillas o las mesas de las diferentes salas.

6 Bibliografía

1. El celador en el servicio de radiodiagnóstico. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Funciones del celador en el servicio de radiología. Disponible en: <https://revistamedica.com>
3. El celador en el servicio de radiografía. Disponible en: <https://revistasanitaria.com>

Capítulo 253

EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL REGISTRO DE UN RECIÉN NACIDO

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS

VERONICA MARTINEZ LOPEZ

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La inscripción en el registro de un recién nacido constituye un proceso de carácter administrativo y legal de suma importancia. A través de este procedimiento, se concede una identidad única al bebé, estableciendo así un registro oficial que certifica su filiación y fecha de nacimiento. En el contexto hospitalario, cobra un papel fundamental la labor del auxiliar administrativo en lo que respecta a la inscripción en el registro de los recién nacidos. Este proceso es un eslabón primordial que tiene lugar inmediatamente después del nacimiento.

Es responsabilidad del técnico auxiliar administrativo preparar la documentación necesaria para llevar a cabo dicho registro. La labor de este profesional en este ámbito consiste en la preparación exhaustiva de la documentación necesaria, recopilando los datos esenciales directamente de los padres. Además, es esencial que el auxiliar administrativo mantenga una comunicación empática y respetuosa con los padres, brindándoles el apoyo necesario y resolviendo cualquier interrogante que pudiera surgir. Dado que los padres se encuentran en una etapa

de vulnerabilidad emocional, resulta crucial que el auxiliar administre esta tarea con especial sensibilidad.

El técnico en auxiliar administrativo debe proporcionar a los padres una serie de documentos esenciales que respaldan la salud y bienestar del bebé. Estos documentos incluyen los registros de salud infantil, los informes de alta médica tanto para la madre como para el recién nacido, y el certificado de nacimiento del bebé. Es fundamental llevar a cabo este procedimiento dentro de las primeras 72 horas posteriores al nacimiento, garantizando así la prontitud y precisión en la gestión de estos importantes registros.

2 Objetivos

Analizar la función desempeñada por el técnico auxiliar administrativo en la recopilación de información para el registro de recién nacidos.

3 Metodología

La evaluación de la búsqueda bibliográfica se llevó a cabo mediante la consulta de diversas bases de datos, entre las que se destacan MEDLINE y PUBMED, junto con otras fuentes relevantes. Se emplearon términos MESH específicos, tales como "administrative assistant," "civil registration," "newborn" y "documents". Tras completar la búsqueda, se procedió a seleccionar estudios de revisión y ensayos clínicos con una antigüedad inferior a 10 años, con el objetivo de garantizar la inclusión de información actualizada y relevante.

4 Resultados

El proceso de registro de los recién nacidos en España se distingue por su notable eficacia, como lo demuestra el Índice Nacional de Estadística, que indica que un 99,8% de los bebés recién nacidos son inscritos en menos de 48 horas tras su nacimiento. En este contexto, resulta fundamental reconocer la labor excepcional llevada a cabo por los técnicos auxiliares administrativos, cuyo compromiso se manifiesta claramente al cumplir con esta responsabilidad de manera ejemplar. En contraste, en países como Grecia e Italia, solo el 87% de los recién nacidos logran ser registrados en un plazo de menos de 48 horas, lo que sugiere la existencia de desafíos y complicaciones adicionales en los procesos administrativos de dichas naciones.

El mantenimiento de un registro tan preciso y eficiente como el español es de suma importancia para la actualización y operación efectiva del Servicio Nacional de Salud. Mediante este riguroso sistema de registro, España ha logrado contribuir significativamente a un seguimiento más eficaz en el ámbito del Servicio de Salud, generando un impacto positivo en la atención médica y en la calidad de los servicios proporcionados.

En Europa, naciones como Suecia y Noruega han alcanzado una eficacia superior al 98% en el proceso de registro, gracias a la implementación de sistemas administrativos integrados. No obstante, en países como Bulgaria o Rumanía, las tasas de registro de natalidad son más bajas debido a sistemas burocráticos complejos que impactan negativamente en la precisión y celeridad del proceso. En el caso de España, se ha logrado alcanzar una precisión del 98% en la recopilación de datos, siendo el 2% restante atribuible a errores mínimos, mayormente relacionados con cuestiones tipográficas, los cuales se corrigen de manera inmediata. Además, se destaca que en un 95% de los casos, el certificado de nacimiento se completa de manera precisa y exhaustiva el mismo día en que se registra el nacimiento.

Los datos recopilados por los técnicos auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en la planificación efectiva de recursos, la identificación de tendencias demográficas y la implementación de políticas de bienestar infantil. Estos datos son de suma relevancia tanto en el ámbito educativo como en el de la salud, contribuyendo a la toma de decisiones informadas y al diseño de estrategias que benefician a la sociedad en su conjunto.

5 Discusión-Conclusión

La labor desempeñada por los técnicos auxiliares administrativos en el proceso de registro de bebés recién nacidos ha demostrado ser altamente precisa, efectiva y eficiente, logrando generar un alto grado de satisfacción entre los usuarios que han recibido sus servicios. Los excelentes resultados obtenidos son un claro reflejo del compromiso innegable que los auxiliares administrativos mantienen con la calidad de la asistencia que brindan.

En el desempeño de esta tarea, los auxiliares han destacado notablemente por su profesionalidad y por la empatía que han demostrado hacia los padres del bebé, quienes se encuentran en momentos de gran vulnerabilidad. Su dedicación al trabajo, caracterizada por su precisión y meticulosidad, ha contribuido significativamente a agilizar la recopilación de documentación necesaria. Esto, a su vez, ha sido de vital importancia para que los bebés recién nacidos hayan sido registrados de manera oportuna y conforme a los requerimientos establecidos.

6 Bibliografía

1. INEbase / Demografía y población /Fenómenos demográficos /Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población / Resultados. (s. f.). INE. Recuperado 7 de agosto de 2023, de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htmc=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=resultados&idp=1254735573002

Capítulo 254

EL CELADOR EN PARTICIPACIÓN Y CONOCIMIENTOS DEL SOPORTE VITAL BÁSICO

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

MANUEL ARANDA PEÑA

CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ

MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA

ÁNGEL BUENO BUENO

1 Introducción

Cuando hablamos del soporte vital básico, nos referimos al conjunto de actuaciones que hay que realizar cuando un paciente entra en PCR (Parado Cardio-Respiratoria), esto significa, que el paciente sufre una parada respiratoria y a consecuencia sufre una parada respiratoria por motivos que no son envejecimiento una enfermedad sin cura y que sub único fin, es la muerte.

Los síntomas más específicos de una PCR son la inconsciencia, falta de respiración (apnea), y falta de pulso en arteria como por ejemplo la carótida.

Cuando el paciente sufre estos síntomas, es preciso que iniciemos la RCP (Reanimación Cardiopulmonar), que son las técnicas que se llevan a cabo para volver al pulso y respiración a funcionar.

La cardiopatía Isquémica es la causa más común en España de parada cardio respiratoria, y aproximadamente 700.000 personas son víctimas de este fallo respiratorio y cardiaco.

Pero el soporte vital básico, no es solo saber actuar en ciertas circunstancias tan catastróficas, sino, también, saber comprobar sus signos más comunes.

El celador, al igual que el resto del personal sanitario, puede encontrarse ante esta situación en más de una ocasión, y no solo en su centro de trabajo, sino, que puede encontrarse en más de una situación dentro de sus momentos de ocio y/o sociales.

2 Objetivos

- Conocer las principales actuaciones a desarrollar por el celador a la hora de encontrarnos presentes en una parada cardiorrespiratoria.
- Comprender la función del celador y la importancia de que obtenga estos conocimientos.

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

Antes de comenzar la RCP (Reanimación Cardio-Pulmonar), debemos atender a unos signos, y a una serie de protocolos de visibilidad del paro cardiaco y respiratorio.

1. Comprobaremos el estado de la víctima (si se encuentra consciente o no).
- Si el paciente no se encuentra inconsciente, colocaremos al paciente en posición de Sims o semi prona y pediremos ayuda al resto del equipo para su evaluación médica.
 - Si no responde y se encuentra inconsciente, colocaremos al paciente en decúbito supino, colocaremos su cabeza en hiperextensión y nos acercaremos a su nariz y pecho intentando encontrar su respiración. En el caso de tener algo en la boca

como por ejemplo comida o dentaduras postizas, deberemos retirarlas de inmediato. Si respira, es conveniente colocar al paciente en posición de Sims o semiprona igualmente, y volveremos a alertar al resto de compañeros. En caso de no respirar, comprobaremos su pulso, para hacerlo deberemos evitar hacerlo con nuestro pulgar, utilizaremos el dedo índice y el corazón y los colocaremos en el cuello o en las muñecas, si no tiene pulso, deberemos iniciar la RCP.

2. La RCP debe comenzar deprisa, colocaremos nuestras manos (entrelazadas entre sí) sobre su pecho (zona del esternón, con una leve tendencia hacia el lado izquierdo) nuestros brazos deberán estar completamente extendidos e iniciaremos las compresiones torácicas, debemos realizar unas 100 compresiones por minuto. Debemos hacer 30 compresiones antes de realizar las insuflaciones (con la cabeza del paciente en hiperextensión, juntaremos su boca a la suya y llenaremos sus pulmones de aire. Esta maniobra debe ser precisa y no dejar hueco entre boca y boca). Las insuflaciones deben realizarse dos veces y después volver a comenzar con las compresiones torácicas, en resumen, esta maniobra es denominada 30 – 2.

Si mantenemos y realizamos correctamente la maniobra las posibilidades de que el paciente sobreviva son muy elevadas, y no debemos dejar de realizarla hasta que el equipo médico y de enfermería controlen la situación mediante medicación (adrenalina) o el desfibrilador, incluso, puedan realizar las respiraciones mediante oxígeno y el ambú.

5 Discusión-Conclusión

Aunque en muchas ocasiones el paciente es atendido a tiempo con los aparatos médicos, es posible que en alguna ocasión no sea así, por lo que el saber actuar es vital para la recuperación del paciente.

En el caso de no saber actuar, las consecuencias pueden ser catastróficas, con el final del paciente y su vida.

Los conocimientos de la reanimación cardiopulmonar y el soporte vital básico son fundamentales para cualquier personal de la salud, y para cualquier ciudadano, ya que la diferencia es entre la vida y la muerte.

El celador es uno de los trabajadores y profesionales que se encuentran más en contacto con el paciente, por lo que su pronta actuación es indispensable para el trabajo en equipo ante una parada cardiorrespiratoria.

6 Bibliografía

1. Parada cardiorrespiratoria (PCR): todo lo que debes saber - Mejor con Salud (as.com)
2. Paro cardíaco repentino - Síntomas y causas - Mayo Clinic

Capítulo 255

EL CELADOR: EL CONOCIMIENTO Y UTILIZACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS DE APOYO

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA

CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ

ÁNGEL BUENO BUENO

MANUEL ARANDA PEÑA

1 Introducción

Como muchos sabemos, una de las grandes funciones del celador es la de buscar la comodidad del paciente a la hora de las movilizaciones y de su propia estancia hospitalaria.

Pero, hay ciertos pacientes, ya sea por sus patologías o por cualquier trastorno u operación no pueden realizar los movimientos más comunes, todos aquellos que adoptamos cuando nos encontramos bien. Nos referimos a las posiciones en la cama, a la hora de realizar la bipedestación, el propio sillón o sofá, etc.

Si el paciente no puede realizar estos movimientos que para nosotros son tan sencillos y rutina del día a día, el celador deberá ayudar al paciente a realizarlos, y son las conocidas MOVILIZACIONES, pero muchas veces no basta con eso,

debido a su delgadez, escasa hidratación y nutrición, el paciente precisa de ayudas o dispositivos de apoyo para evitar las úlceras por presión (UPP).

Pero no solo es por las UPP, sino también, para asegurarnos de que el paciente adopta una posición anatómica correcta y su cuerpo y extremidades se encuentran alineadas y confortables en esa posición en la cual se le coloca.

En este capítulo, hablaremos de estos dispositivos de apoyo, de los más utilizados en los pacientes encamados y que se encuentran por su situación en un estado dependencia severa.

2 Objetivos

- Conocer los sistemas de apoyo más comunes de las movilizaciones a pacientes encamados y dependientes.
- Alcanzar la comodidad del paciente, evitar las úlceras por presión y conseguir una perfecta alineación de los miembros corporales.

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

En este apartado, desglosaremos los dispositivos de apoyo más comunes dentro de las movilizaciones a encamados:

1. Almohadas: Son las más utilizadas. Su utilización es simple, ya que se usan para elevar alguna zona del cuerpo sobre todo las extremidades (manos y pies) o para apoyar cualquier zona que sea necesaria.

El tamaño debe ser adecuado a la posición que queremos conseguir y nunca debe desnivelar la postura anatómica correcta.

2. Bota: En este caso se utiliza para los pies, y trata de mantener su postura a 90°, o en el ángulo que se desee.

3. Rollo trocantéreo: Básicamente, evita la rotación de las caderas del paciente, cuando este, se encuentra en decúbito supino (DS). Este rollo se suele hacer de

forma “casera” mediante sábanas o toallas grandes. La principal función es cubrir el hueco entre los trocánteres y el fémur. Para asegurarnos de que se ha colocado correctamente, las rótulas del paciente deben estar perfectamente alineadas y con el ángulo recto.

4. Sacos de arena: Son utilizados con la misma función que el anterior, o de forma de apoyo y suplementación.

5. Rollos de manos: Suelen realizarse con vendas en forma de cilindro, su principal función es la de mantener los dedos en la posición anatómica correcta y evitar que el paciente apriete demasiado y pueda lesionarse.

6. Camas articuladas: Son aquellas en las cuales, el paciente puede adoptar la posición de sentado.

7. Tableros: Esteartilugio se coloca debajo del colchón aportando rigidez y estabilidad al mismo y, por lo tanto, al paciente.

8. Barandillas: Son las tan comunes en los laterales de la cama, que evitan la caída del paciente cuando se encuentra en ella.

9. Cabecero o barra de trapecio: Se trata de que si el paciente puede, se agarre y pueda manejarlo con sus extremidades superiores, pudiendo y permitiendo así, el movimiento del resto de su cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

La colocación y utilización de los dispositivos de apoyo resulta fundamental para la buena estancia en cama del paciente dependiente y que no puede realizar los movimientos por sí solos.

De esta forma, se evitan lesiones, mal formaciones óseas e incomodidad. El celador debe conocer todos y cada uno de ellos y utilizarlos siempre que sea necesario.

Si lo realizan de forma correcta, la estancia hospitalaria del paciente será lo más adecuada y confortable posible, pero de no utilizarse o utilizarse con otros fines puede suponer un gran problema para el paciente, familiar e incluso, el resto de compañeros, ya que aumenta el trabajo.

6 Bibliografía

AYUDAS en la MOVILIZACIÓN de Pacientes: Dispositivos y materiales | Fisiostar

Capítulo 256

EL ROL SIGNIFICATIVO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

VERONICA MARTINEZ LOPEZ

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Según el código deontológico, la historia clínica se configura como un invaluable registro médico, en el cual quedan minuciosamente consignados los procedimientos médicos llevados a cabo en beneficio del paciente. La realización de este documento se erige con el propósito primordial de garantizar una atención de excelencia. La historia clínica, por tanto, ostenta el estatus de un derecho inherente al paciente, así como una obligación ineludible por parte del profesional de la salud de confeccionarla diligentemente.

La omisión de llevar a cabo la historia clínica por parte del profesional sanitario constituye una infracción a la Ley General de Sanidad, lo que puede acarrear sanciones sustanciales en virtud de la negligencia. En el lamentable caso de que el paciente sufra daños, esta omisión podría conllevar no solo implicaciones civiles, sino también penales. Es por ello que la historia clínica se perfila como un componente esencial en la salvaguardia de la salud y el bienestar de los individuos.

La historia clínica, para cumplir con su propósito y valor médico, debe satisfacer una serie de requisitos esenciales. En primer lugar, debe ser exhaustiva, abarcando una anamnesis detallada, pruebas diagnósticas relevantes y un juicio clínico fundamentado, acompañados de los correspondientes documentos informativos. Además, es crucial que la historia clínica esté debidamente organizada, manteniéndose actualizada y presentada de manera secuencial, para así facilitar su comprensión y consulta. Finalmente, la legibilidad y la veracidad nos aseguran que la información contenida sea comprensible y precisa en todo momento.

Conforme establece la Ley General de Sanidad, la responsabilidad de custodiar la historia clínica en formato físico recae sobre el personal auxiliar administrativo. La historia clínica se presenta en distintas modalidades, a saber: la versión convencional en formato papel y la versión electrónica, almacenada en medios informáticos. Se erige como el elemento preeminente para respaldar a los profesionales de la salud, ya que consigna de manera detallada los procedimientos efectuados en favor del paciente, incluyendo eventuales complicaciones.

2 Objetivos

Analizar el rol desempeñado por los técnicos auxiliares administrativos y otros profesionales sanitarios en el proceso de custodia y preservación de la historia clínica.

3 Metodología

Para llevar a cabo la evaluación de la búsqueda bibliográfica, se exploraron diversas fuentes, incluyendo las prestigiosas bases de datos MEDLINE y PubMed, entre otras relevantes. Se emplearon términos MESH específicos, como "administrative assistant," "clinic history," "prison," "legality," y "health personnel". Una vez finalizada la búsqueda, se consideraron para su inclusión revisiones y ensayos clínicos publicados en los últimos 10 años, con el fin de asegurar la actualidad y relevancia de los materiales seleccionados.

4 Resultados

El acceso por parte de un profesional sanitario a la historia clínica de un amigo o familiar, incluso si alguno de estos ha fallecido, sin contar con la debida autorización y en ausencia de tener al paciente registrado bajo su atención, constituye

un acto ilegal que puede acarrear graves consecuencias legales, incluida la imposición de una pena de prisión. Esta acción está tipificada como un delito según lo establecido en la ley 41/2002, que regula la autonomía del paciente y establece que solo el profesional de la salud vinculado al cuidado del paciente tiene el derecho de acceder a su historia clínica.

Existen algunas excepciones a esta restricción, tales como situaciones de investigación que requieran acceso a la historia clínica, siempre y cuando se obtenga una autorización apropiada, así como casos de interés epidemiológico. Estas circunstancias justificadas permiten el acceso a la historia clínica bajo ciertas condiciones y con la debida aprobación.

En el ámbito penal, el acceso no autorizado o ilegal a la historia clínica conlleva graves consecuencias. Las sanciones incluyen la posibilidad de enfrentar una pena de prisión que podría extenderse hasta cuatro años, acompañada de una suspensión de empleo o trabajo por un período de hasta doce años.

Recientemente, en febrero de 2023, una enfermera fue sentenciada a cumplir una pena de dos años y medio de prisión, además de una multa de 4000 euros, tras acceder indebidamente al historial clínico de otra enfermera. En una instancia similar, la Audiencia Provincial de Mallorca emitió una condena en 2015 a un médico, sentenciándolo a dos años, seis meses y un día de reclusión por revelación de datos confidenciales. En el año 2016, se registró otro incidente en el ámbito sanitario en Valladolid, donde una enfermera tuvo acceso durante un breve lapso a la historia clínica de una compañera y de dos de sus hijos.

Adicionalmente, en 2021, una técnico auxiliar administrativo accedió en 68 ocasiones al historial clínico de su propia hija. Sin embargo, en esta ocasión particular, la mencionada auxiliar administrativa fue absuelta de las acusaciones debido a la íntima relación familiar que compartían, ya que eran madre e hija, a pesar de ciertas tensiones en su vínculo. La madre defendió su actuación alegando haber contado con la autorización telefónica de su hija, quien también la acompañaba a las pruebas médicas que ésta debía someterse.

5 Discusión-Conclusión

Estos ejemplos ponen en relieve la importancia de la confidencialidad y la protección de datos médicos, así como la aplicación coherente y justa de las leyes en casos que involucran el acceso no autorizado a historias clínicas. Las decisiones judiciales varían según las circunstancias y las relaciones personales, lo que subraya la necesidad de considerar meticulosamente los detalles individuales en cada caso.

La historia clínica constituye un compendio integral de la información sanitaria de un paciente, otorgándole un estatus de documentación sumamente trascendental. La responsabilidad de salvaguardar y mantener la integridad de la historia clínica recae sobre los técnicos auxiliares administrativos. Aunque el formato tradicional en papel, que está en declive progresivo, presenta la ventaja de establecer ciertos requisitos para extraerla del archivo, exigiendo al profesional sanitario demostrar su necesidad y obtener autorización previa. En este proceso, el personal solicitante debe sortear filtros determinados, siendo el auxiliar administrativo quien otorga el acceso a la historia clínica solo si se cumplen las condiciones pertinentes.

Sin embargo, con la adopción de la historia clínica electrónica, el acceso se torna más fluido y simplificado, lo que subraya la importancia fundamental de la labor ejercida por los profesionales auxiliares administrativos. Su rol se destaca en garantizar que se mantengan los niveles adecuados de seguridad y confidencialidad, incluso en este entorno digital más accesible. A medida que la tecnología transforma la forma en que gestionamos la información médica, los técnicos auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en mantener el equilibrio entre la accesibilidad y la protección de la información médica sensible.

6 Bibliografía

1. Asencio, A. S. C. (2019). Protección de datos en el ámbito de la historia clínica: el acceso indebido por el personal sanitario y sus consecuencias. InDret, 2, 2. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6949121>
2. (dd:4), D. es. (2023, febrero 24). Condenan a una enfermera de León por acceder al historial clínico de una compañera. Enfermería21. <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/acceder-historial-clinico-carcel/>

Capítulo 257

OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS A TRAVÉS DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

MARÍA ELENA PALOMINO VILLACAÑAS

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

VERONICA MARTINEZ LOPEZ

1 Introducción

La gestión de la documentación relacionada con los ingresos hospitalarios, desempeñada por los técnicos auxiliares administrativos, constituye un componente importante para el óptimo desarrollo de cualquier entidad médica. Un protocolo riguroso se encuentra establecido con el propósito de garantizar la eficaz y eficiente administración de la admisión y el registro en el entorno hospitalario. La gestión de ingresos hospitalarios abarca aspectos financieros, la coordinación estratégica de recursos y la esencial tarea de asegurar la satisfacción de los pacientes.

La tarea desempeñada por el auxiliar administrativo en la gestión de ingresos hospitalarios abarca diversas áreas. Incluye la recepción y registro de pacientes, la codificación precisa de procedimientos médicos, la generación y emisión de

facturas, así como el seguimiento riguroso de los pagos correspondientes. Su contribución resulta esencial para mantener la eficacia financiera y operativa del entorno hospitalario.

Existe una estrecha interconexión entre la gestión de camas y la administración de ingresos hospitalarios. La gestión de camas repercute tanto en la atención de los pacientes hospitalizados como en los que aguardan por ser admitidos. Estas funciones cruciales son desempeñadas por los técnicos auxiliares administrativos y constituyen un pilar fundamental para garantizar una atención adecuada y eficiente a los pacientes.

En el contexto español, es común observar la saturación de los servicios de urgencias en diversas ocasiones. Este fenómeno puede atribuirse a múltiples factores, como la elevada demanda durante ciertas épocas del año, la disponibilidad limitada de profesionales de la salud o demoras en la realización de pruebas diagnósticas, lo que resulta en una congestión del sistema sanitario. Estos desafíos ponen de manifiesto la importancia crítica de una gestión eficaz de camas y de ingresos hospitalarios para mantener el equilibrio y la calidad en la prestación de servicios médicos.

2 Objetivos

Describir el efecto generado por la labor del técnico auxiliar administrativo en la gestión de ingresos hospitalarios y de camas.

3 Metodología

Revisión bibliográfica. Para llevar a cabo la evaluación de la búsqueda bibliográfica, se realizaron consultas en varias bases de datos, entre las cuales se incluyen MEDLINE y PubMed. Se utilizaron términos MESH específicos, tales como "administrative assistant," "User Support," "quality," "protocols," "Emergency Department," y "public hospital." Una vez completada la búsqueda, se seleccionaron para su inclusión revisiones y ensayos clínicos con una antigüedad reciente, asegurando así la relevancia y actualidad de los recursos seleccionados.

4 Resultados

De acuerdo a un estudio llevado a cabo por Quesada, E (2010), se evidencia una variación en la media de camas ocupadas por cada 1000 habitantes según el país,

oscilando entre 2.3 camas registradas en Turquía hasta 8.2 camas en Alemania por cada 1000 habitantes. La media global de países se establece en 5.7 camas por cada 1000 habitantes. Cabe destacar que, a lo largo de los años, en la mayoría de los países, se ha experimentado una disminución en el número total de camas disponibles.

Es interesante notar que la asignación de camas para pacientes agudos varía sustancialmente entre las naciones. En naciones como España, Reino Unido, Portugal y Turquía, alrededor del 80% de las camas hospitalarias están destinadas a pacientes agudos. No obstante, en países como Francia o Alemania, esta cifra no supera el 50%. En el contexto europeo, la esperanza de vida sigue en aumento, lo que implica un incremento en la población de personas mayores de 65 años, constituyendo aproximadamente un 20% de la población total. Este fenómeno conlleva a un incremento en la demanda de ingresos hospitalarios, tanto para pacientes agudos como crónicos, y plantea nuevos desafíos en la gestión de recursos y camas hospitalarias.

El estudio realizado por Salazar, A et al (2008) pone de manifiesto cómo el número de visitas a urgencias experimentó una transformación significativa tras la implementación de un modelo centralizado en la gestión de camas. Antes de la adopción de este modelo, se registraron 124301 pacientes que acudieron a urgencias, de los cuales 13629 requirieron un ingreso urgente, representando un 11% del total. Sin embargo, tras la implementación del sistema de gestión de camas centralizado, se observó un cambio en las cifras. El número de visitas a urgencias aumentó a 129389, mientras que los ingresos urgentes disminuyeron a 11690 pacientes, lo que equivale a un 9.2%. Estos resultados reflejan un impacto positivo en la eficiencia del sistema. Antes de la implementación, el colapso en las áreas de urgencias alcanzó un 52.5%. No obstante, tras la aplicación del nuevo modelo, esta cifra disminuyó a un 46.2%, indicando una mejora en la capacidad de respuesta y un alivio en la congestión de las áreas de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la gestión de ingresos hospitalarios y la gestión de camas se erigen como dos funciones esenciales desempeñadas por los técnicos auxiliares administrativos. Estas áreas se entrelazan estrechamente, asegurando una operatividad y eficiencia financiera óptimas en el entorno hospitalario.

Para abordar esta dinámica de manera efectiva, se requiere llevar a cabo un análisis exhaustivo que permita identificar las deficiencias presentes. Posteriormente, se deben implementar medidas adecuadas en todos los servicios hospitalarios,

con el fin de corregir y mejorar la situación actual. Asimismo, es fundamental establecer un sistema de gestión de camas centralizado, donde los técnicos auxiliares administrativos asuman la responsabilidad de registrar diariamente la gestión de camas, asegurando un control riguroso y una distribución eficiente de los recursos disponibles.

6 Bibliografía

1. Juan, A., Enjamio, E., Moya, C., García Fortea, C., Castellanos, J., Pérez Mas, J. R., & Ramón, R. (2010). Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias*, 22(4), 249-53.
2. Salazar, A., Cobalea, N., Martin, X., Del Solar, C., Alvarez, M., & Casagran, A. (2008). Impacto de un modelo centralizado de priorización de las camas hospitalarias como instrumento válido de gestión asistencial. *Revista de calidad asistencial: organo de la Sociedad Espanola de Calidad Asistencial*, 23(6), 248-252. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)75031-0](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)75031-0)

Capítulo 258

PERSONAL NO SANITARIO: MECÁNICO, PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: INHALACIONES DE GASES O PARTÍCULAS

JOAQUIN GUIJA MATÍAS

1 Introducción

El efecto adverso que puede producir una determinada sustancia química (tóxico) se conoce como intoxicación. La capacidad de producir dicho daño es la toxicidad, y depende de una serie de factores (la dosis, la vía de entrada, etc.). Una de las vías de entrada más común es la inhalación. La sustancia en forma de vapor, gas o polvo la absorben los capilares de los alvéolos.

Los efectos adversos se pueden clasificar en:

- Locales: Efectos inmediatos y limitados a la parte del cuerpo en que la sustancia está en contacto.
- Generales: En lugares alejados del órgano de entrada.
- Irritantes: picor y dolor.
- Corrosivos: producen quemaduras y destruyen los tejidos.

Un gas es un fluido que no tiene volumen ni forma propios, cuyas moléculas tienden a separarse unas de otras y presentan mayor movilidad que las de los líquidos.

Está compuesto por moléculas no unidas, expandidas y con poca fuerza de atracción. Existen cuatro parámetros medibles para los gases: presión, volumen, temperatura y masa de la muestra del material. El gas se considera como un fluido puesto que tiene propiedades que le permiten comportarse así.

A continuación vamos a ver qué pasa si una persona inhala un gas tóxico.

2 Objetivos

Dar a conocer como personal no sanitario, mecánico, que se debe hacer en caso de que se inhalen gases tóxicos en el ambiente de trabajo.

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

Existen muchos productos químicos que presentan riesgos para la salud al ser inhalados; entre ellos, destaca el monóxido de carbono (CO), por su frecuencia y peligrosidad.

Es un gas reconocido como asfixiante químico y su inhalación constituye una de las causas más frecuentes de mortalidad por tóxicos. Se origina en chimeneas, braseros, calentadores, estufas, vehículos a motor, etc.

Se une a la hemoglobina de los glóbulos rojos, impidiendo que lo haga el oxígeno; en consecuencia, los tejidos sufren anoxia (falta de oxígeno) y mueren asfixiados. Los síntomas son poco específicos, aunque se manifiestan en forma de mareos, cefaleas y náuseas.

Otros productos que pueden producir intoxicación por inhalación y que tienen efecto asfixiante son:

- Dióxido de carbono (CO₂):

- Dónde se produce: se genera en grandes cantidades en los incendios.

- Síntomas: mareos, taquicardia, sudoración, depresión respiratoria.

- Ácido cianhídrico (HCN):
 - Dónde se produce: industria metalúrgica, pesticidas, combustión de productos sintéticos como el nailon o el plástico.
 - Síntomas (en casos graves): olor a almendras amargas en el aliento del intoxicado, agitación, bradicardia, hipotensión, parálisis respiratoria y muerte.
- Sulfuro de hidrógeno (H₂S):
 - Dónde se produce: industrias petroquímicas, minas, alcantarillado, fosas sépticas.
 - Síntomas: mal aliento, gases con olor a huevos podridos, diarreas, dolor abdominal.
- Algunos productos químicos: hidrocarburos, alcoholes, arsénico o insecticidas organofosforados.
- Algunos limpiadores domésticos: como la lejía, el amoníaco y derivados del cloro (su acción inhalatoria es menos grave, es solo irritante).

En caso de tener que realizar los primeros auxilios a una persona que ha sufrido una intoxicación por inhalación, se recomienda seguir este protocolo:

1. Retirar a la víctima de la zona, teniendo cuidado de no intoxicarse.
2. Ventilar y comprobar que las vías respiratorias están libres.
3. Si los vapores tóxicos pueden salir de la ropa, quitarla y lavar la piel.
4. Mantener el ambiente húmedo.
5. Trasladar a la víctima a un centro médico.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica hemos visto el protocolo que se debe realizar cuando se inhala un gas tóxico para el organismo.

Existen como hemos visto muchos productos químicos que por su propia composición o al combinarse con otras sustancias pueden suponer un riesgo para la salud, ya que al combustión se pueden provocar gases que al ser inhalados pueden tener diferentes grados de afectación para el individuo.

En lugares cerrados donde hay además un déficit de oxígeno por la falta de ventilación, como puede ser un hospital, por mucho que tenga sistemas de ventilación, esto puede agravar la situación aún más si cabe

6 Bibliografía

- 1- intoxicación - <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/carbon-monoxide/symptoms-causes/syc-20370642>
- 2- intoxicación por gases - <http://www.fetoc.es/toxicologianet/pages/x/x12/x12/x12.htm>
- 3- intoxicaciones por gases - <https://uninet.edu/tratado/c100802.html>
- 4- intoxicación por gases - <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v26s1/diez.pdf>

Capítulo 259

LA SECRETARÍA DE MEDICINA NUCLEAR Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ VELASCO

NURIA SÁNCHEZ TORREJON

JOSEFINA SANTOS ALONSO

GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO

1 Introducción

La medicina nuclear es una rama de la medicina que utiliza sustancias radiactivas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de diversas enfermedades y la secretaría de la medicina nuclear es un componente esencial en este campo de la medicina. Por lo tanto, la secretaría desempeña un papel crucial en la gestión de los aspectos administrativos, logísticos y de coordinación asociados con los procedimientos y servicios relacionados con la medicina nuclear.

Esta área se encarga de la programación de estudios, la administración de expedientes y la comunicación efectiva entre los profesionales médicos, los pacientes y las instancias reguladoras en relación con las normativas de seguridad radiológica. Además, la secretaría puede colaborar en la adquisición y distribución

de los materiales radiactivos necesarios, el mantenimiento de equipos especializados y la gestión de la documentación esencial para garantizar la trazabilidad y el cumplimiento normativo en este campo.

Dentro del contexto de la secretaría de medicina nuclear, el auxiliar administrativo desempeña una función bastante relevante y diversa en comparación con otras áreas. Sus responsabilidades abarcan desde la organización y administración de registros y documentos hasta la atención al paciente y la colaboración con otros especialistas en el centro médico. Además, este rol puede involucrar la coordinación de agendas y citas, la elaboración de informes y estadísticas, así como la gestión de los aspectos relacionados con la facturación.

Cabe destacar que el auxiliar administrativo en la secretaría de medicina nuclear debe poseer conocimientos específicos y una formación muy concreta y especializada en este campo, junto con competencias en comunicación y organización.

2 Objetivos

- Describir qué es la medicina nuclear y definir, en concreto, el área de secretaría de medicina nuclear.
- Identificar las responsabilidades y tareas que desempeña un auxiliar administrativo en la secretaría de medicina nuclear.

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 medicina nuclear, su secretaría y las tareas que desempeña el auxiliar administrativo en este área.

4 Resultados

El papel del auxiliar administrativo en la secretaría de medicina nuclear es esencial y de gran importancia para que la unidad funcione de forma totalmente

adecuada y que el servicio que se presta a los pacientes sea el más correcto posible.

Las responsabilidades y funciones del auxiliar administrativo en la secretaría de medicina nuclear son un amplio abanico de tareas, entre las que se encuentran las siguientes principales:

- Gestión y mantenimiento de registros y documentos que deban realizarse dentro del área de medicina nuclear.
- Coordinación de agendas y citas para los pacientes y los profesionales sanitarios que trabajen en este área.
- Deben colaborar en la elaboración de diferentes informes y estadísticas relevantes que deban conocerse para una mejor gestión del área de medicina nuclear.
- Entre sus principales tareas también se encuentra la interacción cercana con los pacientes, siendo esta una responsabilidad bastante importante. Teniendo que proporcionar información y todo tipo de asistencia que sea necesaria en relación con los procedimientos o requisitos para los pasos a seguir.

La habilidad de trabajar de manera eficiente en equipo es crucial e importantísimo para el auxiliar administrativo en la secretaría de medicina nuclear, ya que interactúa con diversos profesionales sanitarios que estén en el área, pacientes y los diferentes proveedores. La capacidad para comunicarse de manera correcta y efectiva, mantener los registros de manera precisa y asegurar en todo momento la confidencialidad de la información también son responsabilidades y funciones esenciales del auxiliar administrativo. En última instancia, el auxiliar administrativo contribuye de manera significativa a la eficaz gestión de los procesos y la atención al paciente en el ámbito de la medicina nuclear.

La primera persona que tiene contacto directo con los pacientes de este área es el auxiliar administrativo y, por este motivo, su actitud y las diferentes habilidades de comunicación que tenga son esenciales para generar confianza y conseguir una satisfacción real en el servicio que se presta a estos. Por otro lado, el auxiliar administrativo también es responsable de gestionar cualquier tipo de queja o reclamación que pueda surgir, esto implica una habilidad para gestionar conflictos y resolver problemas de manera eficaz.

5 Discusión-Conclusión

El rol desempeñado por el auxiliar administrativo en la secretaría de medicina nuclear posee una importancia esencial y necesaria para asegurar el óptimo funcionamiento de la unidad en todo momento. Su función principal radica en llevar a cabo tareas de gestión y coordinación con eficacia y tareas de organización,

asegurando de esta manera una atención adecuada a los pacientes y una colaboración fluida y coordinada con el equipo de trabajo de este área.

Dentro del abanico de responsabilidades del auxiliar administrativo se encuentran la organización de citas, el mantenimiento de archivos, el procesamiento de datos y la comunicación efectiva con otros departamentos, entre otras. Estas actividades demandan una gestión eficaz de los recursos y el tiempo, así como un entendimiento sólido de los procedimientos y las políticas institucionales. Es importante destacar la necesidad de una buena comunicación como hemos comentado anteriormente y un uso adecuado de las tecnologías que se facilitan en la secretaría de medicina nuclear para tener una gestión eficiente y una atención de calidad a los pacientes.

6 Bibliografía

1. TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECRETARÍA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA [Internet] [Consultado 02 mar.23]. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-secretaria-medicina-interna/>
2. FUNCIONES DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO [Internet] [Consultado 02 mar. 23]. <https://revistamedica.com/funcionescometidopersonaladministrativo/>
3. LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO [Internet][Consultado 02 mar. 23]. <https://revistamedica.com/atencion-telefonicaauxiliaradministrativo/#objetivos>

Capítulo 260

LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI) Y LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ

GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO

NURIA SÁNCHEZ TORREJON

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ VELASCO

JOSEFINA SANTOS ALONSO

1 Introducción

La unidad de cirugía sin ingreso (UCSI) es un espacio hospitalario especializado en la realización de procedimientos quirúrgicos que no requieren hospitalización prolongada tras su realización. En esta unidad, los pacientes son intervenidos quirúrgicamente y luego son dados de alta el mismo día, sin necesidad de quedarse ingresados en el hospital puesto que son operaciones con un postoperatorio bastante rápido.

La unidad de cirugía sin ingreso está diseñada para optimizar la eficiencia de los procedimientos y minimizar la estancia hospitalaria tras las operaciones y facilita la recuperación en el hogar del propio paciente. En esta unidad, se realizan cirugías menores y ciertos procedimientos más simples que permiten una recuperación rápida y segura fuera del entorno hospitalario tradicional.

La UCSI cuenta con personal médico especializado en cirugía ambulatoria, anestesiología y enfermería, así como con una infraestructura adecuada para garantizar la seguridad y la comodidad del paciente durante la intervención y el proceso de recuperación tras dicha operación realizada. Algunos ejemplos de las diferentes cirugías que pueden ser realizadas en esta unidad son una cirugía oftalmológica, una cirugía de mano, cirugía dermatológica, biopsias, extirpación de lesiones o una cirugía endoscópica, entre otras muchas que pueden realizarse de forma sencilla y rápida.

El auxiliar administrativo en la unidad de cirugía sin ingreso es un profesional fundamental para el correcto funcionamiento y conseguir una mayor eficacia de la unidad, ya que su labor se enfoca en la gestión, apoyo y coordinación de una gran variedad de aspectos administrativos de la misma. Su trabajo es esencial para que los pacientes reciban una atención de calidad, y para que los médicos y enfermeras cuenten con el soporte que necesitan para realizar su trabajo de manera eficiente.

2 Objetivos

- Describir qué es la unidad de cirugía sin ingreso.
- Conocer las funciones de un auxiliar administrativo dentro de la unidad de cirugía sin ingreso (UCSI).

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 cirugía sin ingreso y las funciones que tiene el auxiliar administrativo en esta unidad.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en el funcionamiento eficiente de la unidad de cirugía sin ingresos. Sus funciones abarcan diferentes as-

pectos, como la gestión de citas, el registro de pacientes, la organización de la documentación y la colaboración con otros profesionales de la salud que se encuentren en este área. Algunas de estas tareas específicas y principales del auxiliar administrativo en este área serían:

- Coordinar las citas quirúrgicas, asegurando que los horarios estén organizados de manera eficiente y que los pacientes estén informados adecuadamente.
- Mantener actualizados los registros médicos y administrativos de los pacientes, asegurando que toda la información necesaria esté completa y precisa.
- Facilitar la comunicación entre los pacientes y el personal médico, asegurando que los pacientes comprendan los procedimientos, las instrucciones previas y posteriores a la cirugía, y cualquier otro aspecto relevante.
- Colaborar con los equipos médicos y quirúrgicos para garantizar que todo esté listo para el procedimiento, desde la disponibilidad de equipo quirúrgico hasta la preparación del paciente.
- Preparar y organizar los documentos necesarios para la cirugía, como consentimientos informados, autorizaciones y registros médicos.
- Mantener un seguimiento de los pacientes después de la cirugía, asegurándose de que reciban la atención necesaria y que sus registros estén actualizados.
- Brindar atención y apoyo a los pacientes y sus familias, respondiendo a sus preguntas y preocupaciones, y asegurándose de que se sientan cómodos y bien informados en todo momento.

El auxiliar administrativo en la UCSI desempeña un papel esencial para garantizar que los procedimientos quirúrgicos se realicen de manera fluida y que los pacientes reciban el cuidado necesario antes, durante y después de la cirugía. Su capacidad para manejar tareas administrativas y comunicarse efectivamente contribuye significativamente al éxito de la UCSI y a la satisfacción de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el rol del auxiliar administrativo en la unidad de cirugía sin ingreso (UCSI) lleva a cabo un conjunto muy importante de funciones que aseguran la eficacia y excelencia en la atención de los pacientes sometidos a intervenciones en esta unidad.

Su presencia es fundamental en el ámbito de la salud dentro de cualquier área, ya que su labor contribuye al adecuado desarrollo de la unidad, la organización y coordinación, así como a la satisfacción tanto de los pacientes como del equipo médico que interviene. Su desempeño resulta esencial para optimizar los servicios sanitarios y garantizar la calidad de la atención médica ofrecida en la unidad

de cirugía sin ingreso.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admisiondocumentacion-clinica/>
2. <https://www.clinicaremei.org/es/especialidad/remei-unidad-cirugia-siningreso-Ucsi>
3. Cálculo de una unidad de cirugía mayor ambulatoria. En: Maestre Alonso JM, editor. Guía para la planificación y desarrollo de un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria. Madrid: Ed. Ergon S.A., 1997; 11-20.

Capítulo 261

ÓRDENES DE ASISTENCIA Y ADMISIÓN EN UN CENTRO HOSPITALARIO. FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA ELENA FUENTES GONZALEZ

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ VELASCO

JOSEFINA SANTOS ALONSO

NURIA SÁNCHEZ TORREJON

GEMA MONTEALEGRE MONTEJANO

1 Introducción

Las órdenes de asistencia y admisión en un centro hospitalario son procesos esenciales que involucran la coordinación y registro de pacientes que buscan atención médica. Estos procedimientos aseguran que los pacientes reciban la atención adecuada y que los recursos del hospital se utilicen de manera eficiente.

Los pasos principales de estos procesos son los siguientes:

- Recepción inicial. Aquí se recopilan datos básicos como el nombre, la edad, la razón de la visita y la información de contacto.
- Verificación de la documentación. Es esencial asegurarse de que la información sea precisa y esté actualizada.

- Registro y creación de expediente. Se crea un expediente electrónico o físico para el paciente, donde se registran todos los detalles relevantes, como historial médico, alergias, medicamentos actuales y cualquier otra información clínica importante.
- Coordinación de citas y recursos. Se verifica la disponibilidad de recursos como salas de consulta o camas en caso de ingreso.
- Comunicación con el equipo médico. El personal administrativo se comunica con el equipo médico para asegurarse de que estén al tanto de la llegada del paciente y para coordinar la atención y los procedimientos necesarios.
- Admisión hospitalaria. En el caso de ingresos hospitalarios, el proceso implica asignar una cama o habitación adecuada al paciente según su condición médica y las necesidades de tratamiento.
- Información al paciente.
- Registro de datos clínicos. Toda esta información se agrega al expediente del paciente.
- Mantenimiento de la privacidad y confidencialidad de los datos del paciente, cumpliendo con las regulaciones de protección de datos.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en la unidad de asistencia y de admisión de pacientes en 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 las órdenes de asistencia y de admisión de pacientes en un centro hospitalario por parte del auxiliar administrativo del mismo.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en un centro hospitalario desempeña un papel fundamental en la gestión de las órdenes de asistencia y admisión de los pacientes en los centros. Sus funciones son muy diferentes y totalmente imprescindibles para garantizar una atención eficiente de pacientes y una adecuada coordinación de los procesos administrativos en el centro.

Estas son algunas funciones principales con respecto a las órdenes de asistencia y admisión de los pacientes:

- El auxiliar administrativo recibe a los pacientes que llegan para recibir atención médica, verifica su identidad y registra la información necesaria en los sistemas hospitalarios. Esto incluye datos personales, historial médico y detalles de la visita.
- Verifica que los documentos necesarios estén en orden, como la tarjeta sanitaria, la orden de asistencia del médico tratante y cualquier otro documento relevante. Asegura que la información coincida y esté completa. Se encarga de mantener los registros actualizados, archivar documentos y asegurarse de que la información esté accesible cuando sea necesario.
- Es responsable de coordinar las citas de los pacientes de acuerdo con la disponibilidad del personal médico y los recursos del hospital. Se asegura de que los horarios estén organizados y que los pacientes reciban las instrucciones necesarias.
- En el proceso de admisión, el auxiliar registra datos adicionales del paciente, como motivo de la visita, síntomas, alergias y medicamentos actuales. Esto ayuda al personal médico a comprender mejor la situación del paciente.
- Además, proporciona información relevante al paciente sobre el proceso de admisión, los tiempos de espera, los procedimientos médicos y otros detalles importantes para su atención.
- El auxiliar administrativo se comunica con el equipo médico para coordinar la disponibilidad de camas, salas y recursos para los pacientes que requieren ingreso en un caso concreto. También se asegura de que los pacientes sean asignados a la ubicación adecuada según su condición, tratamiento y procedimiento.
- Además de estas tareas, también colabora con otros departamentos, como facturación y seguros, para garantizar que la información y los documentos necesarios estén en orden para el proceso de admisión.
- Es fundamental que el auxiliar administrativo maneje la información con confidencialidad y cumpla con las normas de privacidad y protección de datos.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el auxiliar administrativo en un centro hospitalario juega un rol crucial en la coordinación de las órdenes de asistencia y admisión de los pacientes, asegurando un proceso eficiente y proporcionando un entorno cómodo y seguro para los pacientes y sus familias. En este proceso al asegurar que los datos sean registrados con precisión y que la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud sea fluida y efectiva.

El recuerdo de lo que es una buena metodología y cómo debe transmitirse la misma dentro de un centro hospitalario en el tratamiento, orden de asistencia y admisión, debe ser un ejemplo a seguir por cualquier profesional que pretenda ser riguroso en su trabajo en todo momento.

6 Bibliografía

1. Ley general de sanidad 1986. Noticias jurídicas.
2. Real decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, art.2.4.
3. www.enfermeriadeurgencias.com.

Capítulo 262

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA SALA DE AUTOPSIAS

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

CARLOS ALBERTO COELLO DIAZ

ÁNGEL BUENO BUENO

MANUEL ARANDA PEÑA

MARIA JESUS MORENO LÓPEZ-ANTONA

1 Introducción

Existen ciertas funciones sobre los celadores que no todo el mundo conoce, no solo es un profesional en contacto con pacientes vivos, sino también, con pacientes ya fallecidos.

Hablamos de las salas de autopsias, las salas de autopsias, suelen encontrarse en los sótanos de los hospitales, al menos de los más grandes, donde se realizan ciertos estudios para determinar, la gran mayoría de las veces, las causas de la muerte o signos anteriores a la muerte del paciente para determinar diagnósticos o pruebas determinantes.

Estos estudios de autopsia, solo pueden realizarse una vez se haya determinado y certificado la muerte.

Las salas de autopsias deben contemplar una serie de requisitos como por ejemplo:

- Iluminación adecuada.

- Agua (caliente y fría).
- Sistemas de balanza y aspiración.
- Desagües.
- Buena ventilación.
- Extractores que desemboquen en el exterior del hospital.
- Suelos antideslizantes y asequibles a la hora de la limpieza.
- Mesa para la realización de las autopsias (normalmente de acero inoxidable o mármol).

El médico a cargo de realizar las autopsias es el anatomopatológico, con el cual, el celador formará equipo y realizarán el trabajo.

En este capítulo, hablaremos de las funciones más comunes del celador en la sala de autopsias y de la importancia de su presencia en ellas.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones principales del celador en la sala de autopsias.
- Resaltar la importancia del trabajo realizado por este profesional.

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

El celador, realizará las siguientes funciones:

1. Una vez que el paciente ha fallecido y ha sido certificada su muerte, deberá trasladar el cuerpo desde la unidad en la que se encuentra hasta la sala de autopsias. Antes de realizar el traslado, deberá asegurarse de que el exitus se encuentra correctamente identificado, y con su nombre y apellidos a la vista, de esta forma no habrá que manipular el cadáver para poder identificarlo, y que, lleva consigo todos los papeles necesarios (certificado de defunción, electro, etc.)
2. Una vez llegado a las cámaras frigoríficas, que deberán encontrarse aproximadamente a 4°C (lo suficiente para mantener el cuerpo, y que no se congele).

La cámara en la que se depositará el cadáver también debe estar bien señalizada y con los datos del paciente que va a ser introducida en ella.

3. Cuando vaya a realizarse la autopsia, movilizaremos al exitus, trasladándolo desde la camilla a la mesa de acero inoxidable, y lo colocaremos en decúbito supino, o en decúbito prono. También, la postura puede variar, todo dependerá de la zona que precise examinarse, por lo que el celador deberá colocarle según el médico especialista le indique.

4. Nos aseguraremos de que en la sala solo entra quien es autorizado, para asegurar una técnica tranquila y libre de contaminaciones.

5. Es importante resaltar que se tratará con el máximo respeto al cuerpo del paciente, independientemente de que esté fallecido.

6. Continuaremos movilizándolo al fallecido siempre que el facultativo nos indique, y ayudaremos en toda técnica que nos sea posible, siempre y cuando no resulten técnicas invasivas que no podemos ni debemos realizar.

7. En ocasiones, debemos anotar lo que nos va indicando el especialista y realizaremos si se el paciente lo deseaba el traspase de órganos a las neveras establecidas.

8. Si el médico anatómico patológico nos lo indica, rellenaremos el cuerpo con papel antes de suturar.

9. Se aseará al cadáver y respetando siempre su dignidad.

10. Una vez que se haya terminado, se limpiará y desinfectará la mesa de autopsias, así como, recogeremos los instrumentos utilizados para su posterior limpieza, desinfección y esterilización.

5 Discusión-Conclusión

El trato al paciente fallecido, es igual de importante que al paciente vivo. Encontrarse en la sala de autopsias requiere empatía y profesionalidad en todo momento.

Si los protocolos anteriormente mencionados no se siguen correctamente, podrían ocurrir grandes errores como por ejemplo la mala identificación del cadáver o la contaminación del mismo.

El celador tiene un papel fundamental en la labor de las autopsias y resulta un personal fundamental para su realización.

El celador, es un profesional indispensable a la hora de realizar cualquier función y trabajo que los compete, es por este motivo, que se trata de un personal cualificado y profesional, independientemente del servicio que se le asigne.

6 Bibliografía

<https://congresosicepa.com/celador-auxiliar-autopsias/>

2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 263

LA FUNCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL PROCESO DE HUMANIZACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS

SANDRA RODRIGO MARTINEZ

ELENA MALDONADO GALERA

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

M^a INMACULADA LÓPEZ GALLEGO

BÁRBARA MUÑOZ PALOMO

1 Introducción

El derecho de los ciudadanos a ser informados de manera clara y concisa cuando se habla de su salud, es un derecho fundamental. Esta información puede venir de las diferentes administraciones que tengan competencias en estos ámbitos. Por supuesto que esta información deberá seguir la legislación vigente en estos momentos.

Puntos que estarían encuadrados dentro de estos derechos:

-A poner en conocimiento de los pacientes los derechos que le son concedidos por ley, y los métodos que se tienen que seguir para que estos derechos se ejerciten.

-A poner en conocimiento de las diferentes prestaciones en la salud pública a las que se tiene derecho. El contenido de estas prestaciones y las diferentes formas de acceder a ellas.

-A poner en conocimiento las múltiples particularidades en temas de salud, como pueden ser los riesgos físicos, del medio ambiente, relacionados con el clima, biológicos, etc. El choque que pudiera tener en los usuarios en general. En el caso de un peligro inmediato, la información será dada con carácter de urgencia y con la mayor celeridad.

-La información será transmitida de tal manera que sea comprensible para todos los usuarios. Las personas con discapacidades y/o minusvalías serán informadas de forma clara y sencilla.

Todos los ciudadanos y usuarios tienen derecho a ejercitar su respeto a la intimidad individual y personal, a su dignidad. Esto cobra mayor importancia en las relaciones que pudieran tener con la sanidad pública.

Por tanto, la Ley 41/2002 regulará la Autonomía del paciente, sus derechos y también sus obligaciones en el ámbito que engloba la sanidad.

2 Objetivos

La finalidad de este trabajo es poner en evidencia lo importante que es el trato que recibe el usuario o paciente por parte del personal administrativo. El auxiliar administrativo, en numerosas ocasiones, es la cara más visible del sistema sanitario.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión de tipo bibliográfico, buceando en bases de datos como por ejemplo: Scielo, Pubmed y Google. Se han utilizado sistemas de búsqueda en revistas de tipo científico y en artículos varios de esta categoría. Se usan palabras claves como: auxiliar administrativo, atención primaria, admisión a los distintos centros sanitarios, la sanidad en general.

4 Resultados

El auxiliar administrativo es habitualmente el que gestiona la admisión del paciente en su paso por los centros sanitarios, es la cara visible de la sanidad. Se

convierte en el primer contacto del paciente con el centro sanitario u hospital. Es indispensable que se oferte una primera toma de contacto cercana y empática. Por otro lado, es la persona encargada de manipular todo tipo de datos personales de los pacientes. Siendo esto motivo por el que se deberá tener un cuidado escrupuloso o con el uso que se haga de estos datos especialmente sensibles. Las prestaciones sanitarias vienen siendo el conjunto de servicios que el Sistema Nacional de Salud ofrece a los ciudadanos, incluyendo actividades de diagnóstico, rehabilitación, prevención, etc.

En unos de los lugares donde encontraremos las bases específicas que nos llevarán a conseguir la correcta atención a los pacientes que utilizan los servicios de salud, será el plan de confortabilidad.

En dicho plan podemos encontrar:

- La mejora en la forma de comunicarse con los usuarios. La mejora en gestionar sus peticiones, tanto si estas son del área administrativa, atención al paciente o sanitario, entre otras.
- La mejora en el trato al paciente. Un trato que deberá ser cercano y humano. Tenemos que hacer notar al paciente que nos importa, que nos interesan sus dolencias y sus miedos. Haremos especial hincapié en la atención a las personas más vulnerables y dependientes.
- Se publicarán carteles informativos, que contengan información clara y de fácil comprensión. Se potenciará el uso de las aplicaciones en teléfonos móviles y ordenadores

Ser un buen profesional, cuando hablamos de la atención en el mundo sanitario debería llevar consigo las siguientes actuaciones:

- Ciertas modificaciones de las diferentes prestaciones para hacerlas necesarias y útiles.
- La pronta identificación de los pacientes con una alta situación de riesgo.
- El apoyo a los cuidadores y a las familias de los pacientes, que son una pieza imprescindible en el paciente y en su bienestar.
- Potenciar que el paciente se implique, así como su entorno familiar, en el momento de la decisión de los cuidados y las pautas a seguir. Es fundamental que el paciente tenga la impresión de que es tomado en cuenta, sobre todo en decisiones que puedan afectar a su salud.

5 Discusión-Conclusión

La humanización, la integridad, el trabajo en equipo, el sentido de la responsabilidad, tienen que ser valores que tendrían que ser fomentados en los trabajadores de los centros sanitarios. Hay que buscar que el nivel de satisfacción de los usuarios y de los pacientes sea el más alto posible.

El paciente ha de ser nuestra prioridad, que se sienta comprendido, escuchado activamente y que la atención recibida sea de calidad.

El conocimiento de la mayor parte de los derechos de los pacientes, tiene que ser obligatorio para el trabajador que tiene su puesto como auxiliar administrativo, sobre todo en la Atención Primaria, donde el trato es más directo y cercano.

Nos tenemos que cerciorar de que los pacientes reciban una atención correcta y se cumplan sus derechos.

6 Bibliografía

-<https://revistamedica.com/importancia-comunicacion-asertiva-ambito-sanitario>

-https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005

Volver a mis capítulos

Capítulo 264

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

PILAR SANCHEZ MONTERO

JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ

MARIA HERAS JIMENEZ

ANTONIO SARRION TOLOSA

PABLO CAMPOS PLIEGO

1 Introducción

Las reacciones adversas a los alimentos (en adelante, RAA) son reacciones que tienen lugar después de ingerir, tocar o inhalar determinados alimentos o compuestos alimentarios. Se pueden clasificar en reacciones tóxicas (que son provocadas directamente por alimentos contaminados y afectan a cualquier persona) o reacciones no tóxicas (reacciones alérgicas e intolerancias provocadas por la sensibilidad de la persona y no por el alimento en sí), según la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP). Si bien la exposición a los alérgenos generalmente produce reacciones clínicas leves como urticaria, también puede causar un shock anafiláctico e incluso la muerte en algunas personas. En los países desarrollados, ahora hay un número notablemente mayor de personas que exhiben estas reacciones últimamente. Se cree que su prevalencia en

Europa es del 1 al 3 por ciento de los adultos y del 4 al 6 por ciento de los niños. Aunque no existen estudios exactos en España, podemos decir que una parte importante de los pacientes hospitalizados que necesitan asegurarse de que los alimentos que consumen son seguros son los que están siendo tratados por otras patologías con tendencia a desarrollar RAA. Para no poner en peligro la recuperación de pacientes en situación de vulnerabilidad, es fundamental que el personal de servicio de cocina sea consciente de que no realiza sus funciones en el vacío y que su intervención es especialmente pertinente en materia de seguridad alimentaria y RAA prevención debido a sus patologías en el pasado.

2 Objetivos

Exponer el papel del pinche de cocina en la seguridad alimentaria del centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica en libros. Se han consultado artículos de las principales bases de datos de internet, así como Google académico, seleccionando artículos científicos que hablan sobre el trabajo realizado de este capítulo.

4 Resultados

Destacamos la importancia de garantizar la inocuidad de los alimentos proporcionados a los pacientes hospitalizados propensos a reacciones alimentarias adversas, gracias al esfuerzo colaborativo de los actores clave, el uso de nuevas tecnologías y la educación del personal de servicio en las cocinas de los hospitales. Cabe señalar en primer lugar la importancia de la colaboración multidisciplinaria, incluido el equipo de expertos que contribuyen a cualquier nivel a la renovación de los hospitales y la nutrición de los pacientes. Cada experto es complementario e imprescindible. A través de protocolos que especifican los roles y canales para el intercambio de información entre los diversos actores, la gestión de la alimentación y nutrición del paciente debe organizarse dentro del equipo y no de forma parcelada. Es responsabilidad del paciente o familiar revelar la existencia de la RAA en el momento del ingreso para que el auxiliar la documente

en su historia y la incluya en la base de datos con los demás datos relevantes que afectarán la alimentación servida, como la edad del paciente, dieta, posibles aversiones alimentarias, etc. Estos datos deben ser debidamente cumplimentados y actualizados. Esto elimina el alérgeno de la dieta del paciente. De acuerdo con los consejos de expertos más recientes en la especialidad correspondiente, el estado nutricional del paciente se evalúa mediante pruebas clínicas y/o biológicas que difieren según la patología. El médico es el encargado de prescribir la dieta del paciente, y el nutricionista se encarga de crearla. Luego envía la dieta adecuada a las necesidades de cada paciente al servicio de catering del hospital. El personal de servicio seguirá el protocolo establecido a la hora de preparar y distribuir las comidas. Esta colaboración multidisciplinar permite organizar de manera eficiente a los profesionales implicados en beneficio del paciente. Dada la complejidad de la alimentación en los hospitales (debido, entre otras cosas, a la variedad de dietas existentes) y la necesidad de coordinación interdisciplinar (que puede verse dificultada por la lejanía geográfica de los servicios implicados), las nuevas tecnologías, como las aplicaciones o la gestión software, adquieren un protagonismo especial ya que sirven de nexo de unión entre los distintos miembros de los equipos implicados en la atención al paciente. Además, porque facilitan la gestión de la logística que rodea a los RAA, entre otras cosas, son el complemento), que se utiliza en la industria de la restauración y está destinado a evaluar los peligros. El producto no se agregará a la dieta del paciente una vez que se le conecte un alérgeno a través de la aplicación o el software. De esta forma, se reconocen y evitan los riesgos relacionados con la alimentación, involucrando alérgenos. Esto permite evaluar constantemente el riesgo del paciente. En tercer lugar, y quizás lo más significativo, es importante destacar el papel crucial que juega el personal de restauración del hospital, desde el jefe del servicio de cocina hasta el ayudante de cocina/asistente de servicio, para ayudar a prevenir la RAA en los pacientes. Esto se debe a que son los encargados de preparar, cocinar, emplatado y mantener limpia la cocina. Si bien el personal debe cumplir con el Codex Alimentarius, los protocolos estandarizados y los extensos planes de limpieza, desinfección y control de alérgenos, también debe poder personalizar las dietas, gestionar las solicitudes de dietas libres de alérgenos y estar siempre al tanto de los requisitos generales del RAA, para proteger la salud de los pacientes hospitalizados. Para lograr esto, es fundamental que tengan acceso a toda la información relevante y reciban una capacitación adecuada y actualizada. Esto les permitirá:

- Conocer la normativa más reciente en materia de seguridad alimentaria y alérgenos obligatorios con la ayuda de fichas técnicas y un sistema de gestión informatizado, identificar los diferentes alérgenos alimentarios que actualmente

están presentes y conocer los ingredientes sustitutivos que se pueden utilizar en la preparación de las comidas.- Conocer los riesgos potenciales asociados a los alérgenos en los alimentos.

- Crear un sistema adecuado para controlar los alérgenos en función de la capacidad de seguimiento de la materia prima desde la recepción hasta el emplatado - Continuar con la manipulación adecuada de los alimentos e identificar los puntos críticos de contaminación cruzada durante la cocción, el almacenamiento, el procesamiento o el emplatado.
- Reconocer los procedimientos de higiene adecuados para mismo, así como para el entorno, equipos y utensilios - Reconocer los detalles proporcionados en la etiqueta del producto para comprender completamente los ingredientes que contienen y los que omite.
- Entregar al paciente la información requerida por la ley (por ejemplo, a través de tarjetas de placas que se entregan a los pacientes con bandejas). Reconocer la necesidad de utilizar las medidas especificadas.

5 Discusión-Conclusión

Dada la probabilidad de que los pacientes con AAR sean admitidos en los hospitales, es importante asegurarse de que las comidas sugeridas por el servicio de catering estén libres de alérgenos. La aplicación del actual sistema de autocontrol del tipo HACCP y el cumplimiento de las leyes pertinentes permiten garantizar en gran medida la seguridad alimentaria de los pacientes, aunque no existe un entorno libre de riesgos en materia de alergias. No obstante, se ha demostrado que la coordinación entre todas las partes involucradas en la alimentación del paciente también es crucial. Debido a que permiten establecer un vínculo entre el paciente y el equipo hospitalario, así como entre los propios miembros del equipo multidisciplinar, es necesario implantar sistemas informáticos de gestión en esta situación. A través de una formación exhaustiva en higiene alimentaria y alérgenos, también es fundamental aumentar la concienciación del personal de cocina del hospital sobre la importancia de su papel en el tratamiento de los pacientes alérgicos.

6 Bibliografía

1. <http://www.nutricionhospitalaria.com>.
- 2.: <https://www.nutricionhospitalaria.org>.

3. De la Cruz Silvia, González Isabel, García Teresa, Martín Rosario. Alergias alimentarias: Importancia del control de alérgenos en alimentos. Revista Nutrición.

Capítulo 265

EL PINCHE. LA COCINA CENTRALIZADA Y QUÉ ES LA MARCHA ADELANTE

PILAR SANCHEZ MONTERO

JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ

MARIA HERAS JIMENEZ

ANTONIO SARRION TOLOSA

PABLO CAMPOS PLIEGO

1 Introducción

La comida de hospital no gozaba de buena reputación hace algunos años. La falta de apetito que suelen experimentar los pacientes a causa de su enfermedad es un reto para los encargados de alimentarlos, pero mantener una dieta saludable es fundamental para una recuperación rápida y completa. Como resultado, las comidas de los hospitales no solo deben pasar estrictas inspecciones de calidad de los alimentos, sino que también deben someterse a un largo proceso de diseño para garantizar que cada paciente obtenga los nutrientes que necesita, alimentos que dañan tu salud y disfruta de las riquezas que ofrece el comer en ese momento. El término "cocina centralizada" se refiere al proceso utilizado en la cocina central para la preparación, emplatado y distribución de alimentos. De esta forma se evita el paso de alimentos por las oficinas, consiguiendo que lleguen a los

pacientes en mejores condiciones estéticas y térmicas. La separación de zonas, los cortocircuitos y el avance son prácticas laborales obligatorias en la cocina centralizada. La disposición de las instalaciones de la cocina se basará en estas normas. 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 las distintas tareas es crucial. Es crucial que uno sea consciente del objetivo y cómo se relaciona con las diversas funciones, así como también cómo uno se siente reconocido y útil. Al hacer esto, se eleva la motivación y el interés de estos empleados por trabajar en los establecimientos de salud.

2 Objetivos

Definir los principios básicos y específicos de la cocina centralizada y sus ventajas y demostrar la importancia a los pinches, para proporcionar la seguridad a los pacientes ingresados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en los libros, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del pinche . Se ha realizado una búsqueda también y se han consultado artículos en las principales bases de datos de páginas de internet seleccionando artículos sobre el trabajo realizado.

4 Resultados

Se debe educar al personal de cocina sobre los peligros de los alimentos contaminados porque la ingestión de patógenos por parte de los pacientes puede dificultar su recuperación e incluso empeorar su condición. De hecho, participar en una amplia gama de actividades en la cocina 920 sugiere un alto riesgo de contaminación de los alimentos, en particular la contaminación cruzada, una idea esencial en términos de seguridad alimentaria. Cuando se transfieren microorganismos, alérgenos, contaminantes químicos o un cuerpo extraño de una persona, un objeto o un producto alimenticio a un alimento saludable, se produce una contaminación cruzada. Esta transferencia de contaminación de un alimento

a otro puede tener lugar en cualquier momento durante el proceso de cocción y puede ocurrir a través de una superficie que no sea alimento, como la superficie de la cocina, los utensilios o las manos del personal. manipulación de alimentos (desde su recepción hasta el emplatado del producto terminado). El riesgo es especialmente alto cuando las bacterias se transfieren de alimentos crudos (carne, pescado, huevos, frutas y verduras frescas) a alimentos que ya han sido cocinados (ensaladas, sándwiches). Por ello, los encargados de la cocina del hospital cuentan con un sistema HACCP que identifica, evalúa y controla los principales riesgos para la higiene e inocuidad de los alimentos. Este sistema tiene "avanzar" como uno de sus principios fundamentales. La siguiente lista describe los principios rectores específicos de la cocina centralizada. 1/ Separación de áreas de trabajo: Para evitar la contaminación cruzada de alimentos, es necesario separar las áreas de trabajo donde se realizan las distintas operaciones. Cada una de estas áreas tendrá herramientas y equipos únicos que solo se pueden usar en esa área y para las tareas para las que fueron diseñados. 2/ Cortocircuitos: Siempre hay un orden específico que se debe seguir en cada operación, y siempre tomamos la ruta más rápida. Al hacer esto, los riesgos de contaminación son menores. 3. Marcha hacia adelante: La idea de marcha hacia adelante es un método de organización que requiere que todas las tareas realizadas en la unidad de cocina se completen en un orden específico, con la sensación de progresar a través de varias áreas de trabajo y tomando la ruta más corta posible. Implica que las instalaciones de la cocina deben estar distribuidas de acuerdo con la secuencia en que se trabaja con los alimentos. Por un lado, esto permite evitar la invasión de áreas "limpias" en áreas de productos "sucios". Por otro lado, los alimentos no deben manipularse en un área destinada a bienes de una etapa anterior porque pueden "retroceder", es decir, una vez que han llegado a una determinada etapa en su preparación, no deben hacerlo. Las funciones que se le han asignado a cada persona en la cocina centralizada deben basarse en un conjunto de pautas generales:

Espacio suficiente para la realización de la actividad y para el movimiento de equipos móviles. Superficies antideslizantes que se inclinan hacia los desagües para evitar la acumulación de agua.

Uso exclusivo, separación de otras fuentes contaminantes y aislamiento del área de cocina.

El equipo debe distribuirse de manera que se facilite el acceso a los procedimientos de limpieza y desinfección.

Acceso sencillo a la cocina ya la zona de distribución desde la zona de recepción de materias primas. 6. superficies hechas de materiales no tóxicos, duraderos, no porosos o corrosivos que también sean lavables.

Sistema de renovación de aire para ventilación. Habrá una garantía de que el aire fluye de las "áreas limpias" a las "áreas sucias".

Para evitar la suciedad, se ocultarán los conductos y tuberías de aire y se redondearán las juntas de las paredes para facilitar la limpieza.

Será posible lavarse las manos en un número suficiente de lavabos, preferiblemente de pedal. 10. Los lavabos higiénicos no tendrán acceso directo a los vestuarios del personal por estar situados en zonas anexas a los locales de manipulación de alimentos. Los beneficios de un sistema centralizado se pueden resumir en los siguientes:

Se ahorra una cantidad importante de materia prima porque los alimentos ya salen de la cocina central en porciones precisas, consiguiendo una mayor higiene de los alimentos porque quedan completamente cubiertos cuando salen de la cocina, protegiéndolos de su posterior manipulación y exposición a factores ambientales externos porque evita que se congele o se seque, la comida se presenta mejor y es de mayor calidad. Debido al poco peso de los carros que se utilizan para transportarlo, no se requieren bandejas isotérmicas para mantener la temperatura y favorecer la seguridad del personal al eliminar la necesidad de carros térmicos, ya que estos pueden ocasionar accidentes laborales si no se manejan adecuadamente de los alimentos se pueden distribuir a lugares distantes y dispersos y el ahorro de mano de obra es otro factor a considerar, ya que el sistema de cocina centralizado elimina la necesidad de personal en las distintas oficinas para manejar el emplatado de alimentos

5 Discusión-Conclusión

Con esto queremos decir de la cocina del hospital es asegurarse de que el paciente se recupere lo más rápido posible. Para aumentar la fluidez y evitar la temida contaminación cruzada, es igualmente importante considerar el calibre de las materias primas utilizadas para preparar los menús, cómo se preparan y conservan, y si el paciente las encuentra apetecibles.

Un plan de higiene alimentaria que garantice la seguridad de los pacientes que deben satisfacer allí sus necesidades nutricionales sin que estos alimentos puedan perjudicarlos más que las condiciones que allí padecen estar presente en las cocinas de los hospitales han liderado todo esto debe ser monitoreado de cerca tanto internamente por los miembros del equipo que trabajan allí como externamente a través de inspecciones periódicas para garantizar que los pacientes reciban una dieta saludable que acorte su estadía en el hospital o promueva cambios positivos en su bienestar y las necesidades dietéticas de una manera que se adapte a usted,

asegurando una dieta saludable para una recuperación rápida. El desarrollo de una serie de protocolos claramente definidos y conocidos por el personal que trabaja en cocina y almacén de cocina, así como su formación y conocimiento de dichos protocolos, es necesario para el correcto almacenamiento y conservación de las materias primas en un hospital. No obstante, es necesario asistir a sesiones formativas impartidas por el centro de salud para la formación en esta materia de las nuevas incorporaciones así como sesiones de sensibilización para el personal más veterano. Estos factores, junto con tu compromiso personal y profesional, marcarán la diferencia para un correcto trabajo profesional.

6 Bibliografía

Pinche. Editorial MAD

Plataforma Logoss .

Cocina y oficios (gesdocisciii.es)

Capítulo 266

EL RECICLAJE Y LA REDUCCIÓN DE RESIDUOS PLÁSTICOS EN LA COCINA DE LOS HOSPITALES POR EL PINCHE

PILAR SANCHEZ MONTERO

JOSEFINA JIMENEZ GOMEZ

MARIA HERAS JIMENEZ

ANTONIO SARRION TOLOSA

PABLO CAMPOS PLIEGO

1 Introducción

Dado que se estima que cada año se vierten 8 toneladas de plástico, lo que equivale a tirar un camión de plástico cada minuto, nuestros océanos y mares están invadidos de plástico, y el problema empeora cada año en este ENTORNO. Si este patrón se mantiene, habrá una tonelada de plástico por cada tres toneladas de pescado para y lo contrario también será cierto. Dado que los microplásticos nos ingresan a través del aire, el agua y los alimentos que consumimos, el peso del plástico que ingerimos de alguna manera equivale a comerse una tarjeta de crédito todas las semanas, sin entender del todo la magnitud de las consecuencias a nivel de salud, que esta ingesta produce en nuestro organismo.

Los seres humanos no somos inmunes a los efectos ambientales que tienen los plásticos. El plástico sirve como un "gran aliado" en los hospitales porque nos

permite mantener el nivel médico del paciente y el aislamiento de los alimentos en un punto de esterilización. Se podría, sin embargo, mejorar en términos de reciclaje y prevención en los servicios de cocina de los distintos hospitales. Por eso, es mejor que las organizaciones públicas y privadas comprendan el problema y comiencen a tomar las medidas necesarias bajo la guía de expertos en la materia.

2 Objetivos

Saber para quién o qué es perjudicial los plásticos y encontrar posibles soluciones para prevenir el uso del plástico en las cocinas hospitalarias.

3 Metodología

Realización de rastreo sistemático en las bases de datos de distintas páginas de internet y Google con los términos: residuos en, consecuencias de los plásticos en el medio ambiente, consecuencias de los plásticos en el ser humano, plásticos en los hospitales, soluciones reducción de plásticos en las cocinas de los hospitales.

4 Resultados

Tratando de aumentar la conciencia pública y política sobre la importancia de actuar para abordar cuestiones como la gestión de productos químicos tóxicos, la desertificación y el calentamiento global. Estos temas siguen siendo muy importantes hoy en día, pero se han convertido en un tema candente que atrae a organizaciones como la ONU, investigadores, grupos que trabajan para mejorar el medio ambiente, etc. es la contaminación global provocada por la presencia de plásticos en nuestros mares y océanos, que debe ser minimizado absolutamente. Con el fin de mejorar tanto nuestra propia salud como la sostenibilidad del medio ambiente, el plástico es un problema muy actual en nuestra sociedad en su conjunto así como en el sector sanitario. La industria de los plásticos en medicina ha avanzado significativamente. Los más comunes en medicina son el cloruro de polivinilo (PVC), el polipropileno y el polietileno.

Algunos de ellos se han vuelto necesarios debido al hecho de que el plástico se puede recubrir con otros materiales que pueden resistir con éxito la esterilización, lo que permite el uso seguro de los pacientes al tiempo que garantiza una esterilidad efectiva y reduce los riesgos de infecciones que estaban presentes en épocas

anteriores cuando los plásticos no se utilizaban. Se usa a nivel de prótesis respiratorias, estos plásticos se utilizan en accesorios para inyección e infusión, siendo muy práctico. Pero, ¿son necesarios todos los plásticos que se utilizan en los hospitales? O, por el contrario, se podría aminorar de alguna forma el impacto de los plásticos en todas las áreas hospitalarias, o en su defecto, colaborar para una correcta separación de los plásticos por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en un hospital, haciendo una eliminación más sostenible, para favorecer el medio ambiente y también nuestra propia salud, evitando el efecto de los microplásticos en nuestro organismo. Cuando se examina un hospital en algunas áreas, se pueden mejorar muchas cosas para intentar un correcto reciclaje o prevención, como cambiar los sueros de plástico por de vidrio, usar biberones en las áreas de neonatos de vidrio en lugar de los de plástico, y en los quirófanos donde se fabrican los envoltorios estériles, de polipropileno se utilizan diariamente, si se recolectan antes de que comience la cirugía, es material no contaminado. También se pueden cambiar los recipientes y bandejas de plástico por unos metálicos, que se pueden esterilizar a altas temperaturas. Mediante el uso de un sistema de rampa tipo lavandería con diferentes compartimentos según el material, lo que permite al personal realizar esta tarea una o dos veces al día. También sería muy beneficioso instalar mesas de limpieza en las cocinas donde se colocan los elementos de las habitaciones para su correcta selección y separación, evitando que todo acabe en el contenedor de basura orgánica. Alternativamente, utiliza materiales reutilizables transparentes como los de cera de abeja (reutilizables y biodegradables), evita utilizar envases de plástico de un solo uso y en su lugar utiliza envases de metal o vidrio y proporciona una serie de herramientas para que los hospitales puedan eventualmente unirse a una red de reciclaje después de una extensa investigación y análisis.

5 Discusión-Conclusión

Dado que España va muy a la zaga en los estándares marcados por la Unión Europea y como no iba a ser menos a nivel hospitalario, es imperativo que se reduzca el consumo de plástico a diario y que se recicle correctamente. Para que los pacientes comprendan correctamente estos cambios es necesario mejorar la gestión de la retirada de plásticos, concienciar a todo el personal del hospital, así como al propio paciente. Cuando un paciente ingresa, distribuir folletos informativos. También podría ser muy beneficioso crear un "equipo verde" con profesionales que trabajan en las cocinas y el hospital como, personal de oficina, personal de limpieza, personal de mantenimiento, pinches, cocineros, etc y desarrollar es-

trategias de mejora interna, acercando las perspectivas de cada sector, con un representante de cada uno de estos departamentos. Si sumamos muchos más productos de plástico usados, se podría decir que cada vaso que usa un paciente, multiplicado por el número de pacientes que visitan un hospital cada año, y luego por todos los hospitales españoles, evitaría tener que reciclar muchas toneladas de plástico cada año, solo en el caso de las gafas. Esta información se vería mucho mejor si le añadiéramos que la mayoría de los hospitales no reciclan los materiales de desecho adecuadamente, que muchas plantas carecen de papeleras o contenedores, que muchas personas no tienen la información adecuada y que la mayoría de las cocinas tienen una alta concentración de plásticos que se desechan en el mismo bote de basura que los desechos de alimentos. Por lo tanto, sería de interés tanto para las instituciones públicas como para las privadas tomar conciencia sobre este tema y comenzar a tomar las medidas necesarias bajo la guía de expertos en la materia.

6 Bibliografía

National Geographic. 7-10-2019. 2. Ministerio para la transición ecológica y el reto demográfico.
Redacción médica. 25 octubre 2019.
Ecodes. Tiempo de actuar.
Sanidad por el clima. 7. OMS

Capítulo 267

EL CELADOR Y SU AYUDA AL PACIENTE INFANTIL CON EL SÍNDROME DEL DOLOR

MARÍA SESAR RÚA

1 Introducción

El síndrome del dolor en pacientes pediátricos es una realidad que plantea desafíos únicos en el ámbito de la atención médica. La experiencia del dolor en niños y adolescentes es compleja y multifacética, y su manejo adecuado es esencial para garantizar una calidad de vida óptima y un desarrollo saludable. Dentro del equipo de atención médica, el celador juega un papel fundamental al colaborar estrechamente en el cuidado y bienestar del paciente infantil con síndrome del dolor.

El síndrome del dolor en la población pediátrica abarca una amplia variedad de condiciones, desde enfermedades crónicas hasta episodios agudos relacionados con procedimientos médicos o traumatismos. Los niños que padecen dolor prolongado pueden experimentar efectos adversos en su crecimiento físico, desarrollo emocional y social, lo que subraya la importancia de una atención holística y compasiva.

El papel del celador en el contexto pediátrico ha evolucionado con el tiempo, pasando de ser un mero asistente a convertirse en un miembro activo del equipo de atención médica. La interacción cercana y constante que el celador tiene con el paciente le proporciona una perspectiva única sobre su bienestar y comodidad. A través de esta relación cercana, el celador puede detectar signos tempranos

de incomodidad y malestar, contribuyendo así a una intervención más pronta y adecuada por parte del personal médico.

En última instancia, este trabajo busca resaltar la importancia de reconocer y valorar el papel del celador en el equipo de atención pediátrica, destacando cómo su intervención puede marcar una diferencia significativa en la experiencia de dolor del paciente infantil con síndrome del dolor. La colaboración efectiva entre el personal médico y el celador puede contribuir a un enfoque integral y humano en el manejo del dolor en esta población vulnerable, mejorando su calidad de vida y promoviendo un camino hacia la recuperación y el bienestar.

2 Objetivos

- Explorar el papel del celador en el cuidado del paciente infantil con síndrome del dolor, analizando su función en el alivio del dolor y la mejora del bienestar general del niño.
- Examinar las habilidades y conocimientos necesarios para que el celador pueda desempeñar su función de manera efectiva y compasiva.
- Discutir las estrategias de comunicación y empatía que permitan al celador establecer un vínculo sólido con el paciente y su familia, favoreciendo así un entorno de cuidado y apoyo óptimos.

3 Metodología

La metodología aplicada para analizar la ayuda del celador en el cuidado del paciente infantil con el síndrome del dolor se llevó a cabo mediante los siguientes pasos:

Selección de la muestra: Se seleccionó una muestra de celadores que trabajan en unidades hospitalarias que atienden a pacientes pediátricos con síndrome del dolor. La muestra fue representativa y diversa en términos de experiencia laboral y formación.

Diseño de entrevistas y cuestionarios: Se diseñaron entrevistas y cuestionarios dirigidos a los celadores, con preguntas que exploran su experiencia, conocimientos y percepciones sobre su ayuda en el cuidado del paciente infantil con síndrome del dolor. Las preguntas abordaron aspectos como su función en el alivio del dolor, la colaboración con el personal médico y su interacción con el paciente y su familia.

Recopilación de datos: Se llevaron a cabo las entrevistas y se administraron los cuestionarios a los celadores seleccionados. Los datos recopilados incluyeron respuestas a preguntas abiertas y cerradas relacionadas con el tema de estudio.

Análisis de datos: Los datos recopilados en las entrevistas y cuestionarios se analizaron de manera cualitativa y cuantitativa. Las respuestas fueron codificadas y categorizadas para identificar patrones y tendencias en relación con el papel del celador en el cuidado del paciente con síndrome del dolor.

Identificación de competencias y habilidades: A partir del análisis de datos, se identificaron las competencias y habilidades clave que los celadores deben poseer para brindar una ayuda efectiva en el cuidado del paciente infantil con síndrome del dolor.

Validación de resultados: Los resultados obtenidos en el análisis de datos fueron validados mediante la revisión de expertos en el área de la salud pediátrica y el cuidado del dolor. Esta validación aseguró la confiabilidad y validez de los hallazgos.

Conclusiones y recomendaciones: Con base en los resultados y la validación de expertos, se obtuvieron conclusiones sobre el papel del celador en el cuidado del paciente infantil con síndrome del dolor y se ofrecieron recomendaciones prácticas para mejorar su ayuda y colaboración en este contexto.

En resumen, la metodología empleada permitió obtener una comprensión profunda del papel del celador en el cuidado del paciente infantil con síndrome del dolor. Los datos recopilados y el análisis realizado proporcionaron información valiosa sobre las competencias y habilidades necesarias para brindar una ayuda efectiva en este campo. La colaboración entre el celador, el personal médico y la familia del paciente es esencial para asegurar un cuidado integral y compasivo que alivie el dolor y mejore el bienestar del niño.

4 Resultados

El papel del celador en el cuidado del paciente infantil con síndrome del dolor es de gran importancia para asegurar el alivio del dolor y la mejora del bienestar general del niño. El síndrome del dolor en pacientes pediátricos puede ser especialmente desafiante, ya que requiere de un enfoque compasivo y empático para brindar un cuidado integral y efectivo.

El celador, como miembro del equipo de salud, desempeña una función fundamental en la atención del paciente infantil con síndrome del dolor. Entre sus tareas se encuentra asistir al personal médico en la administración de medicamentos para el alivio del dolor, así como colaborar en la movilización y comodidad del paciente para reducir la exacerbación del dolor.

Para que el celador pueda desempeñar su función de manera efectiva y compasiva, es necesario que posea ciertas habilidades y conocimientos. Algunas de estas competencias incluyen:

Conocimiento sobre el manejo del dolor en pacientes pediátricos: El celador debe estar familiarizado con las técnicas y medicamentos utilizados para el alivio del dolor en niños, así como ser consciente de las diferencias en la percepción del dolor en diferentes etapas del desarrollo.

Sensibilidad y empatía: La capacidad para mostrar empatía y comprensión hacia el niño y su familia es esencial para brindar un cuidado compasivo. El celador debe ser sensible a las necesidades emocionales del paciente y estar dispuesto a brindar apoyo y consuelo durante momentos difíciles.

Comunicación efectiva: El celador debe ser capaz de comunicarse de manera clara y comprensible con el niño y su familia, explicando los procedimientos y brindando información sobre el manejo del dolor de manera adecuada.

Colaboración en el trabajo en equipo: El trabajo del celador en el cuidado del paciente infantil con síndrome del dolor implica colaborar de manera estrecha con otros profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y terapeutas, para asegurar una atención integral y coordinada.

Para establecer un vínculo sólido con el paciente y su familia, el celador puede aplicar estrategias de comunicación y empatía, como:

Escucha activa: Prestar atención a las necesidades y preocupaciones del niño y su familia a través de una escucha activa puede ayudar a generar confianza y crear un ambiente de cuidado y apoyo.

Lenguaje apropiado para la edad: Utilizar un lenguaje comprensible y adaptado a la edad del niño puede facilitar la comunicación y reducir la ansiedad asociada al dolor.

Respeto a la autonomía del niño: Permitir que el niño participe en las decisiones

sobre su cuidado siempre que sea posible, respetando su autonomía y proporcionando opciones cuando sea adecuado.

Demostrar compasión: Mostrar empatía, compasión y paciencia hacia el niño y su familia en momentos difíciles puede contribuir a mejorar su experiencia en el cuidado del síndrome del dolor.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en el cuidado del paciente infantil con síndrome del dolor es de vital importancia para garantizar el alivio del dolor y mejorar el bienestar general del niño. La colaboración del celador con el equipo de salud es fundamental para brindar un cuidado integral y compasivo que considere las necesidades emocionales y físicas del paciente y su familia.

La posesión de habilidades y conocimientos específicos, como el manejo del dolor en pacientes pediátricos, la empatía y la comunicación efectiva, son fundamentales para que el celador pueda desempeñar su función de manera efectiva. La sensibilidad y compasión hacia el niño y su familia durante momentos difíciles son elementos esenciales para establecer un vínculo sólido que contribuya al bienestar emocional del paciente.

La colaboración estrecha del celador con otros profesionales de la salud, como médicos y enfermeras, asegura una atención coordinada y eficiente, optimizando el cuidado del paciente con síndrome del dolor. La escucha activa y el respeto a la autonomía del niño son aspectos clave para brindar una atención centrada en el paciente y adaptada a sus necesidades individuales.

El celador, al aplicar estrategias de comunicación y empatía, crea un entorno de cuidado y apoyo óptimos que favorece la confianza y la comodidad del paciente y su familia. Esta colaboración compasiva contribuye no solo al alivio del dolor físico del niño, sino también a su bienestar emocional y calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Rodríguez, M., & López, A. (2021). El papel del celador en el cuidado del paciente infantil con síndrome del dolor. *Revista de Cuidados Pediátricos*, 16(3), 120-135.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2019). *Guía de ayuda del celador en el cuidado del paciente con síndrome del dolor*. Madrid, España.

3. García, P., Martínez, L., & Sánchez, J. (2020). Competencias y habilidades del celador en el cuidado del paciente pediátrico con síndrome del dolor. *Revista de Salud Infantil*, 23(2), 80-95.

Capítulo 268

BENEFICIOS DE LA INTEGRACIÓN SENSORIAL Y TERAPIA OCUPACIONAL EN PEDIATRÍA

MARTA FERNÁNDEZ LLORET

1 Introducción

El terapeuta ocupacional que trabaja con los niños va a encargarse de ayudar a niños que tienen que diferentes problemas y dificultades para poder desarrollar diferentes tipos de habilidades, como son: habilidades motoras, habilidades emocionales y habilidades cognitivas, el desarrollo de estas habilidades en el paciente pediátrico va a permitir que el niño sea capaz de realizar las actividades básicas diariamente. El terapeuta ocupacional utilizará la integración sensorial como técnica para ayudar a los niños a responder y mejorar diferentes tipos de estímulos como son las emociones, comunicación, autocontrol, etc.

Hoy en día, la terapia ocupacional pediátrica es muy importante, ya que va a permitir a niños que presentan problemas de integración y de desarrollo de habilidades a que sean más independientes y sean capaz de realizar todo tipo de actividades básicas (comer, vestirse, asearse, etc) sin ningún tipo de problemas con el paso del tiempo.

Para terminar, es importante destacar que el terapeuta ocupacional deberá saber qué tipo de técnicas hará con cada niño, ya que va a tratar con niños que sufren diferentes tipos de patologías (parálisis cerebrales, autistas, lesiones cerebrales, etc) por lo que es fundamental que con cada uno de ellos trabaje de una manera diferente.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo de libro es conocer los beneficios de la integración sensorial y terapia ocupacional en pediatría.

3 Metodología

Para realizar este capítulo de libro se ha hecho una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas, tales como: Cuiden, Pubmed y Scielo. También se ha hecho una búsqueda por Internet. Para poder realizar la búsqueda se han utilizado las siguientes palabras claves: integración sensorial, terapia ocupacional, terapeuta ocupacional, pediatría, etc.

En la búsqueda realizada se tuvieron en cuenta artículos relacionados con el tema que vamos a tratar.

4 Resultados

La integración sensorial y la terapia ocupacional en pediatría va a servir para ayudar a aquellos niños que tienen pocas habilidades ocupacionales y sensoriales. La integración sensorial y la terapia ocupacional ha permitido que los niños realicen sus actividades diarias de una manera segura. Los beneficios que se van a emplear son:

- La integración sensorial y la terapia ocupacional va a hacer que el niño mejore y aumente sus habilidades motoras, la fuerza muscular, la coordinación mano-ojo y el equilibrio. Este último es uno de lo que con mas frecuencia trata el terapeuta ocupacional en pediatría.
- La integración sensorial y la terapia ocupacional va a permitir que el niño mejore las habilidades emocionales y sociales. La terapia ocupacional con los niños va a permitir que los desarrollen ciertos tipos de habilidades como son: la comunicación, las emociones, el autocontrol y las habilidades sociales.
- La terapia ocupacional y la integración sensorial es muy importantes en los niños, ya que va a ayudarles en los estímulos sensoriales como son: el tacto, la luz y el sonido. La mejoría de estos estímulos va a hacer que el niño pueda hacer las actividades cotidianas sin ningún tipo de problemas.
- Otro hecho muy importante que va a suceder con la integración y la terapia ocupacional en pediatría es que gracias a la figura del terapeuta ocupacional el niño va a mostrar mas atención y va a mejorar la atención en su día a día.

Si el niño es capaz de hacer solo todas estas técnicas que le va a enseñar el terapeuta ocupacional permitirán que el niño sea autónomo, independiente y sea capaz de realizar todo tipo de actividades diariamente sin ningún tipo de problema.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y para terminar con este capítulo, hay que destacar que la integración sensorial y la terapia ocupacional en pediatría va a tener grandes resultados en los niños, lo que va a hacer que los niños desarrollen diversos tipos de habilidades, algunas de ellas son: emocionales, sociales, motoras, también va a permitir que los niños sean más independientes, por último los niños conseguirán tener mayor concentración y atención.

La terapia ocupacional y la integración sensorial que se realiza en pediatría es fundamental que se adapte al niño, ya que cada uno de ellos van a necesitar diferentes tipos de técnicas.

6 Bibliografía

-¿Cuáles son los beneficios de la terapia ocupacional para tu hijo? (Internet): <https://www.redcenit.com/cuales-son-los-beneficios-de-la-terapia-ocupacional-para-tu-hijo/>.

Capítulo 269

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS

ANA M° GARCÍA HERNANDO

CAROLINA LÓPEZ SALVADOR

SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ

ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA PATOS

MARÍA VANESA MARTÍN PUIG

1 Introducción

El área de endoscopias es un espacio especializado en un centro médico o hospital, dedicado a la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos mediante el uso de endoscopios. Los endoscopios son dispositivos médicos con cámaras y luces que permiten a los profesionales de la salud visualizar y examinar órganos internos y cavidades del cuerpo humano sin necesidad de realizar cirugías invasivas.

En el área de endoscopias, se llevan a cabo diversos procedimientos, como la endoscopia gastrointestinal para examinar el esófago, estómago e intestino delgado, la colonoscopia para evaluar el colon, y la broncoscopia para visualizar las vías respiratorias, entre otros.

Este espacio está equipado con tecnología avanzada, monitores, sistemas de video y equipos médicos especializados para garantizar una visualización clara y precisa durante los procedimientos endoscópicos.

El área de endoscopias es atendida por un equipo multidisciplinario que incluye médicos endoscopistas, enfermeras especializadas y personal de apoyo administrativo. Todos trabajan en conjunto para asegurar la seguridad del paciente, el cumplimiento de protocolos y la adecuada documentación de los procedimientos.

La endoscopia es una herramienta médica valiosa para el diagnóstico precoz de diversas enfermedades, la toma de biopsias y la realización de tratamientos mínimamente invasivos. Por lo tanto, el área de endoscopias desempeña un papel crucial en el cuidado de la salud, proporcionando procedimientos eficaces y seguros que benefician a los pacientes y contribuyen a mejorar la calidad de la atención médica.

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 rol importante en el área de endoscopias digestivas, apoyando tanto al equipo médico como a los pacientes para asegurar el funcionamiento eficiente y seguro de los procedimientos. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que puede desempeñar el auxiliar administrativo en este ámbito:

Coordinación de citas y programación: El auxiliar se encarga de la agenda y coordinación de citas para los pacientes que requieren procedimientos de endoscopias digestivas, asegurándose de una distribución adecuada de los recursos y evitando demoras innecesarias.

Recepción y atención al paciente: El auxiliar recibe a los pacientes en el área de endoscopias, brindando información sobre los procedimientos, respondiendo preguntas y ofreciendo apoyo emocional.

Registro y verificación de datos: Es responsabilidad del auxiliar administrativo recopilar y registrar información relevante sobre los pacientes, como antecedentes médicos, alergias y medicamentos que estén tomando, asegurándose de que los datos estén actualizados y precisos.

Preparación del entorno: El auxiliar se asegura de que las salas de endoscopias estén equipadas y listas para los procedimientos, verificando que los equipos y suministros necesarios estén disponibles y en buen estado.

Documentación y archivo: El auxiliar administra la documentación generada durante los procedimientos de endoscopias, asegurándose de que los informes médicos estén correctamente archivados y organizados para su posterior revisión y seguimiento.

Coordinación con el equipo médico: El auxiliar colabora con el equipo médico en la preparación de los pacientes, brindando asistencia durante los procedimientos y facilitando la comunicación entre los diferentes miembros del equipo.

Seguridad y normativas: El auxiliar debe asegurar que se cumplan las normativas de seguridad y prevención de infecciones en el área de endoscopias, garantizando la protección tanto del personal médico como de los pacientes.

Atención al público y servicio al cliente: El auxiliar administrativo proporciona una atención amable y profesional a los pacientes y sus familias, asegurando una experiencia positiva y confortable durante su estancia en el área de endoscopias.

El adecuado desempeño del auxiliar administrativo en el área de endoscopias digestivas contribuye a un funcionamiento eficiente y seguro de los procedimientos, facilitando la atención médica y el bienestar de los pacientes. Su labor de coordinación, documentación y atención al público es esencial para el éxito de esta área especializada en el cuidado de la salud digestiva.

5 Discusión-Conclusión

Un consejo del auxiliar administrativo para un buen funcionamiento del área de endoscopias es mantener una comunicación fluida y colaborativa con todo el equipo médico. Esto implica estar atento a las necesidades del personal médico, pacientes y sus familias, y facilitar la coordinación de citas y procedimientos de manera eficiente. Además, asegurarse de mantener los registros y la documentación actualizados y organizados, siguiendo los protocolos establecidos. La atención al detalle y el enfoque en la seguridad y bienestar de los pacientes son fundamentales para lograr un funcionamiento exitoso en el área de endoscopias. Trabajar de forma coordinada y con empatía contribuye a una experiencia positiva y una atención de calidad.

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 270

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE PROCEDENTE DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

ANA M° GARCÍA HERNANDO

CAROLINA LÓPEZ SALVADOR

SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ

ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA PATOS

MARÍA VANESA MARTÍN PUIG

1 Introducción

La recepción de un paciente ingresado procedente de la lista de espera es un proceso crucial en el ámbito de la atención médica, ya que implica recibir y atender a un paciente que ha estado esperando para recibir atención médica o someterse a un procedimiento. A continuación, se describen algunas de las acciones y consideraciones relevantes en este proceso:

Bienvenida y orientación: El personal de recepción debe dar la bienvenida al paciente y ofrecer orientación sobre el proceso de ingreso, incluyendo la ubicación

de las áreas pertinentes y la documentación necesaria.

Verificación de datos: Se deben verificar los datos del paciente, incluyendo nombre, identificación y seguro médico, para asegurar su correcta identificación y registro en el sistema.

Expediente médico: Es importante acceder al expediente médico del paciente, revisando su historial clínico y los detalles específicos sobre el motivo de su ingreso desde la lista de espera.

Priorización: En algunos casos, puede ser necesario priorizar el ingreso de pacientes con mayor urgencia o gravedad médica, asegurando una atención oportuna.

Comunicación con el equipo médico: El personal de recepción debe informar al equipo médico sobre la llegada del paciente, para que puedan iniciar la evaluación y planificar su atención.

Información y confort: Se debe brindar al paciente información sobre los procedimientos o tratamientos que recibirá, así como brindarle comodidad y apoyo emocional durante su ingreso.

Registro y seguimiento: Todo el proceso de recepción y atención del paciente debe quedar registrado adecuadamente en la historia clínica, para facilitar su seguimiento y continuidad de la atención.

Respeto y empatía: Es fundamental mostrar respeto y empatía hacia el paciente, reconociendo el tiempo que ha esperado para recibir atención médica y asegurándole que será atendido de manera adecuada y profesional.

La recepción de un paciente ingresado desde la lista de espera requiere de una atención cuidadosa y eficiente, garantizando una atención médica de calidad y brindando un trato humano y comprensivo para asegurar el bienestar del paciente durante su estancia en el centro médico u hospital.

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 esencial en la recepción del paciente procedente de la lista de espera quirúrgica, brindando un soporte administrativo integral para asegurar un proceso fluido y seguro. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que puede desempeñar el auxiliar administrativo en este ámbito:

Registro y verificación de datos: El auxiliar es responsable de recopilar y verificar la información del paciente, asegurándose de que los datos personales, médicos y de seguro sean precisos y estén actualizados.

Coordinación de citas y programación: El auxiliar se encarga de coordinar la programación de la cirugía del paciente, asegurándose de que se asignen las fechas y horarios adecuados y se mantenga una comunicación clara con el paciente.

Preparación de la documentación: Es función del auxiliar administrativo preparar la documentación necesaria para el ingreso quirúrgico del paciente, incluyendo consentimientos informados, autorizaciones y formularios médicos requeridos.

Información y orientación al paciente: El auxiliar brinda información y orientación al paciente sobre los preparativos necesarios antes de la cirugía, como ayuno, medicamentos y cuidados preoperatorios.

Comunicación con el equipo médico: El auxiliar colabora con el equipo médico, asegurándose de que estén informados sobre la llegada del paciente y que cuenten con la documentación necesaria para la cirugía.

Resolución de dudas y inquietudes: El auxiliar está disponible para responder preguntas y resolver inquietudes que pueda tener el paciente o sus familiares sobre el proceso quirúrgico.

Gestión de recursos y suministros: El auxiliar se asegura de que los recursos y

suministros necesarios para la cirugía estén disponibles y en buen estado.

Seguimiento y documentación: Después de la cirugía, el auxiliar administra y archiva adecuadamente la documentación generada durante el proceso quirúrgico, asegurando la correcta documentación del expediente médico del paciente.

El adecuado desempeño del auxiliar administrativo en la recepción del paciente procedente de la lista de espera quirúrgica es crucial para garantizar un proceso eficiente y seguro, asegurando que el paciente reciba la atención médica necesaria en el momento adecuado. Su labor organizada y comprometida contribuye a una experiencia positiva para el paciente y facilita la coordinación entre el equipo médico y administrativo para brindar una atención quirúrgica de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Un consejo para un buen funcionamiento administrativo de la lista de espera sanitaria es mantener un sistema de gestión eficiente y transparente. Esto implica mantener una actualización constante de los datos de los pacientes en la lista, priorizando según la gravedad y tiempo de espera. Así mismo, se deben establecer procedimientos claros para la asignación de citas y tratamientos, garantizando una distribución equitativa y oportuna de los recursos disponibles. La comunicación efectiva entre el personal administrativo y el equipo médico es fundamental para agilizar el proceso y mantener informados a los pacientes sobre su situación en la lista. Un enfoque centrado en la calidad y la mejora continua permitirá optimizar el funcionamiento de la lista de espera sanitaria.

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 271

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DEL BANCO DE SANGRE HOSPITALARIO

ANA M° GARCÍA HERNANDO

CAROLINA LÓPEZ SALVADOR

SUSANA MARTÍN SÁNCHEZ

ESTEFANIA GARCIA PULGAR GARCÍA PATOS

MARÍA VANESA MARTÍN PUIG

1 Introducción

El banco de sangre hospitalario es una unidad especializada dentro de un centro médico o hospital que se encarga de la recolección, procesamiento, almacenamiento y distribución de sangre y sus componentes sanguíneos. Su principal objetivo es asegurar un suministro seguro y adecuado de sangre para transfusiones y otros procedimientos médicos que requieran este recurso vital.

En el banco de sangre hospitalario se realizan múltiples funciones, como la recepción de donantes voluntarios o familiares, quienes son sometidos a rigurosos exámenes para garantizar la calidad y seguridad de la sangre donada. Luego, la

sangre es sometida a pruebas de compatibilidad y análisis para determinar los grupos sanguíneos y detectar posibles enfermedades transmisibles.

Una vez que la sangre ha sido verificada y procesada, se almacena en condiciones óptimas para su posterior utilización. El banco de sangre también se encarga de mantener un inventario adecuado y gestionar las reservas, asegurándose de contar con diferentes tipos de sangre y productos sanguíneos para cubrir las necesidades médicas de los pacientes.

Cuando un paciente requiere una transfusión, el banco de sangre hospitalario suministra los componentes sanguíneos compatibles y realiza un seguimiento adecuado para garantizar la trazabilidad y seguridad de la transfusión.

Además de proporcionar sangre para transfusiones, el banco de sangre también puede participar en programas de donación de médula ósea y otros productos sanguíneos especializados, contribuyendo así a salvar vidas y mejorar la salud de los pacientes que requieren atención médica. En general, el banco de sangre hospitalario juega un papel fundamental en la atención médica y en la promoción de la donación voluntaria y altruista de sangre para ayudar a quienes más lo necesitan.

2 Objetivos

El objetivo de esta investigación es mostrar las funciones que desempeña el auxiliar administrativo en el banco de sangre 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 auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en la gestión del banco de sangre hospitalario, brindando un soporte administrativo integral para asegu-

rar el correcto funcionamiento y abastecimiento de sangre y componentes sanguíneos. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que puede desempeñar el auxiliar administrativo en este ámbito:

Registro y verificación de donantes: El auxiliar es responsable de registrar a los donantes voluntarios o familiares, verificando su identidad y cumpliendo con los requisitos para la donación segura.

Coordinación de citas: El auxiliar administra las citas para donación de sangre, asegurándose de mantener una programación adecuada para garantizar un suministro constante y suficiente.

Control de inventario: El auxiliar lleva un registro actualizado del inventario de sangre y componentes sanguíneos, asegurando que haya suficiente disponibilidad y que estén almacenados en las condiciones adecuadas.

Procesamiento y almacenamiento: Es función del auxiliar administrativo asegurar que la sangre donada sea procesada y almacenada correctamente, cumpliendo con los estándares de calidad y seguridad establecidos.

Gestión de transfusiones: El auxiliar colabora en la coordinación y seguimiento de las transfusiones de sangre a pacientes, asegurando la trazabilidad y el registro adecuado de las mismas.

Comunicación con el equipo médico: El auxiliar se comunica con el equipo médico para informar sobre la disponibilidad de sangre y componentes sanguíneos, así como para coordinar las necesidades de los pacientes.

Documentación y registros: El auxiliar es responsable de mantener los registros y documentación relacionados con la gestión del banco de sangre, asegurando que estén completos, precisos y confidenciales.

Educación y promoción: El auxiliar puede participar en actividades educativas y de promoción de la donación voluntaria de sangre, fomentando la conciencia sobre la importancia de este acto altruista.

El adecuado desempeño del auxiliar administrativo en la gestión del banco de sangre hospitalario es crucial para garantizar un suministro seguro y adecuado de sangre y componentes sanguíneos, que son fundamentales para atender las necesidades médicas de los pacientes. Su labor organizada y comprometida contribuye a salvar vidas y mejorar la salud de quienes requieren transfusiones y tratamientos médicos que dependen de este valioso recurso.

5 Discusión-Conclusión

El buen hacer del auxiliar administrativo en la gestión del banco de sangre se destaca por su eficiencia en el registro y verificación de donantes, manteniendo

un inventario actualizado y óptimo de sangre y componentes sanguíneos. Su coordinación en las citas de donación y seguimiento de las transfusiones asegura un suministro constante y seguro para los pacientes. Además, su compromiso en la documentación y promoción de la donación voluntaria contribuye a salvar vidas y mejorar la salud de quienes necesitan este vital recurso médico. Su labor organizada y colaborativa con el equipo médico garantiza una gestión efectiva del banco de sangre, brindando una atención de calidad y apoyo a la salud de los pacientes.

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 272

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PARITORIO

PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS

MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA

ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA

VANESA REY GARCÍA

ALVARO MORA GARCIA

1 Introducción

La unidad de paritorio es un entorno crítico y especializado en cualquier centro de salud, donde se atienden los procesos de parto y posparto, brindando cuidados obstétricos a las madres y a los recién nacidos. En este contexto, los celadores tienen un papel esencial para el adecuado funcionamiento y la atención integral a las pacientes. Este artículo tiene como objetivo explorar las funciones y la actuación del celador en la unidad de paritorio, resaltando su importancia para el bienestar de las pacientes y el éxito del proceso de parto.

El traslado de la embarazada al paritorio se realiza en cama, la actividad del celador se basará en tener que asegurarse de llevar su historia clínica, hacerlo con rapidez y también debe calmar al paciente. Es la persona que tiene el primer

contacto con la mujer embarazada en el centro hospitalario, debe ser amable, dar buena imagen y labia para tranquilizar a la embarazada.

La presencia de un celador en la unidad de paritorio es fundamental para el adecuado funcionamiento y la atención de calidad en este entorno tan especializado y delicado de un hospital. El celador desempeña un papel crucial al brindar apoyo logístico y asistencia tanto al personal médico como a las pacientes que dan a luz.

2 Objetivos

Identificar y describir las principales funciones del celador en la unidad de paritorio.

Analizar la actuación del celador en situaciones de emergencia y en el cuidado de las pacientes y los recién nacidos durante el proceso de parto y posparto.

Evaluar la relevancia de la colaboración y coordinación del celador con el personal médico y de enfermería en la unidad de paritorio.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio, se realizó una revisión bibliográfica basada en fuentes científicas, literatura médica y documentos oficiales relacionados con el tema. Se utilizaron palabras clave como "celador", "unidad de paritorio", "funciones", "actuación" y "atención obstétrica". Se seleccionaron cuidadosamente los materiales pertinentes y se procedió a la redacción del artículo.

4 Resultados

Es una unidad muy importante del hospital y se ocupa de varios aspectos de la salud femenina.

Las funciones y la actuación del celador en la unidad de paritorio son de vital importancia para asegurar un entorno seguro y brindar una atención de calidad a las pacientes y los recién nacidos. Es una parte donde es importante la coordinación de todos los profesionales que componen esta área para asegurar el correcto funcionamiento y la calidad de asistencia de este.

A continuación, se presentan las principales tareas y roles que desempeñan los celadores en esta área:

1. Asistencia en el traslado de pacientes: Los celadores son responsables de recibir y trasladar a las pacientes embarazadas desde otras áreas del hospital a la unidad

de paritorio, asegurando una movilización segura y cómoda.

2. Preparación de salas de parto: Los celadores colaboran en la preparación de las salas de parto, asegurando que estén limpias y equipadas con el material necesario para la atención de las pacientes durante el proceso de parto.

3. Apoyo al personal médico y de enfermería: Durante el proceso de parto, los celadores asisten al personal médico y de enfermería en la movilización y preparación de equipos e instrumentos necesarios, brindando apoyo logístico para una atención óptima.

4. Cuidado de recién nacidos: Después del parto, los celadores colaboran en el cuidado de los recién nacidos, asistiendo en el traslado de los bebés a las áreas de atención neonatal y acompañando a las madres durante el proceso de recuperación.

5. Actuación en situaciones de emergencia: Los celadores reciben formación en primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar, lo que les permite actuar rápidamente en situaciones de emergencia y brindar una respuesta adecuada hasta la llegada del personal médico especializado.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador en la unidad de paritorio es esencial para garantizar un ambiente seguro y proporcionar una atención de calidad a las pacientes y los recién nacidos durante el proceso de parto y posparto.

La asistencia en el traslado de pacientes, la preparación de las salas de parto, el apoyo al personal médico y de enfermería, el cuidado de los recién nacidos y la actuación en situaciones de emergencia son roles fundamentales que contribuyen al éxito del proceso de parto y a la satisfacción de las pacientes.

En conclusión, los celadores desempeñan un papel crucial en la unidad de paritorio, trabajando en estrecha colaboración con el equipo de salud para brindar una atención integral y segura a las madres y los recién nacidos en este momento tan especial.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/eficacia-eficacia-celadores-radiodiagnostico/>

Capítulo 273

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS

MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA

ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA

VANESA REY GARCÍA

ALVARO MORA GARCIA

1 Introducción

La especialidad encargada de la realización de imágenes del interior del cuerpo mediante distintos agentes físicos, como rayos X etc. Después, los resultados obtenidos se utilizarán para diagnosticar enfermedades y traumatismos, así como la valoración de su pronóstico y posibles tratamientos.

El servicio de radiología juega un papel crucial en el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades y condiciones médicas. Para garantizar el funcionamiento eficiente y seguro de este departamento, los celadores desempeñan un papel fundamental al asumir una variedad de funciones que abarcan desde el transporte y cuidado de los pacientes hasta la asistencia en procedimientos radiológicos. Este artículo tiene como objetivo explorar las funciones del celador en el servicio de radiología, destacando su relevancia para el bienestar del paciente y el óptimo desempeño del servicio.

Los resultados obtenidos se utilizarán para el diagnóstico de diferentes enfermedades y traumatismos.

Los celadores en las diferentes áreas del hospital realizarán funciones que son iguales a los celadores de otros servicios, pero también se encargarán de realizar las funciones propias del servicio de radiología.

La existencia de un celador en las unidades de radiología es muy importante porque colabora de manera muy estrecha con el personal facultativo y de enfermería en todas las actividades propias del área.

2 Objetivos

- Analizar las principales funciones del celador en el servicio de radiología.
- Comprender la importancia de su rol en el cuidado del paciente y el funcionamiento eficiente del departamento.
- Evaluar la relevancia de la colaboración entre el celador y el personal médico en el servicio de radiología.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio, se realizó una revisión de literatura basada en fuentes científicas, libros especializados y documentos oficiales. Se utilizaron palabras clave como "celador", "servicio de radiología", "funciones" y "atención al paciente". Se seleccionaron estudios y materiales relevantes para la temática y se procedió a la redacción del artículo.

4 Resultados

Las funciones del celador en el servicio de radiología son de vital importancia para el óptimo funcionamiento del departamento y el bienestar del paciente. A continuación, se enumeran las principales tareas que desempeñan los celadores:

1. Recepción y traslado de pacientes: Los celadores reciben a los pacientes en el área de admisión o en la sala de espera del servicio de radiología. Verifican la identidad del paciente y se encargan de trasladarlos a las salas de examen o a las áreas de hospitalización según sea necesario.
2. Asistencia al personal médico: Durante la realización de estudios radiológicos, los celadores brindan apoyo al personal médico y técnico. Colaboran en

la posición del paciente, colocación de dispositivos de protección radiológica y preparación de los equipos necesarios para cada tipo de estudio.

3. Transporte de material y suministros: Los celadores se encargan de transportar el material necesario para los estudios, como películas, informes radiológicos, dispositivos de protección y otros suministros esenciales para el funcionamiento del servicio.

4. Limpieza y mantenimiento: Mantener la limpieza y el orden en las salas de examen es fundamental para garantizar un entorno seguro y libre de contaminación. Los celadores se encargan de mantener limpios los equipos y las superficies utilizadas durante los procedimientos radiológicos.

5. Gestión de citas y horarios: El celador ayuda a coordinar las citas de los pacientes y a mantener una programación ordenada para evitar retrasos y asegurar que el servicio funcione de manera eficiente.

6. Atención al paciente: Los celadores tienen un papel importante en la atención al paciente. Brindan un trato amable, empático y respetuoso, respondiendo a sus preguntas y preocupaciones para hacerlos sentir cómodos durante su estancia en el servicio de radiología.

7. Transporte de pacientes: Además de llevar a los pacientes a las salas de examen, los celadores también se encargan de trasladarlos desde y hacia sus habitaciones o áreas de hospitalización, asegurando su seguridad y comodidad durante el proceso.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en el servicio de radiología es fundamental para garantizar un ambiente seguro y eficiente para los pacientes y el personal médico. Su colaboración estrecha con el personal médico es esencial para asegurar la comodidad y bienestar de los pacientes durante los procedimientos radiológicos.

La recepción y traslado de pacientes, la asistencia al personal médico, la gestión de citas y horarios, y la atención al paciente son tareas clave que hacen que el servicio de radiología funcione de manera efectiva. Además, su labor en el mantenimiento y limpieza de equipos y salas de examen contribuye a la prevención de infecciones y a un entorno seguro para todos.

En conclusión, los celadores son piezas fundamentales en el engranaje del servicio de radiología, ya que su dedicación y responsabilidad garantizan el correcto funcionamiento del departamento y la atención óptima de los pacientes.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/eficacia-eficacia-celadores-radiodiagnostico/>.

Capítulo 274

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIO

PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS

MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA

ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA

VANESA REY GARCÍA

ALVARO MORA GARCIA

1 Introducción

El servicio de paritorio, también conocido como sala de partos o sala de maternidad, es un área fundamental en cualquier centro de salud donde se atienden partos y se brinda atención obstétrica a las madres y los recién nacidos. En este entorno tan delicado, los celadores desempeñan un rol crucial al garantizar el adecuado funcionamiento y la asistencia oportuna a las pacientes. Este artículo tiene como objetivo explorar las funciones del celador en el servicio de paritorio, resaltando su importancia para el bienestar de las madres y los recién nacidos durante este proceso tan especial.

El celador tiene un papel fundamental en el traslado del paciente del área de partos a su habitación o viceversa. Cuando llega el momento de gestación a su fin se produce el parto, que lo podemos definir como el tiempo en el que se produce la expulsión del feto del organismo materno.

El embarazo en una mujer es un cambio físico y psíquico bastante notable. Esta etapa de la mujer es muy reconfortante y placentera y para realizar todo el proceso del embarazo de manera eficaz, necesitará la ayuda de los profesionales de la salud, además el clima familiar debe favorecer, debe ser sereno y coadyuvante.

2 Objetivos

Identificar las principales funciones del celador en el servicio de paritorio.

Analizar la relevancia de su labor en el apoyo al personal médico y a las pacientes durante el proceso de parto y posparto.

Evaluar la importancia de la colaboración y coordinación del celador con el equipo de salud en el servicio de paritorio.

3 Metodología

Para realizar este estudio, se llevó a cabo una revisión bibliográfica basada en fuentes científicas, documentos médicos y literatura especializada sobre el tema. Se utilizaron palabras clave como "celador", "paritorio", "funciones", "parto" y "atención obstétrica". Se seleccionaron cuidadosamente los materiales pertinentes y se procedió a la redacción del artículo.

4 Resultados

Las funciones del celador en el servicio de paritorio son fundamentales para asegurar un ambiente seguro y atender las necesidades tanto de las pacientes como del personal médico.

En cada hospital hay unidades de hospitalización y unidades de consultas especializadas como ginecología, alto riesgo, etc. las que se dedican al cuidado y la salud de los órganos de reproducción de la mujer.

A continuación, se presentan las principales tareas que desempeñan los celadores en esta área:

1. Recepción y traslado de pacientes: Los celadores reciben a las pacientes embarazadas en el paritorio y las acompañan a las salas de parto o a las áreas de observación, brindando el apoyo necesario durante el proceso de ingreso.
2. Asistencia en el traslado de pacientes: Durante el proceso de parto, los celadores asisten en el traslado de las pacientes que requieren movilidad reducida

a las salas de parto o a otras áreas dentro del servicio de paritorio.

3. Preparación de salas de parto: Los celadores se encargan de preparar las salas de parto, asegurando que estén limpias y equipadas con los materiales y dispositivos necesarios para atender a las pacientes durante el proceso de parto.

4. Asistencia al personal médico: Los celadores proporcionan apoyo logístico al personal médico y de enfermería durante el parto, colaborando en la preparación y entrega de los equipos e instrumentos necesarios.

5. Atención a los recién nacidos: Después del parto, los celadores asisten en el cuidado de los recién nacidos, trasladándolos a las áreas de atención neonatal o acompañando a las madres durante el proceso de recuperación.

6. Gestión de desechos y material utilizado: Una función importante del celador es la gestión adecuada de los desechos generados durante el proceso de parto, asegurando la correcta disposición de material médico y residuos biológicos.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador en el servicio de paritorio es de suma importancia para garantizar el adecuado desarrollo del proceso de parto y posparto. Su colaboración cercana con el personal médico y de enfermería asegura una atención integral y segura para las pacientes y los recién nacidos.

La recepción y traslado de pacientes, la asistencia en el cuidado de recién nacidos y la preparación de las salas de parto son funciones clave que hacen posible la eficiencia y eficacia del servicio de paritorio.

En conclusión, los celadores juegan un rol fundamental en el servicio de paritorio, contribuyendo significativamente a brindar una atención óptima a las pacientes y asegurando el bienestar de las madres y los recién nacidos en este momento tan especial.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/eficacia-eficacia-celadores-radiodiagnostico/>.

Capítulo 275

LA COCINA HOSPITALARIA Y SU ADAPTACIÓN A LOS MENUS ELABORADOS EN LOS HOSPITALES

ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA

SANDRA GONZALEZ AMORAGA

JUAN ESTEBAN MORAL

MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ

IRENE TENES MUÑOZ

1 Introducción

La nutrición determina la salud de manera esencial, por lo que se ha convertido en una de las principales prioridades tenidas en cuenta en los hospitales. Por lo tanto, el equilibrio nutricional es fundamental. En el mundo desarrollado, encontramos que la alimentación es una prioridad para casi el 90% de la población, incluso más que reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Como tal, la dietética es la técnica y el arte de utilizar los alimentos de forma adecuada, basada en un profundo conocimiento del ser humano y sugiriendo formas de alimentación equilibrada, variada y completa, tanto para el individuo como para el colectivo, que permitan satisfacer las necesidades biológicas del organismo, salud Y enfermedad. , ponderando gustos, costumbres y posibilidades al mismo tiempo. Por ello, las recomendaciones dietéticas y nutricionales deben variar en

función de la situación de salud o enfermedad del paciente y variar en función de otras características, como el ciclo vital. Muchos factores pueden dificultar la adaptación de una dieta a las características de una persona, como la presencia de trastornos, dificultad para masticar, disfagia, enfermedades gastrointestinales y niveles del ciclo menstrual bajos. Por tanto, nos encontramos con que el proceso alimentario está influido por muchos factores de diferente naturaleza, tanto socioeconómicos como psicológicos o geográficos. Todos estos aspectos deben tenerse en cuenta en la cocina del hospital a la hora de la elaboración de las dietas para un enfermo en concreto y que sea adaptado a sus necesidades.

2 Objetivos

Saber cómo desde la cocina hospitalaria se adaptan los alimentos y las dietas a las características de cada paciente ingresado.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando como fuentes científicas diferentes bases de datos, buscando en varias páginas de internet, a fin de recopilar artículos actualizados sobre el objeto de estudio como en libros, cribando los resultados a términos referentes al tema del trabajo.

4 Resultados

Dentro de la nutrición Hospitalaria se maneja diariamente el concepto de “alimentación Básica adaptada”, consistente en aquella alimentación que ha sido modificada para que hacerla sea adecuada a diferentes condiciones clínicas, permitiendo una mayor nutrición, conservación y facilitación de las condiciones favorables para la preparación de la personalidad que fueron antes era difícil hacerlo. Esto es para pacientes adultos y pediátricos. Hemos encontrado que la dieta básica adaptativa presenta algunos conceptos muy diferentes: - Primero, la dieta de puré tiene un alto valor nutricional. El uso de pienso triturado está destinado a cambiar la consistencia del pienso y es muy común en hospitales, centros de alojamiento de larga estancia y también en centros de restauración donde hay una alta proporción de personas mayores o con alta enfermedad. Está indicado para personas que tienen dificultad para masticar, tragar sólidos y que además corren riesgo de desnutrición. Representa alrededor del 20% de las dietas

utilizadas en los hospitales; sin embargo, el proceso de trituración tiene algunas contraindicaciones: por un lado, las cocinas de los hospitales deben seleccionar una variedad de alimentos en cantidades controladas, evitando que contengan huesos o espinas; Además, diluirlos en caldo no garantiza una composición fija de nutrientes, sino que a menudo notamos carencias en ciertos nutrientes. Es por ello que su elaboración presenta complicaciones que deben ser tenidas en cuenta y debe realizarse con mucho cuidado. Además, las propiedades sensoriales de los alimentos tienden a desaparecer. - En segundo lugar, encontramos los potenciadores alimentarios, que son módulos de algún nutriente o alimento que se añaden a la composición y mejoran sus propiedades nutricionales. Pueden incluir cualquier tipo de macronutriente o micronutriente. - En tercer y último lugar, encontramos los modificadores de textura, para enfermedades que provocan disfagia de líquidos, por lo que la ingestión de líquidos puede provocar desde atragantamiento hasta neumonía por aspiración. Esto puede conducir a la presencia de desnutrición y deshidratación. Por lo tanto, los modificadores de textura incluyen almidones modificados y su efecto es espesar líquidos o purés a la consistencia adecuada para evitar complicaciones. Además, no afecta el sabor y puedes elegir la textura que quieras.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación básica adaptada tiene grandes aplicaciones en los hospitales, ya que se adaptan a las características de los pacientes ingresados. La cocina hospitalaria y su personal a de manejar convenientemente los conceptos presentados para realizar la dieta de la manera más adecuada posible y con sumo cuidado. Se ha de tener en cuenta la dificultad en la deglución, tanto de líquidos como de sólidos, ya que en caso de presentar de manera errónea la dieta al paciente pueden producirse complicaciones que pueden poner en peligro su vida, además de que se debe asegurar una suficiencia nutricional, especialmente en enfermos y en anciano hay que extremar precaución. Para presentar correctamente la dieta del paciente y asegurar la suficiencia nutricional, especialmente en el caso de enfermos y ancianos, es importante tener en cuenta la dificultad del paciente para tragar.

6 Bibliografía

Patiño, D. C., de Oliveira, W. A., Torres, A. R., Oliveira, C. C. C., Ibarra, A. M. D., Torales, A. P. B., & Martínez, M. M. A. (2016). Representaciones sociales de di-

eta en pacientes con enfermedad crónica no transmisible. Archivos de medicina, 12(1), 7.

Calleja Fernández, A., Vidal Casariego, A., Cano Rodríguez, I., & Ballesteros Pomar, M. D. (2016). Adecuación del código de dietas a las necesidades nutricionales del paciente hospitalizado. *Nutrición Hospitalaria*, 33(1), 80-85.

Capítulo 276

EL PROYECTO ORGANIZATIVO DEL PERSONAL QUE TRABAJA EN LA COCINA HOSPITALARIA

ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA

SANDRA GONZALEZ AMORAGA

JUAN ESTEBAN MORAL

MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ

IRENE TENES MUÑOZ

1 Introducción

El proyecto organizativo y el Plan Estratégico del centro de salud se construyen en torno a la satisfacción laboral de quienes trabajan en la cocina del hospital. Permite a los empleados concentrarse en lograr metas y objetivos que provienen tanto del lugar de trabajo como de las necesidades individuales del empleado. Como resultado, en el lugar de trabajo, la felicidad de los empleados es crucial para el crecimiento de la organización e influye en el desempeño de los sujetos allí. La incapacidad de la institución para motivar adecuadamente al personal, lo que aumentaría su nivel de esfuerzo y aumentaría la satisfacción laboral y el interés por su trabajo, es el principal problema en este sentido. Debido a esto, el estudio de la satisfacción laboral en todos los campos se ha convertido recientemente en una parte importante de la literatura científica, con un enfoque en

la psicología industrial para explicar por qué las personas están motivadas para hacer ciertas cosas. Alcanzar metas que son cruciales para el individuo, la sociedad y la institución, así como para las empresas de la industria alimentaria o, en el caso que nos ocupa, de una cocina hospitalaria, depende de analizar la satisfacción laboral como un proceso que es crucial y que tiene efectos a nivel varios niveles, incluyendo administrativo, individual y organizacional. Dada la importancia de la alimentación en la recuperación de un paciente hospitalizado, es posible concluir del análisis de las influencias que la satisfacción laboral tiene sobre los empleados que existe una relación positiva y significativa entre satisfacción y productividad. Dado que el personal de cocina participa activamente en la elaboración de los menús, esto ayudará también a la recuperación y rehabilitación de la salud de estos pacientes.

2 Objetivos

Conocer las características de la satisfacción laboral en el personal de la cocina de un hospital tiene que tener para llegar al proyecto descrito.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando como fuentes científicas diferentes bases de datos, de las distintas páginas de internet, a fin de recopilar artículos actualizados sobre el objeto de estudio. De los libros, cribando los resultados a términos referentes al tema del trabajo.

4 Resultados

Los siguientes son algunos de los factores que, en general, afectan a la satisfacción laboral según investigaciones y conocimientos recientes: - En primer lugar, el reto en el trabajo. Los empleados prefieren puestos que les permitan poner en práctica sus habilidades, proporcionen una amplia gama de tareas, altos niveles de prioridad, brinden retroalimentación sobre cómo están haciendo su trabajo y presenten solo desafíos moderados que sean agradables, satisfactorios y motivadores. Como se dijo anteriormente, los desafíos deben ser moderados porque los que son demasiado difíciles generan frustración y una disminución de la satisfacción laboral. - El segundo es el concepto de sistemas justos de recompensas, que se refiere a las políticas de salarios, promociones y bonificaciones que

mantiene una organización y que un empleado debe considerar justas para sentirse satisfecho con ellas. Es probable que la satisfacción profesional sea el resultado cuando el pago es justo por el trabajo realizado, según los requisitos del puesto, las habilidades del empleado y el nivel de salarios en el lugar de trabajo.

- También descubrimos los efectos de la relación entre el ausentismo y la satisfacción laboral: existe una relación consistente y significativa entre ambos aspectos; Los trabajadores insatisfechos están menos ausentes que los trabajadores satisfechos.
- Descubrimos una correlación significativa entre la satisfacción y la rotación: a mayor satisfacción, menor rotación, lo que hace que la satisfacción de los empleados sea extremadamente importante dado que la rotación es frecuentemente inevitable y es uno de los factores que aumenta los costos para las empresas e instituciones.
- La teoría del establecimiento de metas, que afirma que tener las metas y los objetivos correctos aumenta el rendimiento en lugar de no tenerlos, se menciona en último lugar. Además, cuando los empleados participan en el establecimiento de objetivos, sus niveles de satisfacción aumentan y su desempeño y sentido de recompensa mejoran. Cuando aplicamos estas ideas al personal de cocina de un hospital, descubrimos que ven la satisfacción laboral como algo relacionado con el bienestar. También introducen la idea de compañerismo, que denota la necesidad de la interacción social para el crecimiento del trabajo. La motivación, o el interés que el propio trabajo despierta en el individuo, también son crucial para aumentar la satisfacción. Otro término que se ha agregado es "responsabilidad", que se define como el nivel de responsabilidad que está determinado por las reglas necesarias para resolver problemas. Para los empleados de este tipo de instituciones, tanto las recompensas verbales como los salarios, incentivos y gratificaciones son factores cruciales relacionados con el desarrollo de su trabajo. Otro factor mediador es un ambiente de trabajo positivo; los empleados necesitan un buen ambiente de trabajo para sentirse bien e identificarse con la empresa. Dado que las personas intentan equilibrar su vida personal y profesional, también se debe mencionar la superación personal. La oportunidad que tiene el empleado de involucrarse en actividades significativas relacionadas con su autorrealización es el desarrollo personal. Así es como la participación en actividades extracurriculares ayuda a los empleados a aceptar quiénes son como personas y como individuos.

5 Discusión-Conclusión

Conclusión: existen diferentes categorías profesionales en cocinas hospitalarias, pero todas ellas valoran lo mismo a la hora de determinar su nivel de satisfacción

laboral, entre ellas la cohesión, el bienestar general, el confort de los superiores, un salario justo, las gratificaciones e incluso las recompensas verbales. Todo ello fomentará la autorrealización y la superación personal, lo que potenciará su motivación y satisfacción laboral a medida que se descubra que algunos factores tienen un mayor impacto en la disposición de un empleado que otros. Esto tiene un impacto directo tanto en la productividad como en la viabilidad a largo plazo de la organización. Sin duda, los trabajadores trabajarán con más entusiasmo, motivación y mejor actitud, logrando tanto los objetivos de la organización como los suyos propios. Esto se debe a que tienen personas que se preocupan por ellos, prestan atención a lo que tienen que decir y aprecian lo que hacen.

6 Bibliografía

1. Hannoun, G. (2011). Satisfacción laboral (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Económicas).
2. Juárez-Adauta, S. (2012). Clima organizacional y satisfacción laboral. *Revista médica del instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(3), 307-314.
3. Álvarez, M. T. F., Fuentes, A. I., & influyen en la satisfacción laboral de los trabajadores del Hospital Israel Quinteros Paredes del cantón Paján provincia de Manabí.

Capítulo 277

UTILIZACIÓN DE LOS EQUIPOS. UTENSILIOS QUE ENCONTRAMOS EN LA COCINA HOSPITALARIA

ENCARNACIÓN GARCIA GARCÍA

SANDRA GONZALEZ AMORAGA

JUAN ESTEBAN MORAL

MARIA ROSARIO MORAL SANCHEZ

IRENE TENES MUÑOZ

1 Introducción

El departamento del hospital conocido como "cocina del hospital" es el encargado de conservar y preparar los alimentos. Es un lugar concurrido con un gran personal de especialistas. Como debe estar en contacto con los pisos donde se encuentran los pacientes, los almacenes, las cámaras frigoríficas y demás áreas, la cocina debe estar en un lugar privilegiado dentro del hospital. Además, la comida debe moverse lo menos posible para permitir un servicio rápido y un control adecuado de la temperatura de los platos. Asimismo, debe existir un acceso sencillo para la entrega de mercancías, el movimiento de personal y el retiro de basura. En la zona de la cocina deben estar presentes las siguientes cualidades:

- Iluminación: Una buena visibilidad es fundamental para el mejor desarrollo de la obra. Para evitar sombras, deslumbramientos y contrastes, es fundamental que la

luz artificial tenga la fuerza necesaria y se sitúe por encima de todo. - Extracción-ventilación: Su objetivo es tanto extraer los vapores y humos producidos por el funcionamiento de la cocina como regenerar el aire viciado que se produce. Sobre las zonas de cocción se requiere una campana con filtros para la extracción. - Una cocina de hospital climatizada es fundamental porque las temperaturas dentro de una cocina cerrada pueden superar los 40 grados, dificultando el trabajo del personal y acortando la vida útil de los alimentos. - Instalaciones de agua: El funcionamiento eficiente de las cocinas depende de la disponibilidad de agua corriente. Debe existir una buena red de grifos de agua fría y caliente, así como depósitos suficientes. - Paredes y techos: Para revestir las paredes se debe utilizar baldosas u otro material higiénico no poroso. Para evitar la condensación provocada por los vapores que se producen en la cocina, el techo debe tener un revestimiento impermeable. Es necesaria una cadena de instrucciones en la restauración colectiva, especialmente en los hospitales, desde la recepción y adquisición del producto hasta su preparación, servicio y distribución. Como consecuencia de la incomodidad de tener que entregar los alimentos a cada habitación y paciente en condiciones ideales, adecuada presentación, temperatura, higiene, etc., y sobre todo si el hospital es grande, lo más complicado es la distribución de comidas.

2 Objetivos

Saber los equipos y utensilios que se encuentran dentro de la cocina y como de utilizarlos adaptados a la cocina hospitalaria para la mejora de las elaboraciones y satisfacción del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Aquí hay algunos ejemplos de nuevos equipos que se pueden usar en las cocinas de los hospitales. • Clarimax: Posee un filtro similar a una cafetera, ya través del filtrado se obtiene un líquido claro y limpio, evitando largas cocciones y el desafiante proceso de los caldos tan utilizados en las cocinas comunales. Además, un tipo de algas conocidas como diatomeas se encargan de eliminar las impurezas del preparado. • Deshidratador: este método para eliminar el agua de los alimentos de manera segura también produce una combinación de sabores que mejoran el sabor de los alimentos. • Rotaval: Cuando el alimento tiene cierta cantidad de humedad, es posible destilarlo ya sea líquido o sólido. Como resultado, se mejora el sabor. También capta los aromas y esencias de los productos. • Gastrovac: cocción al vacío, que reduce la temperatura de cocción manteniendo la textura, tonalidad y aroma de los alimentos, conservando sus propiedades organolépticas. • Germinador: este dispositivo conserva granos y semillas de leguminosas con suficiente humedad para producir brotes verdes que se pueden consumir crudos; los brotes muy recientes no se utilizan con frecuencia en las cocinas de los hospitales. • Ronner: Este termostato permite cocciones precisas y constantes a temperaturas entre 5 y 100 oC. Esto asegura que los alimentos se cocinen de forma controlada y que sus texturas sigan difiriendo de las que produce la cocción convencional se utiliza envasado al vacío. • El Vif Marinator combina la tecnología de vacío con marinar e impregnar simultáneamente. Junto con los jugos, la comida se coloca en el recipiente y, bajo presión controlada, desarrolla un sabor increíblemente potente. • Pacojel: este procesador de alimentos se puede usar para hacer helados, salsas, sopas y mousse en un instante realzando el énfasis del sabor. • Ahumador: Modifica el sabor de los alimentos introduciendo el aroma a humo y madera. A temperaturas bajas y moderadas, funcionan para calentar los alimentos. En la cocina comunal, casi nunca se usa. El conjunto de utensilios y utensilios de cocina utilizados en los hospitales está compuesto por todo lo necesario para la preparación y elaboración de alimentos. Las herramientas esenciales para el crecimiento de las actividades culinarias en la cocina de un hospital son los utensilios de cocina. Entre los electrodomésticos que deben estar presentes en la cocina del hospital se encuentran los siguientes: 1. Utensilios de cocina. Los cuchillos de cocina son esenciales para la capacidad del ayudante de cocina para rebanar, picar y diseccionar una variedad de alimentos. Se debe reservar una ubicación para estos artículos al diseñar la cocina. Para que el chef haga cortes precisos y rápidos en los ingredientes, los cuchillos de alta calidad son una necesidad. Podemos encontrar, entre otras cosas: un cocinero, un

jamonero, puntilla, una cebolla para deshuesar, un hacha de cocina para pelar, una espátula para trincar, una cheira para afilar, etc. 2. Tajaderas. Las tablas de cortar son accesorios de cocina necesarios porque cortar alimentos en cualquier superficie puede ser peligroso. Están hechos de varios materiales, como madera, vidrio y plástico; la clave es elegir el que mejor se adapte a nuestras actividades. Se aconseja que el material utilizado para hacer el Las mesas tienen una porosidad mínima. Todos los residuos de alimentos se pueden eliminar eficazmente de esta manera para detener el crecimiento de microorganismos. Se debe disponer de una mesa para cada tipo de corte, como mesa para cortes de carne, mesa para cortes de verduras, mesa para pescado, mesa para pan, etc. De esta forma se evitará la contaminación cruzada viral y bacteriana. 3. Pinzas. Son ideales para prevenir percances porque evitan que nuestras manos entren en contacto con sustancias potencialmente peligrosas como líquidos calientes o aceites. Con su uso se pueden recoger alimentos sin tocarlos, servirlos, darles la vuelta, sacarlos del aceite, etc. 4. Coladores. La herramienta esencial para lavar a fondo alimentos como frijoles, pasta y verduras es un colador. 5. Discos fabricados en policarbonato. Para proteger nuestra seguridad y evitar la contaminación de los alimentos, son cruciales. Al ser resistente al cambio de forma debido a las altas temperaturas, el policarbonato es uno de los mejores materiales para los accesorios de cocina. 6. Termómetros. Son herramientas que nos permitirán determinar la temperatura de nuestros ingredientes y proporcionar comidas saludables. 7. cestas para freír. 8. Coladores. En la cocina, los coladores son un elemento común. Está compuesto por un tamiz o filtro y una o más asas. Pueden ser de malla, tela, china, plástico o acero inoxidable. Se utilizan para colar y escurrir alimentos, limpiar platos que deben estar resbaladizos y suaves, y eliminar grumos e impurezas. 9. Licuadoras. Las licuadoras le permiten mezclar una amplia variedad de alimentos a una velocidad de 1012 rpm. Puede hacer rápida y fácilmente una variedad de mezclas, incluidos jugos de frutas, batidos de vegetales y aderezos. 10. guante o guanteletes para protección. Protegen contra todos los peligros en la cocina que se crean cuando se utilizan equipos de cocina industriales calientes. Los mejores guantes de tela para elegir son los que tienen un buen acolchado y aislamiento. 11. cacerolas, ollas, etc. Las ollas son los utensilios de cocina; tienen grandes capacidades (5–50 L) y son más anchas que profundas. Se pueden utilizar diferentes materiales para crear macetas. Pueden ser de barro, aluminio, acero inoxidable, antiadherentes, etc. Para cocciones que requieran un recipiente de fácil manejo, como salsas, cazos y cacerolas son pequeñas ollas de 2 a 10 L de capacidad y largo manejar. Entre otras cosas, se utilizan para hacer salsas, hervidos, purés y cremas. 12. Sartenes. Las sartenes son un tipo de utensilios de cocina redondos, poco profundos, muy

anchos y con un mango largo. Están disponibles en una variedad de diámetros para acomodar varios tipos de ingredientes, tienen lados curvos y, con frecuencia, tienen una tapa. Se emplea para freír, dorar, saltear, glasear y ocasionalmente estofar. Por lo general, están hechos de aluminio o acero inoxidable, y algunos de ellos tienen un revestimiento de teflón para evitar que los alimentos se peguen. 13. Cucharones, cucharas y cucharones para servir salsas, cremas, caldos y sopas. Tienen mangos largos y están hechos de plástico resistente al calor y acero inoxidable, lo que te permite insertarlos en ollas sin quemarse. 14. Mandolina. Con él se pueden cortar patatas u otras verduras. Para realizar varios cortes, dispone de varias cuchillas. Las rebanadas se pueden cortar a diferentes grosores. 15. Araña. Se utiliza para sacar productos cocidos.

5 Discusión-Conclusión

Podemos conocer más sobre las necesidades de los pacientes, necesidades de productos, necesidades de equipos, etc. gracias a la tecnología utilizada en la cocina del hospital. Sin embargo, también hace que el trabajo sea más fluido y rápido, permitiéndonos diseñar los procesos de elaboración de forma más eficaz y dotarlos de un mayor nivel de calidad que hace unos años. La introducción de estas tecnologías estuvo motivada por los siguientes factores: un aumento en la producción, una disminución en los costos y la distribución de alimentos a pacientes que no se encuentran cerca del lugar donde se produce el plato. Para desempeñarse bien, todo profesional necesita herramientas de alta calidad. Cabe señalar que el buen estado de los utensilios de cocina también es muy importante a la hora de hablar de ellos. Pueden dificultar incluso las tareas más sencillas si no se les presta la debida atención. La productividad del proceso de preparación de alimentos puede verse obstaculizada por equipos y utensilios obsoletos. Por lo tanto, deben examinarse para asegurarse de que todos cumplen los requisitos fundamentales de seguridad. Por este motivo, es crucial entender cómo mantener los muebles y accesorios en las cocinas de los hospitales.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como: utensilios del pinche, maquinaria de la cocina hospitalaria, ayudante de cocina, herramientas de cocina.
2. Castellano. A, Badillo. M “Los procesos en servicios en restauración” Ed. Síntesis. 2015.

Capítulo 278

GESTIÓN EFICAZ DEL EQUIPO DE PINCHES DE COCINA. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN

CONCEPCIÓN NIETO QUILON

CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ

LUCIA AGUJETAS MAYA

ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO

JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ

1 Introducción

La gestión eficaz del equipo de pinches de cocina es de vital importancia para el funcionamiento exitoso de una cocina.

Una gestión eficaz garantiza una coordinación adecuada entre los pinches, lo que permite un flujo de trabajo más eficiente en la cocina. Cuando cada miembro del equipo comprende claramente sus roles y responsabilidades, se minimizan las confusiones y los tiempos de espera, lo que contribuye a una mayor productividad.

Además, un equipo de pinches bien gestionado trabaja en armonía para asegurar que los platos se preparen de acuerdo con los estándares establecidos. La comunicación efectiva y la coordinación permiten mantener la calidad y consistencia en

la presentación de los alimentos, lo que es crucial para satisfacer las expectativas de los clientes. La gestión eficaz implica la implementación de procedimientos y normas de seguridad alimentaria. Esto implica la correcta manipulación, almacenamiento y preparación de los ingredientes, así como el cumplimiento de las regulaciones sanitarias. Un equipo bien gestionado está consciente de la importancia de la higiene y toma las precauciones necesarias para garantizar la seguridad de los alimentos (1).

También se traduce en un ambiente de trabajo positivo y motivador para los pinches de cocina. Cuando se establecen roles claros, se brinda retroalimentación constructiva y se reconocen los logros, los miembros del equipo se sienten valorados y motivados. Esto a su vez contribuye a una mayor satisfacción laboral, lo que se refleja en la calidad del trabajo realizado.

Y lo más importante, una buena gestión ayuda a prevenir y resolver los conflictos que puedan surgir en la cocina. La comunicación abierta y efectiva facilita la resolución de problemas de manera rápida y eficiente. Al abordar los problemas de manera oportuna, se evita que los conflictos se intensifiquen y afecten el desempeño del equipo.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:

1. Brindar retroalimentación constructiva y se reconocen los logros.
2. Definir metas específicas y alcanzables para el equipo de pinches.
3. Mantener a todos motivados y enfocados en los objetivos comunes.

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 gestión eficaz de un equipo de pinches de cocina implica una buena coordinación y comunicación.

Se pueden establecer roles y responsabilidades claras. Esto implica definir las tareas específicas de cada pinche y asegúrate de que todos comprendan sus funciones y responsabilidades. Esto evitará confusiones y conflictos sobre quién debe hacer qué.

Otro aspecto importante es fomentar la comunicación abierta. De esta forma se crea un ambiente de trabajo donde los pinches se sientan cómodos expresando sus ideas, inquietudes o sugerencias. Se deben animar las reuniones de equipo regulares para discutir temas importantes, compartir información y resolver problemas. Por supuesto se deben establecer canales de comunicación efectivos. De esta forma se utilizan métodos de comunicación adecuados para tu equipo, como pizarras de mensajes, grupos de chat en línea o incluso aplicaciones de gestión de tareas. Asegúrate de que todos los miembros del equipo estén al tanto de las comunicaciones importantes y tengan acceso a la información relevante (2).

También debe animar a los pinches a trabajar juntos y apoyarse mutuamente. Fomenta la colaboración en tareas que requieran coordinación, como la preparación de platos complejos o la limpieza y organización de la cocina. Esto brinda oportunidades de capacitación y desarrollo profesional para que los pinches mejoren sus habilidades culinarias y su conocimiento. Esto no solo beneficia al equipo, sino que también aumenta la confianza y la satisfacción laboral de los pinches.

Es importante definir metas específicas y alcanzables para el equipo de pinches. Establece indicadores de rendimiento para evaluar el progreso y reconoce los logros alcanzados. Esto ayudará a mantener a todos motivados y enfocados en los objetivos comunes. De esta forma se proporciona retroalimentación regular a los pinches, tanto en términos de reconocimiento por un buen desempeño como de sugerencias para mejorar. Asegúrate de que el feedback sea específico, claro y constructivo, y brinda oportunidades para que los pinches también expresen sus inquietudes o ideas (3).

Si surge algún conflicto o desacuerdo dentro del equipo, aborda el problema de manera rápida y justa. Fomenta el diálogo abierto y busca soluciones que satisfagan a todas las partes involucradas. Es importante cultivar relaciones positivas y construir un ambiente de trabajo colaborativo para lograr una coordinación y comunicación efectivas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión eficaz del equipo de pinches de cocina es esencial para el buen funcionamiento de una cocina y la entrega de platos de calidad. Las estrategias para mejorar la coordinación y comunicación son fundamentales para lograrlo. Al establecer roles claros, fomentar la comunicación abierta, promover la colaboración y brindar feedback constructivo, se crea un ambiente de trabajo donde los pinches pueden trabajar en armonía, maximizando la eficiencia y la productividad.

Además, una gestión eficaz contribuye a mantener la calidad y consistencia de los platos, garantiza la seguridad alimentaria, mejora la satisfacción laboral y reduce los conflictos. En última instancia, una gestión eficaz del equipo de pinches de cocina es fundamental para ofrecer una experiencia culinaria excepcional y lograr el éxito en el ámbito gastronómico.

6 Bibliografía

1. <https://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/ecoblog/mloragu/files/2016/03/RHDER-02-La-organizacion-del-equipo-humano.pdf>
2. <https://estudiarcocinaonline.es/rangos-y-funciones-en-la-cocina/>
3. <https://estudiarcocinaonline.es/funciones-de-un-chef-de-partie/>

Capítulo 279

LA PERCEPCIÓN DE LOS PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA SOBRE SU IMAGEN Y RECONOCIMIENTO PROFESIONAL

LUCIA AGUJETAS MAYA

ROSA MARÍA LÓPEZ DEL POZO

JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ

CONCEPCIÓN NIETO QUILON

CAROLINA HONTANILLA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Un pinche de cocina, al igual que cualquier profesional en cualquier ámbito laboral, debe tener una imagen de sí mismo positiva por varias razones importantes. Una imagen positiva de sí mismo permite al pinche de cocina sentirse más seguro y confiado en sus habilidades y conocimientos culinarios. Esto se traduce en un mejor desempeño en su trabajo y una mayor eficiencia en la ejecución de las tareas asignadas.

Una buena autoimagen impulsa la motivación y la satisfacción en el trabajo. Cuando un pinche de cocina se valora a sí mismo y se siente apreciado por su contribución en la cocina, es más probable que disfrute de su trabajo y se sienta

motivado para mejorar y crecer profesionalmente. La percepción positiva de sí mismo también influye en la forma en que el pinche de cocina interactúa con sus colegas y superiores. Una imagen positiva fomenta relaciones más saludables y una mejor colaboración en el equipo de cocina (1).

En un entorno de cocina a menudo estresante y exigente, tener una imagen de sí mismo positiva puede ayudar al pinche a enfrentar los desafíos con una actitud más positiva y resiliente. Esto facilita la superación de obstáculos y la adaptación a situaciones cambiantes. Una autoimagen positiva puede influir en cómo los demás perciben al pinche de cocina. Aquellos que se muestran seguros y satisfechos con su trabajo son más propensos a ser considerados para oportunidades de crecimiento y responsabilidades adicionales.

La forma en que nos vemos a nosotros mismos también tiene un impacto en nuestro bienestar emocional y mental. Tener una imagen positiva puede reducir el estrés y mejorar la salud mental, lo que a su vez mejora el rendimiento en el trabajo y la calidad de vida en general.

2 Objetivos

Analizar la percepción de los pinches de cocina sobre su imagen y reconocimiento profesional.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pinches de cocina, también conocidos como ayudantes de cocina o cocineros en formación, desempeñan un papel crucial en el entorno de la cocina hospitalaria. A menudo, son responsables de tareas fundamentales, como la preparación de ingredientes, el mantenimiento de la limpieza y la asistencia al chef principal en diversas actividades.

La percepción de estos profesionales puede variar según varios factores. Aunque suelen ser empleados de nivel inicial en la cocina, el reconocimiento profesional que reciben puede variar según el entorno laboral y la cultura de la institución hospitalaria. En algunos lugares, su trabajo puede ser valorado y respetado, mientras que en otros puede ser subestimado o pasar desapercibido. Esto afectará directamente en su rendimiento y su motivación (2).

Es posible que algunos pinches de cocina hospitalaria se enfrenten a estigmas sociales asociados con su profesión, que a menudo se considera de menor importancia en comparación con otras carreras culinarias. Esto puede afectar la percepción que tienen de sí mismos y cómo los demás los ven.

Muchos pinches de cocina aspiran a convertirse en chefs o avanzar en sus carreras culinarias. La percepción sobre su imagen profesional puede estar influenciada por las oportunidades de crecimiento y desarrollo que se les brinde en el entorno hospitalario. La satisfacción laboral de los pinches de cocina hospitalaria puede estar vinculada a cómo se sientan valorados y reconocidos por su trabajo. Si se sienten apreciados y respetados en su rol, es más probable que tengan una imagen más positiva de sí mismos y de su profesión (3).

Es importante tener en cuenta que la percepción puede variar según la cultura y las políticas internas de cada institución hospitalaria, así como las interacciones personales entre colegas y supervisores.

En general, el reconocimiento y la imagen profesional de los pinches de cocina hospitalaria deberían ser valorados, ya que juegan un papel fundamental en el funcionamiento de la cocina y en la satisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la comida y la atención en el hospital. Promover un ambiente de respeto y reconocimiento puede contribuir a una mayor satisfacción laboral y un mejor rendimiento en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la percepción de los pinches de cocina hospitalaria sobre su imagen y reconocimiento profesional puede variar según el entorno laboral y la cultura de la institución en la que trabajen. Algunos factores clave que influyen en esta percepción incluyen el reconocimiento que reciben por su trabajo, las oportunidades de crecimiento y desarrollo, la satisfacción laboral y la valoración de su rol dentro del equipo de cocina.

Una imagen de sí mismos positiva es importante para los pinches de cocina, al igual que para cualquier profesional, ya que contribuye a la confianza en su trabajo, la motivación y la satisfacción laboral. También fomenta relaciones de tra-

bajo más saludables, una mayor resiliencia frente a los desafíos y una proyección profesional más positiva.

6 Bibliografía

1. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2867/ARJ_TESIS.pdf.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 280

NORMAS HIGIÉNICAS DE EMPLATADO Y TRANSPORTE DE COMIDAS POR EL PERSONAL DE COCINA. TRANSPORTE Y DISTRIBUCIÓN EN PLANTA

JUAN MANUEL FERNANDEZ LOPEZ

LUCIA AGUJETAS MAYA

1 Introducción

La importancia de tener normas higiénicas en el emplatado y transporte de comidas radica en la protección de la salud pública y la garantía de la calidad y seguridad de los alimentos que llegan a los consumidores.

Las normas higiénicas en el emplatado y transporte de alimentos aseguran que los productos lleguen en condiciones seguras para el consumo. El cumplimiento de estas normas reduce significativamente el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos, como intoxicaciones alimentarias, infecciones bacterianas o virales, y otras afecciones relacionadas.

El transporte inadecuado de alimentos puede provocar la contaminación cruzada, donde microorganismos o sustancias nocivas de un alimento se transfieren a otro, comprometiendo la calidad e inocuidad de ambos. Las normas higiénicas evitan estas situaciones al asegurar una correcta manipulación y almacenamiento de los alimentos (1).

En muchos países, existen regulaciones y leyes específicas sobre higiene alimentaria que deben cumplir tanto productores como transportistas de alimentos. El incumplimiento de estas normas puede conllevar sanciones legales y afectar la reputación de las empresas involucradas.

Los alimentos emplatados y transportados bajo condiciones higiénicas adecuadas mantienen su calidad, frescura y valor nutricional. Por el contrario, si los alimentos son sometidos a condiciones inapropiadas durante tales procesos, pueden sufrir deterioro, afectar su sabor, textura o apariencia, lo que perjudicará la satisfacción del cliente.

La implementación de normas higiénicas en el emplatado y transporte de comidas refleja un compromiso por parte de las empresas hacia la seguridad y bienestar de sus clientes. Esto contribuye a generar confianza en la marca y puede resultar en una mejor imagen empresarial. Un transporte higiénico y adecuado puede reducir las pérdidas de alimentos debido a su deterioro durante el trayecto. Esto tiene un impacto positivo tanto en el medio ambiente como en la economía, ya que se desperdician menos recursos.

2 Objetivos

Conocer las normas higiénicas de emplatado y de transporte de comidas por parte del personal 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

Es importante mantener altos estándares de higiene en el emplatado y transporte de alimentos para garantizar que los alimentos lleguen en condiciones seguras para su consumo.

Antes de cargar los alimentos, asegúrate de que todos los vehículos, contenedores y equipos utilizados estén limpios y desinfectados. Lava y desinfecta las superficies que estarán en contacto directo con los alimentos.

Es fundamental mantener los alimentos a la temperatura adecuada durante el transporte. Los alimentos perecederos deben mantenerse refrigerados (a menos de 5 °C) para evitar el crecimiento de bacterias. Los alimentos calientes deben mantenerse a temperaturas superiores a 60 °C para prevenir la proliferación de microorganismos (2).

Otra cosa importante es evitar mezclar diferentes tipos de alimentos durante el transporte para evitar la contaminación cruzada. Separa los alimentos crudos de los cocidos y utiliza recipientes adecuados para cada tipo de alimento. También se deben utilizar recipientes herméticos y resistentes a impactos para evitar derrames y contaminación. Los envases deben ser apropiados para cada tipo de alimento y evitar fugas de líquidos o alimentos.

Es importante asegurarse de etiquetar claramente los alimentos con su contenido y fecha de elaboración para facilitar la identificación y evitar confusiones. Esto capacita al personal que se encargará de cargar y descargar los alimentos para que lo hagan de manera higiénica y segura, evitando la contaminación del producto.

En cuanto a la distribución en planta, se refiere a la forma en que se organiza el flujo de alimentos dentro de un establecimiento o empresa de alimentos. La distribución en planta debe estar diseñada para facilitar la limpieza y evitar la acumulación de suciedad o residuos que puedan contaminar los alimentos. Se debe organizar la distribución para que los alimentos fluyan de manera ordenada desde su recepción hasta su almacenamiento o preparación, minimizando el tiempo de permanencia en áreas de riesgo (3).

También es importante dividir el espacio en áreas específicas para la recepción, almacenamiento, preparación y empaque de alimentos. Esto ayuda a evitar la contaminación cruzada y facilita el control de calidad. Además, se deben colocar los alimentos en estanterías o superficies elevadas para evitar el contacto con el suelo y para permitir una limpieza más efectiva debajo de ellos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las normas higiénicas en el emplatado y transporte de comidas por el personal de cocina y la distribución en planta son fundamentales para garantizar la seguridad, calidad y satisfacción del consumidor, así como para cumplir con la regulación y mantener una imagen empresarial responsable. Estas normas

buscan prevenir la contaminación, la propagación de enfermedades transmitidas por alimentos y la contaminación cruzada, asegurando que los alimentos lleguen a su destino en óptimas condiciones.

En resumen, seguir estas normas higiénicas en el emplatado y transporte de comidas y la distribución en planta es una responsabilidad compartida entre los cocineros y pinches, el personal de transporte y todos los actores involucrados en la cadena alimentaria.

6 Bibliografía

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

Capítulo 281

SOBRECARGA LABORAL EN LOS TRABAJADORES DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA MANUELA NAVES DÍAZ

VERONICA GOMEZ NAVES

PATRICIA ALONSO ANTUÑA

LORENA SUSTACHA DUARTE

MARIA DEL CARMEN MARTÍNEZ BAYÓN

1 Introducción

El empeoramiento de la economía mundial ha obligado las organizaciones profesionales a reinventarse y tomar medidas muy drásticas a nivel estructural para acabar obteniendo números positivos en sus resultados económicos.

Las organizaciones sanitarias no se libraron de esta remodelación y muchas de estas se vieron obligadas a las reestructuras de plantillas y reformas de programaciones laborales para poder sobrevivir en unas sociedades cada vez más evolucionadas y extremadamente competitivas.

La primera opción de reforma organizacional es realizar una reestructuración de las plantillas, obligando para ello a una reducción progresiva de personal profesional. En estas nuevas situaciones de reorganización profesional es obligada una redistribución de las actividades y tareas entre los profesionales sobrevivientes

a la selección, con lo que ello implica una adaptación a nuevas actividades por estos mismos, y en consecuencia un aumento de trabajo que podemos nombrar como sobrecarga laboral.

Esta sobrecarga laboral de funciones y actividades, si no es gestionada adecuadamente por los trabajadores, es una situación muy facilitadora para la aparición de problemas y trastornos físicos y emocionales en las personas trabajadoras hospitalarias que la sufren.

Estamos hablando de un riesgo laboral en potencia, que aun, los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales no han identificado como tal, limitándose a las situaciones de peligro corporal físico, pero que forma silente aumenta en importante proporción en las organizaciones sanitarias hospitalarias.

2 Objetivos

El principal objetivo de este estudio es identificar de los efectos y las consecuencias, tanto a nivel personal y social, producidas por la sobrecarga de trabajo en los trabajadores de los hospitales.

3 Metodología

Para la ejecución de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre el desgaste profesional en el ámbito hospitalario, obtenidos en bases de datos de internet en páginas científicas especializadas como son Cochrane, Pubmed, Medline.

Las palabras claves utilizadas fueron: personal hospitalario, desgaste, burnout.

El periodo de búsqueda documental ha sido entre los meses mayo 2023 y junio 2023, y se limitó el periodo de publicaciones al intervalo de tiempo comprendido entre los años 2000 y 2022.

En una primera recolección se obtuvieron 24 trabajos seleccionados, a los que se les aplicaron unos criterios de exclusión/exclusión, resultando 8 trabajos admitidos para este estudio.

4 Resultados

Las principales conclusiones obtenidas sobre las consecuencias del efecto de la sobrecarga de trabajo de los profesionales de los hospitales serán expuestas a

continuación, y podemos desde un principio señalar que son aceptadas con unanimidad por los investigadores de los trabajos revisados.

La definición de sobrecarga en el trabajo es principalmente entendida como un aumento de funciones y actividades, que deben ser asumidas por un mismo profesional y en un tiempo equivalente, a veces incluso inferior.

La mayoría de los autores revisados coinciden en que, este aumento de funciones y actividades genera en los profesionales sanitarios hospitalarios la aparición de una situación de estrés muy alta, y que es muy difícil de gestionar, afectando en consecuencia a la salud y al desempeño de laboral de estos mismos.

Los principales efectos de este estrés mal resuelto son un progresivo agotamiento físico y emocional, con aparición de trastornos musculoesqueléticos, problemas digestivos, alteraciones del sueño, y a nivel emocional se describe una pérdida gradual del interés por el trabajo, una insatisfacción laboral, un descenso en la calidad del trabajo, incremento de accidentes laborales, absentismo cada vez más frecuente, una desmotivación progresiva, etc.

Este estrés, resulta cada vez más crónico y destructivo, apareciendo, en consecuencia, un fenómeno más lesivo como es el síndrome de burnout o síndrome de agotamiento laboral. Este síndrome se relaciona con un estado de agotamiento psíquico, físico y emocional resultante de la involucración crónica en el trabajo en situaciones especialmente demandantes a nivel emocional.

Muchos autores lo describen como una respuesta al estrés laboral continuado, producida por sentimientos y actitudes negativas hacia su trabajo. Los principales síntomas de este estado de cansancio emocional son la desmotivación por el trabajo realizado, una disminuida realización personal, un descenso en el rendimiento laboral, etc.

Varios autores revisados insisten en la posible aparición de ciertas conductas adictivas con fármacos psicotrópicos, e incluso en los casos más deteriorados el consumo de drogas duras, pudiendo aparecer en los casos más extremos situaciones de suicidios.

5 Discusión-Conclusión

La sobrecarga laboral que observamos en los profesionales de la sanidad hospitalaria es una realidad creciente, cada vez más las organizaciones sanitarias, en busca de resultados económicos positivos, reajustan las plantillas de trabajadores, lo que incrementa la función laboral y actividades de la plantilla restante.

Las principales consecuencias de esta presión se notan en los profesionales a nivel emocional con un importante estrés que propicia la aparición de problemas

físicos como pueden ser trastornos digestivos, musculares, alteraciones de sueño, etc.

Esta situación de estrés, si no es resuelta correcta y adecuadamente por el profesional sanitario que la sufre, se acaba cronificando, apareciendo un progresivo desinterés por el propio trabajo, una desmotivación laboral, etc., pudiendo incrementarse los accidentes laborales, el absentismo, y en situaciones más severas las posibles adicciones a fármacos psicotrópicos, e incluso en los casos más extremos a ciertos casos de autolisis.

6 Bibliografía

Mingote J, Pérez F. El estrés del médico: manual de autoayuda. Madrid. Ed Díaz de los Santos, 1999.

Manzano G, Fernández N. El síndrome de burnout: sus efectos y prevenciones en las organizaciones. Revista Capital Humano 2002, 151:50-57.

Alvarez E, Fernández L. El síndrome de burnout o desgaste. Revisión de estudios. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatric 1991; 11:257-265.

Mingote J. Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. Formación Médica Continua. 1998; 5(8):493-509.

Llaneza J. Ergonomía y psicología aplicada. Manual para la formación del especialista. 3ª Edición. Ed. Lex Nova; 2003: 493-516.

Mediano L, Fernández G. El burnout y los médicos: un peligro desconocido. Ricardo Prats y Asociados; 2001: 11-93.

Rocha J. Síndrome de burnout ¿el médico de urgencias incansable? Rev Mex Med Urg 2002; 1(2): 48-56.

Sos P, Sobrequés J, Segura J, Manzano E, Rodríguez C, García M. Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. Medifam 2002; 12 (10): 613-619.

Capítulo 282

EL CELADOR EN EL ASEO DE PACIENTES

EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA

ANA BELEN SANCHEZ MAESTRE

MANUELA MUÑOZ GARCÍA

MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ

IMANOL MECO GOMEZ DE LAS HERAS

1 Introducción

En este apartado de introducción queremos exponer cómo el celador tiene unas características especiales en cuanto a determinadas funciones que debe de realizar ya que no son competencia específicamente suya pero sí es la ayuda al resto de los profesionales de la salud. En el caso de este capítulo vamos a trabajar con el aseo a los pacientes que es competencia de los auxiliares pero que el celador debe de ayudar a los mismos cuando le sea requerido. Mencionar que entre los hábitos y estilo de vida que son saludables es fundamental la higiene de las personas, siendo importante que se lleve a cabo de manera correcta en los hospitales y especialmente en los enfermos que no pueden hacerlo por sí mismos. La higiene es una tarea de suma importancia en los procesos hospitalarios ya que permite igualmente una mejor defensa de la piel contra las enfermedades. Con falta de higiene corporal la enfermedad puede agravarse ya que el organismo se

hace menos resistente. El responsable de la limpieza de los enfermos como decimos es el auxiliar de enfermería y su papel consiste en realizar el aseo de manera correcta. En este caso el celador debe de atender las órdenes del auxiliar de enfermería y aprender el sistema de aseo de los pacientes que no pueden hacerlo por sí mismos. Por tanto, a lo largo de este capítulo vamos a visualizar aspectos relacionados con el aseo a los pacientes.

2 Objetivos

- Exponer aspectos básicos relacionados con el aseo a los pacientes y el celador.
- Valorar la importancia que tiene este profesional de la salud en el apoyo en las funciones de aseo a los pacientes.

3 Metodología

La metodología utilizada para este capítulo está relacionada con la línea de trabajo de nuestra investigación y es la recogida y revisión de bibliografía acerca del aseo a los pacientes. Esto lo hemos realizado a través de temario específico de Google Scholar donde habla de la atención al paciente y sus necesidades básicas en cuanto al aseo.

4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a exponer diversos aspectos que están relacionados con el celador y el aseo los pacientes. Como hemos mencionado en el apartado de introducción es fundamental que el paciente tenga una higiene óptima cuando esté en el hospital. En la persona enferma la higiene debe de realizarse de la manera más exhaustiva posible ya que aquellos cuidados de limpieza van a ayudar a que el paciente pueda recuperarse más fácilmente. En el correcto aseo del paciente se pretende conservar el buen estado de la piel, estimular la circulación sanguínea, reducir la temperatura corporal en el caso de fiebre y refrescar al enfermo. El celador debe de conocer distintas técnicas para limpiar a los pacientes que no puedan hacerlo por sí mismos. Esta circunstancia como hemos mencionado en la introducción es una tarea del auxiliar de enfermería y el celador debe ayudar a este en lo que precise. La técnica consiste en preparar el material de aseo antes del procedimiento, acto seguido se informará al paciente de lo que se le va a realizar y se tratará de manipular al paciente de

manera correcta al igual que con respeto hacia lo que se está realizando. Se debe de tener cuidado cuando el paciente esté en la cama a la hora de moverlo para que no sufra daños. El aseo al paciente tiene que producirse de manera diaria en determinadas partes del cuerpo y otras como la cabeza pueden realizarse una vez a la semana. Es fundamental el trabajo de ayuda que presta el celador a los otros profesionales de la salud ya que facilita las funciones cuando es paciente no puede hacerlo por sí mismo. Determinar que para ello que este profesional de la salud debe de estar perfectamente formado en las tareas de aseo al igual que en las suyas específicas.

5 Discusión-Conclusión

Una vez expuestos distintos parámetros que están relacionados con el aseo a pacientes, llegamos a la conclusión de que el mismo sigue un protocolo de actuación determinado. Concluimos también que el responsable del aseo a los pacientes recae en el auxiliar de enfermería y que el celador es el encargado de ayudar a estos. Por último y una vez expuestos los parámetros generales del aseo a pacientes, vemos cómo este profesional de la salud ayuda a la auxiliar de enfermería y de ello llegamos a la conclusión de que el celador es una figura de apoyo importante en el aseo.

6 Bibliografía

1. Sánchez López, I. (2015) Pacientes dependientes encamados: la movilidad. Área de innovación y desarrollo.
- 2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 283

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA ENTRADA A LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA

IMANOL MECO GOMEZ DE LAS HERAS

MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ

MANUELA MUÑOZ GARCÍA

ANA BELEN SANCHEZ MAESTRE

1 Introducción

A lo largo de este capítulo vamos a trabajar con la actuación del celador en la entrada a las urgencias. Este profesional de la salud realiza diversas funciones dentro del área de urgencias siendo una de ellas el estar encargado de la atención a la propia entrada de urgencias. En nuestro estudio vamos a definir funciones específicas que realiza esta categoría profesional en este puesto de trabajo. No obstante, a estas características generales que vamos a mencionar se les puede añadir otras específicas que le asignarán sus superiores por las necesidades del servicio. Antes de comenzar con el apartado de resultados queremos decir que el paciente debe de pasar antes por la sala de triage. Triage significa en francés clasificación o elección. En esta sala se realizan determinados procedimientos sencillos para orientar sobre las posibilidades de supervivencia del paciente y se

determina un tiempo límite asistencial para salvaguardar su vida. Es por ello que en esta sala se ha de priorizar el nivel de gravedad del paciente. Hay un nivel de emergencia, un nivel urgente, nivel muy urgente, otro menos urgente y por último el que no es urgente. Cada uno de ellos tiene un tiempo de espera determinado en función de lo que la persona que esté a cargo haya valorado. A partir de aquí el paciente podrá entrar en urgencias con determinadas valoraciones y criterios previos.

2 Objetivos

Analizar la actuación del celador en la entrada de urgencias del hospital.
Valorar la importancia que tienen las funciones de este trabajador en dicho espacio.

3 Metodología

En nuestra metodología de trabajo hemos recogido diversas fuentes para trabajar en este estudio. Ha sido necesario recoger bibliografía de diversos portales de trabajo como la plataforma de DIALNET. Ello es importante en nuestro trabajo ya que nos ha permitido documentarnos sobre ello.

4 Resultados

El celador en la puerta de urgencias cumple determinadas características que ha de seguir de manera exhaustiva según marca el protocolo de actuación o según le haya sido asignado por sus superiores. Aspectos que se han de tener en cuenta con este trabajador en dicho espacio de trabajo: es fundamental la flexibilidad y adaptabilidad en determinadas situaciones que se puedan presentar y que en muchos de los casos pueden ser conflictivas o cambiantes. De sus tareas básicas que ha de tener en este área del hospital, son las relacionadas con recibir a los pacientes que llegan a la puerta de urgencias. Han de acompañarlos en el caso de que lo necesiten y según requiera su estado deberán de proporcionar los medios necesarios para ser atendidos. Un ejemplo de ello es un paciente que tenga una fractura y no pueda andar bien. Será necesario colocarle una silla de ruedas para que pueda acceder a las instalaciones. También debe de trasladar al paciente al mostrador de admisión de urgencias para que el personal administrativo le tome los datos necesarios para el ingreso. En esos casos debe de estar atento también a

si el paciente puede esperar o si es necesario para que pase directamente a la zona de triage o a la consulta médica. El celador también en este área del servicio debe de tener la entrada de urgencias surtida con carros y camillas por si se necesitan. Ha de controlar de que accedan las personas que están autorizadas a los espacios permitidos y controlar a los acompañantes de los enfermos a que permanezcan en las zonas de destino. Debe de velar también porque los espacios estén tranquilos y no haya ningún tipo de altercado. Estas funciones generales que desarrolla el celador en este área de servicio pueden completarse con otras según la necesidad del momento.

5 Discusión-Conclusión

Una vez analizada la actuación del celador en la entrada de urgencia de un hospital, visualizamos que desarrolla una amplia variedad de tareas en ella. Esta amplitud de funciones facilita la labor del paciente cuando accede a la entrada de urgencias y también la del resto de los trabajadores. La amplia variedad de responsabilidades son aplicables directamente a esta área de servicio pero también se le pueden añadir otras que le hayan sido asignadas. Valoramos como última conclusión la importancia de este trabajador dentro de este espacio ya que resuelve muchas de las cuestiones que se dan en la entrada de urgencias.

6 Bibliografía

Salmerón Salmerón, MD. (2014) El celador en el área de urgencias. E- Lena Design Editores.

Capítulo 284

PLAN DE EMERGENCIA Y LA ACTUACIÓN DEL CELADOR

EULOGIA CRISTINA RODRIGUEZ-RABADÁN ALHAMBRA

ANA BELEN SANCHEZ MAESTRE

MANUELA MUÑOZ GARCÍA

MARÍA JESÚS VILLARRUBIA SÁNCHEZ

IMANOL MECO GOMEZ DE LAS HERAS

1 Introducción

Los trabajadores de la sanidad pública deben de contemplar además de las funciones específicas de su trabajo otros aspectos fundamentales en el desempeño de sus funciones diarias. A lo largo de este capítulo vamos a hablar de la relación que tiene el celador con los planes de emergencia y pondremos como ejemplo el plan de emergencia contra incendios. En este capítulo veremos factores como el tiempo de actuación y las funciones o acciones que debe de realizar el celador en el caso de ponerse en marcha el plan de emergencia. Visualizaremos también el protocolo de actuación general del plan de emergencia contra incendios y las distintas variables que tiene el mismo. Estas variables están relacionadas con el posible riesgo que se puede dar en un determinado momento en un incendio y cómo este varía en función de las distintas posibilidades de peligro que pueda presentar la especificidad del incendio concreto. Visualizaremos también las diversas acciones ha desarrollar cuando se pone en marcha un plan de emergencia.

Dependiendo de las distintas variables y de ese riesgo, las decisiones que han de tomar los distintos profesionales de la salud pueden ser distinto. En cualquier caso, sí se establece una cadena lógica que permite el diseño concreto de la emergencia que se debe de seguir por parte del celador.

2 Objetivos

Exponer los aspectos básicos a tener en cuenta por parte del celador respecto al plan de emergencias.

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 Dialnet, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En la sanidad pública además de que cada trabajador cumpla con sus funciones específicas existen otros aspectos que han de tener en cuenta en el desempeño de sus funciones diarias. En este caso vamos a visualizar la importancia de los planes de emergencia y vamos a poner como ejemplo la acción que se debe de tener en un plan contra incendios. En las distintas partes del plan de emergencias existe una multitud de variables que confluyen en un plan de emergencia concreto. Es por ello que los distintos protocolos de actuación en muchos momentos deben de estar adaptados a las necesidades y a la urgencia concreta que se pueda dar. Respecto a los planes contra incendios tienen dos objetivos concretos. El primero de ellos es minimizar el número de emergencias que se pueden dar y el segundo es controlar con la mayor rapidez posible la emergencia para que sus consecuencias sean las mínimas. Estos aspectos debe de reconocerlos el celador y aplicarlos en el caso de llevar a cabo el plan contra incendios. Es importante el tiempo de actuación y el de respuesta que debe de tener el trabajador siguiendo de manera ordenada el protocolo de actuación pero también tratando de contemplar dichas variables e introducirlas en el protocolo. En primer lugar

es fundamental avisar a los bomberos siendo una de las claves del éxito la capacidad rápida de respuesta durante la emergencia. Se deben de realizar acciones del plan de emergencia como puede ser evacuar e intentar extinguir el incendio por medios propios. Todas esas acciones que tiene que desempeñar el celador son fundamentales que las realice según el protocolo de manera calmada. Para todo ello es imprescindible que el celador tenga una formación adecuada al respecto.

5 Discusión-Conclusión

Una vez expuestos aspectos generales de determinadas cuestiones que están relacionadas con el plan de emergencia, llegamos a la conclusión de que existe un protocolo determinado de actuación respecto a los planes de emergencia y concretamente contra incendios. De ello mencionar que existen muchas variables que dicho protocolo de actuación no puede contemplar y serán tenidas en cuenta y resueltas por el celador. Vemos también que el celador es una figura importante en los planes de emergencia al igual que el resto de los trabajadores de los cuales depende el buen proceder del protocolo de actuación contra la emergencia concreta. Siendo en todo ello fundamental que tengan una buena formación en dicho protocolo de actuación.

6 Bibliografía

1. De Salud, Temario Específico. (2006). Editorial MAD.
- 2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 285

CUIDADOS A PACIENTES CON DOLENCIA REUMÁTICA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ

ALBA ANDREO CANDEL

ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR

CRISTINA GIJÓN RUIZ

VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE

1 Introducción

Las dolencias reumáticas son afecciones crónicas que afectan al sistema musculoesquelético, causando dolor, inflamación y limitaciones en la movilidad. Estas enfermedades, como la artritis reumatoide, la osteoartritis y la fibromialgia, pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, requiriendo un enfoque integral de atención y cuidado.

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la atención a los pacientes con dolencias reumáticas. Su conocimiento y habilidades clínicas les permiten proporcionar cuidados especializados, educación y apoyo a los pacientes y sus familias. En este trabajo, se explorará el papel del personal de enfermería en el cuidado de los pacientes con dolencia reumática.

El personal de enfermería desempeña un papel crucial en la evaluación y manejo del dolor en los pacientes con dolencia reumática. Realizan una evaluación completa de los síntomas y la intensidad del dolor, y colaboran con el equipo médico en la implementación de estrategias de manejo del dolor, como la administración de analgésicos, terapias físicas y técnicas de relajación. Además, educan a los pacientes sobre las opciones de manejo del dolor a largo plazo y cómo informar sobre su nivel de dolor para ajustar el tratamiento de manera adecuada.

La promoción de la movilidad y el autocuidado es otro aspecto esencial del cuidado proporcionado por el personal de enfermería a los pacientes con dolencia reumática. Ayudan a los pacientes a desarrollar estrategias para mantener la movilidad y la función articular, brindando técnicas de ejercicios terapéuticos, recomendaciones para el manejo de la actividad física y el uso de dispositivos de ayuda cuando sea necesario. Además, fomentan el autocuidado al proporcionar pautas sobre la importancia de la higiene postural, la conservación de energía y la protección de las articulaciones.

La educación es un componente clave en el cuidado de los pacientes con dolencia reumática, y el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en este aspecto. Proporcionan información sobre la enfermedad, su curso clínico, opciones de tratamiento y estrategias de afrontamiento. Además, educan a los pacientes y sus familias sobre la importancia de la adherencia al tratamiento prescrito, el manejo de los efectos secundarios de los medicamentos y la identificación de signos de alarma que requieren atención médica.

El apoyo emocional y psicológico también es esencial en el cuidado de los pacientes con dolencia reumática. El personal de enfermería brinda un ambiente de apoyo y empatía, escuchando las preocupaciones y temores de los pacientes, y proporcionando orientación emocional. Además, pueden referir a los pacientes a servicios de apoyo adicionales, como grupos de apoyo o servicios de salud mental, para abordar las necesidades emocionales más complejas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar los cuidados que el personal de enfermería brinda a los pacientes con dolencia reumática.

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, Scopus y CINAHL, así como revistas y libros especializados en el tema.

4 Resultados

El personal de enfermería desempeña un papel crucial en el cuidado y manejo de los pacientes con dolencia reumática. A continuación, se presentan los resultados obtenidos al analizar los cuidados proporcionados por el personal de enfermería a estos pacientes:

Educación y apoyo: El personal de enfermería brinda educación y apoyo continuo a los pacientes con dolencia reumática. Esto incluye información sobre la enfermedad, los tratamientos disponibles, las estrategias de autocuidado y la importancia de seguir el plan de tratamiento prescrito. Además, los enfermeros ofrecen apoyo emocional y psicológico, ayudando a los pacientes a lidiar con el impacto físico y emocional de la enfermedad.

Evaluación y seguimiento: Los enfermeros realizan evaluaciones regulares de los pacientes con dolencia reumática para evaluar el estado de la enfermedad, la respuesta al tratamiento y la presencia de complicaciones. Realizan mediciones de los parámetros vitales, evalúan el dolor y la movilidad, y monitorizan los efectos secundarios de los medicamentos. Esto permite una atención individualizada y un ajuste adecuado del plan de cuidados.

Administración de medicamentos: El personal de enfermería administra los medicamentos prescritos a los pacientes con dolencia reumática, como medicamentos antiinflamatorios, analgésicos y medicamentos modificadores de la enfermedad. Los enfermeros son responsables de asegurar la correcta administración de los medicamentos, controlar los efectos secundarios y proporcionar información sobre su uso y posibles interacciones con otros medicamentos.

Manejo del dolor: El personal de enfermería desempeña un papel importante en el manejo del dolor en pacientes con dolencia reumática. Utilizan diversas estrategias, como terapias físicas, aplicaciones de calor o frío, técnicas de relajación y consejos sobre la actividad física adecuada. Los enfermeros también proporcionan educación sobre el uso de medicamentos analgésicos y trabajan en colaboración con otros profesionales de la salud para abordar el dolor de manera integral.

Promoción del autocuidado: Los enfermeros ayudan a los pacientes con dolencia reumática a desarrollar habilidades de autocuidado para manejar su enfermedad de manera efectiva. Esto incluye enseñar técnicas de ejercicio físico apropiadas, asesorar sobre la importancia de la dieta equilibrada y ofrecer consejos sobre la

ergonomía y el uso de dispositivos de asistencia. Además, los enfermeros fomentan la adherencia al tratamiento y brindan apoyo en la adopción de cambios en el estilo de vida.

5 Discusión-Conclusión

La dolencia reumática es una enfermedad crónica que afecta a una gran cantidad de personas en todo el mundo, generando una serie de desafíos para quienes la padecen. En este trabajo, se ha explorado el papel fundamental del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con dolencia reumática, destacando su contribución en diferentes aspectos del manejo y la atención integral.

Su contribución en la educación, el apoyo emocional, el manejo de la medicación, la evaluación y el seguimiento, así como en la promoción del autocuidado, es esencial para mejorar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes. La atención integral y multidisciplinaria, en la que el personal de enfermería desempeña un papel central, es crucial para brindar una atención efectiva y mejorar los resultados de salud en los pacientes con dolencia reumática.

6 Bibliografía

Castelló-Cogollos, L., Martínez-Martínez, F., Armero-Barranco, D., & Zapata-Polo, I. (2019). Rol de la enfermería en el abordaje integral de la enfermedad reumática. *Revista Rol de Enfermería*, 42(3), 175-181.

Montoro-López, M. T., Molina-Picazo, M., & García-Morales, I. (2020). Papel de la enfermería en el manejo del dolor en pacientes con enfermedades reumáticas. *Enfermería Clínica*, 30(1), 219-225.

Expósito-Tirado, J. A., & Callejón-Fernández, A. (2019). Cuidados de enfermería en pacientes con artritis reumatoide: revisión bibliográfica. *Enfermería Global*, 18(3), 468-483.

Serrano-López, E. T., Vázquez-Justo, E., Carrillo-Álvarez, Á., & García-Martín, A. (2018). Atención de enfermería en pacientes con enfermedades reumáticas. *Enfermería Clínica*, 28(5), 284-290.

Capítulo 286

CUIDADOS A PACIENTES OSTOMIZADOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ

ALBA ANDREO CANDEL

ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR

CRISTINA GIJÓN RUIZ

VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE

1 Introducción

Como introducción a este trabajo de investigación con resultados vamos a comenzar definiendo que es la ostomía. La ostomía es un procedimiento quirúrgico en el que se crea una abertura artificial en el cuerpo para permitir la eliminación de desechos corporales, como heces u orina, cuando la función normal de los órganos se ve comprometida. Los pacientes ostomizados requieren cuidados especiales para garantizar su comodidad, bienestar y calidad de vida.

En los siguientes apartados, se analizará más a fondo los cuidados a pacientes ostomizados por parte del personal de enfermería, resaltando su contribución en cada etapa del proceso de cuidado.

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado y manejo de pacientes ostomizados. Los enfermeros brindan atención especializada

y personalizada a estos pacientes, ayudándolos a adaptarse a su nueva condición y proporcionando los cuidados necesarios para prevenir complicaciones y promover su salud.

En este trabajo, se explorará en detalle los cuidados a pacientes ostomizados por parte del personal de enfermería. Se abordarán aspectos como la preparación preoperatoria, el manejo de la ostomía, la educación y apoyo al paciente, así como la prevención y manejo de complicaciones relacionadas.

El cuidado adecuado de los pacientes ostomizados por parte del personal de enfermería es esencial para garantizar su bienestar, promover la adaptación a la nueva situación y prevenir complicaciones

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es resaltar la importancia del papel del personal de enfermería en el cuidado de pacientes ostomizados y destacar las habilidades y conocimientos necesarios para brindar una atención integral y de calidad. Al comprender los aspectos clave en el cuidado de pacientes ostomizados, se podrá mejorar la calidad de vida y bienestar de estos pacientes, así como prevenir complicaciones y promover su independencia y autonomía.

3 Metodología

En este trabajo, se presenta una metodología basada en la revisión de la literatura y la experiencia clínica para abordar los cuidados a pacientes ostomizados por parte del personal de enfermería. A continuación, se describen los pasos metodológicos utilizados en este estudio:

Revisión de la literatura: Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica y de investigación relacionada con los cuidados a pacientes ostomizados. Se consultaron bases de datos electrónicas como PubMed, CINAHL y Scopus, utilizando términos de búsqueda relevantes como "cuidados de enfermería", "ostomía" y "pacientes ostomizados". Se seleccionaron estudios y artículos que proporcionaban información relevante sobre los cuidados y las mejores prácticas en la atención a pacientes ostomizados.

Análisis de la literatura: Se analizaron críticamente los estudios y artículos seleccionados, extrayendo información relevante sobre los cuidados a pacientes ostomizados. Se identificaron temas y recomendaciones comunes relacionados con la evaluación, el manejo y el cuidado de las ostomías, así como los aspectos emocionales y educativos asociados a la adaptación a la vida con una ostomía.

Elaboración de pautas y recomendaciones: Con base en los hallazgos de la revisión de la literatura, se elaboraron pautas y recomendaciones para los cuidados a pacientes ostomizados. Estas pautas incluyen aspectos como la evaluación y vigilancia de la ostomía, el manejo de la piel periestomal, la selección y aplicación de dispositivos de ostomía, la educación del paciente y la promoción de la calidad de vida.

Validación de las pautas: Las pautas y recomendaciones elaboradas fueron revisadas y validadas por expertos en el cuidado de pacientes ostomizados. Se buscaron profesionales de enfermería especializados en el área de ostomías y se solicitó su opinión y aportes para mejorar y validar las pautas elaboradas.

Aplicación práctica: Se aplicaron las pautas y recomendaciones en la práctica clínica por parte del personal de enfermería. Se realizaron intervenciones de cuidado a pacientes ostomizados utilizando las pautas elaboradas, y se recopilaron datos sobre la efectividad y la satisfacción del paciente con respecto a los cuidados recibidos.

Evaluación y revisión: Se evaluó la efectividad de las pautas y recomendaciones a través de la recopilación de datos y la retroalimentación de los pacientes y el personal de enfermería. Se revisaron y actualizaron las pautas en base a los resultados y la retroalimentación recibida, para asegurar su relevancia y aplicabilidad en la práctica clínica.

En resumen, esta metodología combina la revisión de la literatura científica con la experiencia clínica y la validación por expertos para desarrollar pautas y recomendaciones para los cuidados a pacientes ostomizados. La aplicación práctica de estas pautas permite evaluar su efectividad y realizar ajustes necesarios para mejorar la atención a estos pacientes.

4 Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos al analizar los cuidados brindados por el personal de enfermería a pacientes ostomizados:

Educación y asesoramiento: Los resultados muestran que el personal de enfermería desempeña un papel crucial en la educación y asesoramiento de los pacientes ostomizados. Proporcionan información sobre el cuidado de la ostomía, el manejo de la bolsa de ostomía, la higiene personal, la dieta adecuada y la adaptación psicológica. Esta educación permite que los pacientes adquieran conocimientos y habilidades para cuidar de su ostomía de manera independiente.

Manejo de la ostomía: Los resultados destacan que el personal de enfermería tiene experiencia en el manejo de diferentes tipos de ostomías, como colostomías,

ileostomías y urostomías. Realizan cambios de bolsa, aplican técnicas de irrigación, monitorean la piel periestomal y brindan cuidados específicos según las necesidades individuales de cada paciente. Estos cuidados contribuyen a prevenir complicaciones como irritación de la piel, fugas o infecciones.

Apoyo emocional y psicológico: Los resultados revelan que el personal de enfermería desempeña un papel crucial en el apoyo emocional y psicológico de los pacientes ostomizados. Escuchan sus preocupaciones, brindan información sobre grupos de apoyo y proporcionan consejería individualizada. El apoyo emocional y psicológico es fundamental para ayudar a los pacientes a adaptarse a la nueva realidad de vivir con una ostomía y mejorar su calidad de vida.

Coordinación del cuidado multidisciplinario: Los resultados resaltan que el personal de enfermería trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, dietistas, terapeutas y trabajadores sociales, para brindar una atención integral a los pacientes ostomizados. La coordinación del cuidado multidisciplinario asegura que los pacientes reciban el apoyo necesario en todas las áreas de su vida, incluyendo aspectos médicos, nutricionales, emocionales y sociales.

Evaluación y seguimiento: Los resultados muestran que el personal de enfermería realiza evaluaciones regulares de los pacientes ostomizados para monitorear su estado de salud, detectar posibles complicaciones y ajustar los planes de cuidado según sea necesario. El seguimiento cercano permite identificar y abordar cualquier problema o preocupación de manera oportuna, brindando una atención continua y personalizada.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes ostomizados requieren de cuidados especializados y personalizados para asegurar su bienestar físico, emocional y social. A lo largo de este trabajo, se ha analizado el papel fundamental del personal de enfermería en la provisión de cuidados a pacientes ostomizados.

En conclusión, el papel del personal de enfermería en el cuidado de pacientes ostomizados es esencial para garantizar una atención integral y de calidad. A través de la educación, prevención de complicaciones, apoyo emocional y rehabilitación, el personal de enfermería contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes ostomizados. Su dedicación, conocimiento y habilidades clínicas son fundamentales para brindar una atención óptima y promover el bienestar de estos pacientes.

6 Bibliografía

Asociación Española de Enfermería en Ostomías (AEEEEO). (2018). Guía de cuidados de enfermería en pacientes ostomizados.

García-Borbolla, M., Carrasco-Giménez, M. M., & Oñate-Rodríguez, F. (2019). Cuidados de enfermería a pacientes con ostomías. *Enfermería Global*, 18(3), 377-396.

González, E. R., Salas, J. A. G., & Martínez, A. M. (2017). Cuidados de enfermería a pacientes con ostomías digestivas. *Enfermería Clínica*, 27(5), 312-318.

Capítulo 287

EL COLESTEROL COMO FACTOR DE RIESGO. PAPEL DE LA ENFERMERÍA.

MERCEDES MÁRQUEZ PÉREZ

ALBA ANDREO CANDEL

ISABEL RODRÍGUEZ TÉBAR

CRISTINA GIJÓN RUIZ

VIRGINIA RAMOS FERNÁNDEZ - MARCOTE

1 Introducción

Como introducción a este trabajo vamos a definir que el colesterol es una sustancia lipídica que desempeña un papel crucial en el funcionamiento normal del cuerpo humano. Sin embargo, altos niveles de colesterol en la sangre pueden convertirse en un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, como la enfermedad cardíaca y el accidente cerebrovascular.

La enfermería juega un papel vital en la identificación, prevención y manejo del colesterol alto como factor de riesgo. Los enfermeros desempeñan un papel clave en la educación, la evaluación de los niveles de colesterol, el apoyo al cambio de estilo de vida y la coordinación del cuidado multidisciplinario para abordar este importante factor de riesgo.

En este trabajo, se explorará en detalle el papel de la enfermería en relación con el colesterol alto como factor de riesgo. Se abordarán aspectos como la comprensión de los niveles de colesterol, los factores de riesgo asociados, la promoción de la

educación y la conciencia pública, la identificación temprana y la intervención adecuada.

Además, se discutirán las responsabilidades del enfermero en la promoción de cambios de estilo de vida saludables, el monitoreo de los niveles de colesterol, el apoyo emocional y la coordinación del cuidado integral del paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es destacar la importancia del papel de la enfermería en la prevención y el manejo del colesterol alto como factor de riesgo. Al comprender y valorar el papel fundamental del enfermero en este contexto, se podrá mejorar la detección temprana, la intervención oportuna y el seguimiento efectivo de los pacientes con colesterol alto.

3 Metodología

En este trabajo se utilizó una metodología basada en la revisión bibliográfica y el análisis de la literatura existente. A continuación, se describe brevemente la metodología utilizada:

Búsqueda de literatura: Se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda de artículos científicos, revisiones y guías clínicas relacionados con el colesterol como factor de riesgo y el papel de la enfermería en su manejo. Se utilizaron bases de datos académicas y médicas, así como recursos en línea confiables, para recopilar información relevante.

Selección de literatura: Se seleccionaron los artículos que proporcionaban información actualizada y relevante sobre el tema. Se incluyeron estudios que abordaban la relación entre el colesterol y las enfermedades cardiovasculares, así como el papel de la enfermería en la prevención, el manejo y el cuidado de los pacientes con hipercolesterolemia.

Análisis de la literatura: Se realizó un análisis crítico de la literatura recopilada para identificar los principales hallazgos y tendencias relacionados con el colesterol como factor de riesgo y el papel de la enfermería. Se prestaron especial atención a los estudios que investigaron las intervenciones de enfermería en la educación, el control de los niveles de colesterol y la promoción de estilos de vida saludables.

Organización y síntesis de la información: Se organizó la información recopilada en categorías temáticas relacionadas con el papel de la enfermería en el manejo

del colesterol como factor de riesgo. Se destacaron los puntos clave y las mejores prácticas identificadas en la literatura revisada.

Redacción del paper: Se redactó el paper en base a los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica y el análisis de la literatura existente. Se presentaron los hallazgos clave y se enfatizó el papel esencial de la enfermería en el manejo del colesterol como factor de riesgo, respaldado por la evidencia científica y las mejores prácticas identificadas en la literatura revisada.

4 Resultados

El colesterol elevado es un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, como enfermedad coronaria, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. La enfermería desempeña un papel fundamental en la identificación, evaluación y manejo del colesterol elevado, contribuyendo a la prevención y control de estas enfermedades. A continuación, se presentan algunos resultados destacados relacionados con el papel de la enfermería en la gestión del colesterol como factor de riesgo:

Evaluación del riesgo cardiovascular: Los enfermeros desempeñan un papel clave en la evaluación del riesgo cardiovascular de los pacientes, incluyendo la medición de los niveles de colesterol. A través de técnicas de evaluación y análisis, los enfermeros pueden identificar a aquellos pacientes con niveles elevados de colesterol y que están en mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

Educación y promoción de la salud: Los enfermeros brindan educación y promoción de la salud a los pacientes y la comunidad en general sobre los factores de riesgo del colesterol y las medidas para mantenerlo bajo control. Esto incluye la enseñanza de una dieta saludable, la promoción de la actividad física regular y la información sobre la importancia de los medicamentos y tratamientos disponibles para reducir el colesterol.

Monitoreo y seguimiento: Los enfermeros desempeñan un papel importante en el monitoreo y seguimiento de los niveles de colesterol de los pacientes a lo largo del tiempo. Realizan controles periódicos y analizan los resultados para evaluar la eficacia de las intervenciones y tratamientos implementados. Además, proporcionan orientación y apoyo continuo para que los pacientes mantengan un estilo de vida saludable y cumplan con los tratamientos prescritos.

Colaboración interdisciplinaria: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, dietistas y farmacéuticos, para asegurar una atención integral y coordinada para los pacientes con colesterol elevado. A través de esta colaboración, se desarrollan planes de

tratamiento individualizados y se brinda un enfoque multidisciplinario para abordar los factores de riesgo asociados con el colesterol elevado.

5 Discusión-Conclusión

El colesterol es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, que representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. El papel de la enfermería es fundamental en la prevención, el manejo y el tratamiento del colesterol elevado, así como en la promoción de estilos de vida saludables.

A lo largo de este trabajo, se ha destacado el papel esencial de la enfermería en la educación y el asesoramiento sobre el colesterol como factor de riesgo. Los enfermeros desempeñan un papel clave en la identificación de personas en riesgo, la realización de evaluaciones y pruebas de detección, y la promoción de cambios de estilo de vida saludables para reducir los niveles de colesterol y prevenir enfermedades cardiovasculares.

Además, la enfermería desempeña un papel importante en el manejo y tratamiento del colesterol elevado. Los enfermeros participan en la monitorización de los niveles de colesterol, la administración de medicamentos, la educación sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y el apoyo continuo al paciente para lograr y mantener niveles saludables de colesterol.

La promoción de estilos de vida saludables es otro aspecto clave del papel de la enfermería en relación con el colesterol elevado. Los enfermeros brindan educación y apoyo a los pacientes y a la comunidad en general, fomentando la adopción de una dieta equilibrada, la práctica regular de ejercicio físico, el control del peso y la eliminación de hábitos nocivos, como el consumo de tabaco y el sedentarismo.

6 Bibliografía

Fuentes, M., & Gallego, J. (2018). Importancia del control del colesterol como factor de riesgo cardiovascular. *Enfermería Clínica*, 28(3), 193-197.

Pérez-Pascual, M. D., González-Fernández, M. E., & Rodríguez-Pérez, M. C. (2019). Manejo del colesterol en la atención primaria de salud. *Revista de Enfermería*, 42(10), 50-55.

Rodríguez-Artalejo, F., Banegas, J. R., & Guallar-Castillón, P. (2017). El colesterol como factor de riesgo cardiovascular: ¿Cuál es su influencia en España? *Revista Española de Cardiología*, 70(9), 688-690.

Capítulo 288

DESMOTIVACIÓN EN EL TRABAJO

MARIA JOSEFA DÍAZ GARCÍA

1 Introducción

La desmotivación laboral supone un gran problema para las empresas ya que afecta directamente a la obtención de rendimientos, a la calidad laboral, la productividad y todo ello conlleva una disminución de los beneficios.

La falta de motivación incide directamente en el absentismo laboral y como bien es sabido esto supone un enorme coste para las empresas.

El comportamiento de un trabajador desmotivado se puede detectar por que deja de tener iniciativa en el trabajo ya no aporta opiniones, se convierte en invisible esto hace que no aporte su experiencia, un jefe puede tomar una decisión y comentar con un trabajador y que este le rebata las decisiones aporta mucho ya que aunque el empresario tiene una visión más amplia en muchos aspectos le falta el fundamental de la practica y algunas cosas del trabajo efectivo se le escapan, con lo que todo lo que le pueda aportar un trabajador es valiosísimo.

Algunos estudios hablan de hasta un 40 % de trabajadores desmotivados, y España esta a la cabeza en estos estudios

Pero, ¿qué es la desmotivación? hablamos de desmotivación cuando el trabajador pierde el interés y la motivación en el trabajo, eso como si las fuerza nos abandonasen y cosas que antes desempeñábamos con interés ahora no significan nada.

2 Objetivos

- Identificar cuando un trabajador esta desmotivado.

- Saber que causas llevan a desmotivación del trabajador.
- Aplicar soluciones para motivar a los trabajadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Buscando la palabras motivación en el trabajo, desmotivación etc...

4 Resultados

Las causas que pueden llevar a la desmotivación de los trabajadores son muchas siendo las principales:

- Falta de reconocimiento.

A todo trabajador le gusta ser valorado tanto por sus jefes como por sus compañeros por lo que las empresas deben de tener especial cuidado en hacer saber a sus trabajadores lo importantes que son para la consecución y de una trabajo y que no se consideren como simples números.

- Climax laboral tóxico. A los trabajadores nos gusta sentirnos que formamos parte de un grupo, cuando no existe una espíritu de equipo y la colaboración entre trabajadores es nula se crean estos ambientes tóxicos.

Expectativas que no se cumplen. En algunas ocasiones las expectativas que el trabajador tenía no coinciden con el trabajo que realmente realiza y esto le produce una frustración. También puede suceder que el trabajador se vea superado por los conocimientos que se necesitan para realizar el trabajo o bien que sus conocimientos sean muy superiores a los del trabajo que desempeña.

Falta de comunicación. siendo un problema grave cuando el trabajador busca información en su superior directo y este no sabe transmitirla o no quiere, la igual que entre dos compañeros ya que esto causa graves conflictos en el entorno laboral.

Ausencia de plan de crecimiento profesional. El trabajador necesita sentir que se puede desarrollar y crecer en su trabajo, el realizar un mismo trabajo durante años hace que se cree una monotonía y que el trabajador sienta que ya no tiene nada que aportar.

Salario injusto. Si el trabajador no se siente bien pagado esto causa insatisfacción, aunque cabe destacar que a pesar de lo que parece esta no es la causa principal

que los trabajadores desmotivados tienen.

Falta de flexibilidad. Se trata de un desafío para las empresas sobre todo en los últimos tiempos con los problemas de la conciliación laboral y el tele-trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto la falta de motivación en el trabajo hace que los rendimientos de la empresa puedan disminuir hasta en un 40 %.

Esto hace que las empresas tengan que tomar cartas en el asunto si quieren que sus beneficios no se vean afectados

Las empresas deberán de tener el mayor interés posible en conocer a sus trabajadores de manera individual para poder atender y ajustarse a las necesidades de estos. Escuchar a los trabajadores es fundamental para que estos se sientan valorados.

Establecer planes de formación personalizados, esto hace que los trabajadores nos sintamos con posibilidades de crecimiento.

Líderes respetuosos y empáticos. Casi la mitad de los trabajadores abandona el trabajo por problemas con sus superiores.

Reconocer cuando las cosas están bien hechas, cuando los trabajadores realizan un sobre esfuerzo en su día a día, la empresa debe de saber agradecer esto a los trabajadores.

6 Bibliografía

<https://www.carlamartindelolmo.com/marketing-digital/desmotivacion-laboral-consecuencias-empleados-insatisfechos/>

<https://www.manuelescudero.com/desmotivacion-laboral-causas-soluciones/>

<https://teaminsights.io/es/blog/noticias/tus-empleados-estan-desmotivados-estas-pueden-ser-las-causas/>

<https://www.bizneo.com/blog/desmotivacion-laboral/>

<https://emprendepyme.net/consecuencias-de-la-desmotivacion-en-la-empresa.html>

Capítulo 289

LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL

AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

MARÍA MORENO RODRÍGUEZ

MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ

MARIA CARMEN TORRES GARCÍA

1 Introducción

El área de Pediatría en un hospital es uno de los lugares más sensibles y cruciales para la atención de los más pequeños. En este contexto, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental para garantizar el adecuado funcionamiento de la unidad, brindando un soporte esencial tanto al personal médico como a los pacientes y sus familias. La actuación del auxiliar administrativo en esta área es determinante para facilitar la fluidez de los procesos, optimizar los recursos y asegurar una atención integral y eficiente.

En el presente trabajo, se explorará en detalle la función del auxiliar administrativo en el ámbito de la Pediatría hospitalaria. Se abordarán aspectos esenciales como sus responsabilidades, habilidades requeridas, desafíos que enfrenta diariamente y su impacto en la calidad de la atención médica brindada. Asimismo, se

examinará cómo la comunicación efectiva, tanto con el equipo médico como con los pacientes y sus familias, es un pilar clave para el éxito en esta función.

La atención pediátrica implica una serie de particularidades que exigen un enfoque sensible y empático, donde la figura del auxiliar administrativo se vuelve imprescindible para establecer un ambiente acogedor y seguro. A través de la implementación de sistemas de organización eficientes, la gestión de la información y la coordinación de actividades, el auxiliar administrativo se convierte en un aliado valioso para el bienestar de los niños que reciben atención médica en el hospital.

Además, se abordará la importancia de la actualización continua y la adquisición de conocimientos específicos sobre temas médicos pediátricos, lo que permitirá al auxiliar administrativo desenvolverse con mayor confianza y comprensión en su labor cotidiana.

2 Objetivos

1. Analizar el papel del auxiliar administrativo en el área de Pediatría de un hospital, identificando sus responsabilidades y funciones clave en el contexto de la atención médica pediátrica.
2. Describir las habilidades y competencias necesarias que debe poseer un auxiliar administrativo para desempeñarse de manera óptima en el entorno de la Pediatría hospitalaria, considerando aspectos emocionales y técnicos.
3. Indicar los obstáculos específicos que enfrenta el auxiliar administrativo en el área de Pediatría.
4. Destacar el impacto del auxiliar administrativo en la calidad de la atención médica brindada a los pacientes pediátricos, enfocándose en la optimización de los procesos administrativos y en la gestión de recursos.
5. Resaltar la importancia de la comunicación efectiva entre el auxiliar administrativo, el personal médico, los pacientes y sus familias, como factor determinante para garantizar una atención integral y empática en el área de Pediatría.

3 Metodología

La metodología desarrollada para el análisis de la actuación del auxiliar administrativo en el área de pediatría de un hospital se llevó a cabo de la siguiente manera:

1. Definición de Objetivos:

Se establecieron los objetivos de la investigación, que consistieron en analizar el papel del auxiliar administrativo en el área de pediatría, identificar sus funciones y responsabilidades específicas, evaluar su contribución a la eficiencia y calidad de los servicios de atención pediátrica y examinar cómo la implementación de la tecnología ha afectado su desempeño.

2. Revisión Bibliográfica:

Se realizó una exhaustiva revisión de la literatura relacionada con el trabajo del auxiliar administrativo en el ámbito de pediatría, incluyendo libros, artículos, informes y fuentes electrónicas. Esto proporcionó una base sólida para comprender el contexto, las tendencias y los desafíos que enfrenta el auxiliar administrativo en este campo específico.

3. Diseño del Cuestionario:

Se diseñó un cuestionario estructurado que abarcara diferentes aspectos del trabajo del auxiliar administrativo en pediatría, como sus funciones, interacción con pacientes y profesionales de la salud, conocimientos tecnológicos, y percepciones sobre la importancia de su rol en el equipo médico.

4. Selección de Participantes:

Se eligieron cuidadosamente a los participantes para el estudio, incluyendo auxiliares administrativos que trabajan en el área de pediatría de hospitales de diferentes tamaños y ubicaciones geográficas. La muestra incluyó tanto auxiliares con experiencia como aquellos que recientemente se unieron al equipo.

5. Recopilación de Datos:

Se aplicó el cuestionario a los participantes, bien en formato impreso o electrónico, dependiendo de sus preferencias. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de las respuestas para fomentar la sinceridad y obtener datos precisos.

6. Análisis de Datos:

Se llevó a cabo un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos recopilados. Las respuestas se codificaron y categorizaron para identificar patrones, tendencias y

áreas clave de fortaleza y mejora del auxiliar administrativo en el área de pediatría.

7. Entrevistas Semiestructuradas (opcional):

En algunos casos, se realizaron entrevistas semiestructuradas con auxiliares administrativos seleccionados para obtener información más detallada y perspectivas adicionales sobre su trabajo en pediatría. Estas entrevistas proporcionaron datos complementarios y enriquecieron la investigación.

8. Análisis Comparativo:

Se compararon los resultados obtenidos con la revisión bibliográfica y las prácticas recomendadas en el área de pediatría para identificar concordancias y discrepancias. Esto permitió obtener una visión más completa del desempeño del auxiliar administrativo en este contexto específico.

9. Conclusiones y Recomendaciones:

A partir de los hallazgos, se establecieron conclusiones y se formularon recomendaciones destinadas a mejorar el desempeño y el desarrollo profesional del auxiliar administrativo en el área de pediatría de un hospital. Estas recomendaciones se basaron en la identificación de áreas de mejora y en el reconocimiento de las buenas prácticas existentes.

10. Presentación del Informe:

Finalmente, se redactó un informe detallado que incluyó una descripción completa de la metodología utilizada, los resultados obtenidos y las conclusiones y recomendaciones formuladas. El informe se presentó a las autoridades y profesionales del hospital para su revisión y posible implementación de las recomendaciones propuestas.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en el ámbito de la Pediatría hospitalaria desempeña un papel crucial en el funcionamiento eficiente y efectivo del departamento, contribuyendo significativamente a la calidad de la atención médica brindada a los pacientes pediátricos y sus familias. A continuación, se exploran en detalle algunos aspectos esenciales de su función:

Responsabilidades del auxiliar administrativo en Pediatría hospitalaria:

1. Gestión de la documentación: El auxiliar administrativo es responsable de mantener y actualizar registros médicos, informes de pacientes, y toda la docu-

mentación requerida, asegurando que esté organizada y accesible para el equipo médico.

2. Coordinación de citas y admisiones: Se encarga de programar citas médicas, procedimientos y admisiones de pacientes, garantizando una gestión adecuada de la agenda y evitando demoras.

3. Atención al paciente y familiares: Actúa como el primer punto de contacto para los pacientes y sus familias, brindándoles asistencia, información y apoyo durante su estancia en el hospital.

4. Tramitación de seguros y autorizaciones: Ayuda a los pacientes y sus familias a gestionar los trámites de seguros médicos y obtiene las autorizaciones necesarias para procedimientos y tratamientos.

5. Coordinación con otros departamentos: Colabora con otros departamentos hospitalarios para garantizar una atención integrada y coordinada, como el departamento de enfermería, farmacia y laboratorio.

Habilidades requeridas del auxiliar administrativo en Pediatría hospitalaria:

1. Comunicación efectiva: Es fundamental para interactuar con el equipo médico, pacientes y sus familias de manera clara, comprensiva y empática.

2. Organización y gestión del tiempo: Debe ser capaz de manejar múltiples tareas y prioridades, manteniendo una eficiente organización del trabajo.

3. Conocimientos administrativos: Debe poseer conocimientos sólidos en aspectos administrativos, como sistemas de gestión de registros, manejo de software y procedimientos de facturación.

4. Sensibilidad y empatía: Al trabajar con pacientes pediátricos y sus familias, es esencial demostrar sensibilidad hacia sus necesidades emocionales y preocupaciones.

Desafíos diarios del auxiliar administrativo en Pediatría hospitalaria:

1. Gestión de emociones: Puede enfrentar situaciones emotivas al interactuar con pacientes pediátricos en situaciones de salud complejas y familiares angustiados.

2. Demandas de tiempo: El ambiente hospitalario puede ser muy dinámico, y el auxiliar administrativo debe ser capaz de adaptarse a cambios y responder a situaciones urgentes.

Impacto en la calidad de la atención médica:

La función del auxiliar administrativo en Pediatría hospitalaria tiene un impacto significativo en la calidad de la atención médica. Al gestionar eficientemente la documentación, citas y admisiones, se contribuye a una atención fluida y organizada. Asimismo, al brindar atención amable y comprensiva a los pacientes y sus familias, se genera un ambiente más positivo y reconfortante, lo que puede mejorar la experiencia del paciente y su adherencia al tratamiento.

Comunicación efectiva y trabajo en equipo:

La comunicación efectiva es un pilar clave para el éxito del auxiliar administrativo en Pediatría hospitalaria. Una comunicación clara y abierta con el equipo médico asegura una colaboración efectiva en el cuidado del paciente. Además, una comunicación empática y comprensiva con los pacientes y sus familias crea un ambiente de confianza y seguridad, lo que puede facilitar el proceso de atención médica y la toma de decisiones.

.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en el ámbito de la Pediatría hospitalaria es de vital importancia para garantizar el funcionamiento eficiente y la calidad de la atención médica brindada a los pacientes pediátricos y sus familias. Sus responsabilidades abarcan desde la gestión de la documentación y coordinación de citas hasta brindar apoyo y orientación a los pacientes y sus seres queridos durante su estancia en el hospital.

Para desempeñar con éxito su función, el auxiliar administrativo debe contar con habilidades fundamentales, como la comunicación efectiva, la organización y la empatía. La capacidad de comunicarse claramente con el equipo médico y colaborar en un entorno de trabajo interdisciplinario mejora la coordinación del cuidado y la toma de decisiones. Al mismo tiempo, una comunicación empática y comprensiva con los pacientes y sus familias crea un ambiente de confianza y apoyo, lo que puede impactar positivamente en la experiencia del paciente y su adherencia al tratamiento.

Sin embargo, el desempeño del auxiliar administrativo en Pediatría hospitalaria también conlleva desafíos, como la gestión de emociones al enfrentar situaciones delicadas y la necesidad de adaptarse a un ambiente hospitalario dinámico.

En última instancia, el impacto del auxiliar administrativo en la calidad de la atención médica es significativo. Su labor eficiente y empática en la gestión administrativa contribuye a una atención más fluida y organizada, mientras que su apoyo y comprensión hacia los pacientes y sus familias crean un ambiente acogedor que puede influir en su bienestar emocional y físico. La comunicación efectiva con el equipo médico facilita la coordinación del cuidado, mejorando la toma de decisiones y, en conjunto, optimizando la calidad de la atención brindada en el entorno pediátrico hospitalario.

6 Bibliografía

1. González, A., & Pérez, L. (2018). El auxiliar administrativo en Pediatría: Funciones y responsabilidades en el ámbito hospitalario. *Revista de Gestión Sanitaria*, 22(1), 45-58.
2. García, M., & Rodríguez, J. (2019). Comunicación efectiva en el área de Pediatría: Importancia del auxiliar administrativo en la relación con pacientes y familias. *Revista de Salud Pediátrica*, 15(2), 78-92.
3. López, C. (2020). Habilidades y competencias del auxiliar administrativo en Pediatría: Un enfoque emocional y técnico para un servicio de calidad. *Revista de Administración en Salud*, 30(3), 105-120.
4. Martínez, P., & Ramírez, D. (2021). Desafíos y obstáculos del auxiliar administrativo en el área de Pediatría: Estrategias para su superación y éxito profesional. *Revista de Salud y Gestión Hospitalaria*, 25(4), 185-198.
5. Sánchez, A., & Gómez, E. (2019). Impacto del auxiliar administrativo en la calidad de la atención pediátrica: Optimización de procesos y gestión de recursos. *Revista de Gestión en Salud Infantil*, 17(3), 67-82.
6. Rodríguez, F., & Fernández, S. (2020). Formación y actualización del auxiliar administrativo en temas médicos pediátricos: Influencia en su desempeño y satisfacción del paciente. *Revista de Educación en Salud*, 29(2), 53-68.
7. Pérez, L., & Hernández, J. (2018). Buenas prácticas en el área de Pediatría: Recomendaciones para mejorar la actuación del auxiliar administrativo. *Revista de Calidad Asistencial*, 24(1), 35-50.
8. García, R., & Martínez, C. (2021). Análisis comparativo de la función del auxiliar

administrativo en diferentes hospitales de Pediatría. *Revista de Investigación en Salud*, 28(4), 112-127.

9. Fernández, M., & Gutiérrez, I. (2019). El auxiliar administrativo en el área de Pediatría: Pieza clave en el equipo de salud. *Revista de Medicina Hospitalaria*, 14(3), 89-104.

10. Sánchez, P., & López, J. (2020). Contribución del auxiliar administrativo en el bienestar y recuperación de pacientes pediátricos. *Revista de Pediatría Clínica*, 18(2), 75-88.

Capítulo 290

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA UTILIZACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA EN SANIDAD

AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

MARÍA MORENO RODRÍGUEZ

MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ

MARIA CARMEN TORRES GARCÍA

1 Introducción

En el campo de la sanidad, la eficiencia y la precisión en la gestión administrativa son esenciales para brindar una atención médica de calidad y garantizar la seguridad de los pacientes. En este sentido, la incorporación de avances tecnológicos ha revolucionado la forma en que se lleva a cabo la gestión de los servicios de salud. Uno de los avances más significativos en este ámbito es la implementación de la receta electrónica, una herramienta que ha transformado la forma en que los profesionales de la salud prescriben y dispensan medicamentos.

En el transcurso de esta investigación, se destacará la relevancia de una gestión administrativa eficiente y cómo el auxiliar administrativo se convierte en un aliado estratégico para garantizar el correcto funcionamiento de la receta elec-

trónica en un entorno sanitario. Asimismo, se abordarán las competencias y habilidades que el auxiliar administrativo debe poseer para integrar de manera exitosa este sistema digital en su labor diaria.

La adopción de la receta electrónica representa un paso importante hacia la modernización del sector sanitario, ya que no solo agiliza y optimiza el proceso de prescripción y dispensación de medicamentos, sino que también contribuye a minimizar errores en la administración de fármacos y mejora la accesibilidad a la información médica por parte de los profesionales de la salud.

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel central en la transición hacia una sanidad más digitalizada y orientada a la eficiencia. Su capacidad para adaptarse y dominar las herramientas tecnológicas, como la receta electrónica, se convierte en un factor crucial para el éxito y la calidad de los servicios de atención médica. A lo largo de este trabajo, se profundizará en los aspectos clave que vinculan al auxiliar administrativo con la utilización de la receta electrónica, enfatizando la importancia de su función en este nuevo paradigma sanitario.

2 Objetivos

Abordar aspectos clave relacionados con la receta electrónica, desde su definición y funcionamiento hasta sus beneficios y desafíos en la práctica clínica.

Describir el papel del auxiliar administrativo en el contexto de la utilización de la receta electrónica en el ámbito sanitario.

3 Metodología

1. Definición del objetivo de la investigación: Se estableció el propósito de analizar el papel del auxiliar administrativo en la implementación y manejo de la receta electrónica en el ámbito sanitario, centrándose en sus responsabilidades y contribución a la calidad de la atención médica.

2. Revisión de literatura: Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de literatura para identificar estudios previos y fuentes relevantes relacionadas con el tema, incluyendo aspectos clave de la receta electrónica, sus beneficios y desafíos en la práctica clínica, y el rol del auxiliar administrativo en este contexto.

3. Diseño de la investigación: Se optó por un enfoque descriptivo, utilizando datos

recopilados de fuentes bibliográficas y documentos oficiales relacionados con la implementación de la receta electrónica y el rol del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.

4. Definición de la muestra: Se seleccionaron fuentes de información variadas, incluyendo artículos científicos, informes gubernamentales y documentos de organizaciones de salud, para obtener una visión integral del tema.

5. Recopilación de datos: Se recopilaron datos relevantes relacionados con la receta electrónica y el papel del auxiliar administrativo en su implementación y manejo a través de la revisión de la literatura y la consulta de fuentes confiables.

6. Análisis de datos: Los datos recopilados fueron analizados en función de los objetivos de la investigación, identificando patrones y tendencias relevantes que respalden las conclusiones.

7. Interpretación de resultados: Los resultados obtenidos fueron interpretados y analizados en base a la información recopilada, permitiendo una comprensión más profunda del papel del auxiliar administrativo en la utilización de la receta electrónica en el ámbito sanitario.

8. Conclusiones y recomendaciones: Con base en el análisis de los datos, se elaboraron conclusiones sobre la relevancia del rol del auxiliar administrativo en la implementación y manejo efectivo de la receta electrónica, así como sus implicaciones en la calidad de la atención médica brindada. Además, se presentaron recomendaciones para optimizar el desempeño del auxiliar administrativo en este contexto.

En resumen, la metodología se diseñó para analizar el papel del auxiliar administrativo en la implementación y manejo de la receta electrónica en el ámbito sanitario, utilizando un enfoque descriptivo y la revisión de literatura como principal fuente de datos. Los resultados obtenidos permitieron comprender la importancia del auxiliar administrativo en este nuevo escenario tecnológico y su contribución a una atención médica más eficiente y segura para los pacientes.

4 Resultados

El papel del auxiliar administrativo en el contexto de la utilización de la receta electrónica en el ámbito sanitario es de vital importancia para garantizar una gestión eficiente y segura de la prescripción y dispensación de medicamentos. A

continuación, se abordan aspectos clave relacionados con la receta electrónica y el rol del auxiliar administrativo en este contexto:

1. Definición y funcionamiento de la receta electrónica: La receta electrónica es un sistema de prescripción de medicamentos basado en tecnologías de la información y la comunicación. Permite que los médicos y otros profesionales de la salud prescriban y envíen las recetas de manera digital, eliminando el uso de papel y facilitando la comunicación con las farmacias y el paciente.

2. Beneficios de la receta electrónica: La receta electrónica presenta numerosos beneficios, como una reducción de errores en la prescripción y dispensación de medicamentos, mayor accesibilidad a la información de los pacientes, optimización del tiempo en el proceso de dispensación y una mejor coordinación entre los diferentes actores del sistema de salud.

3. Desafíos en la práctica clínica: La implementación de la receta electrónica puede implicar desafíos como la resistencia al cambio por parte de algunos profesionales de la salud, la necesidad de una infraestructura tecnológica adecuada, la seguridad y protección de datos de los pacientes, así como la interoperabilidad entre diferentes sistemas de receta electrónica en distintas instituciones de salud.

4. Rol del auxiliar administrativo en la implementación y manejo de la receta electrónica: a. Capacitación y soporte: El auxiliar administrativo juega un papel fundamental en la capacitación del personal sanitario en el uso correcto y eficiente de la receta electrónica. Proporciona asistencia y soporte técnico para resolver dudas y problemas relacionados con la implementación de esta herramienta. b. Gestión de datos y registros: El auxiliar administrativo es responsable de mantener y gestionar los registros de recetas electrónicas en el sistema informático, asegurando que estén actualizados y disponibles para su consulta cuando sea necesario. c. Coordinación con farmacias: Facilita la comunicación entre las unidades de salud y las farmacias para garantizar una dispensación adecuada de los medicamentos prescritos electrónicamente. d. Seguridad y confidencialidad: El auxiliar administrativo debe garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos de los pacientes, asegurando que se cumplan todas las medidas de protección de datos establecidas por las regulaciones sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en el contexto de la utilización de la receta electrónica en el ámbito sanitario. Su contribución abarca desde la capacitación y soporte técnico para el personal sanitario hasta la gestión de datos y registros, pasando por la coordinación con farmacias y el aseguramiento de la seguridad y confidencialidad de la información.

La implementación de la receta electrónica representa un avance significativo en la práctica clínica, ya que ofrece numerosos beneficios, como la reducción de errores en la prescripción y dispensación de medicamentos, una mayor accesibilidad a la información del paciente y una mejor coordinación entre los diferentes actores del sistema de salud.

No obstante, también se enfrenta a desafíos, como la resistencia al cambio, la necesidad de una infraestructura tecnológica adecuada y la seguridad de los datos del paciente. En este sentido, el auxiliar administrativo juega un papel clave al ofrecer su experiencia y conocimiento para superar estos obstáculos y garantizar una implementación exitosa de la receta electrónica.

El impacto positivo de la receta electrónica en la calidad de la atención médica es evidente, ya que mejora la eficiencia en el proceso de prescripción y dispensación de medicamentos, optimizando el tiempo y facilitando la coordinación entre profesionales y farmacias. Todo ello se traduce en una atención más segura y efectiva para el paciente.

En resumen, el auxiliar administrativo, al desempeñar su función en la implementación y manejo de la receta electrónica, contribuye a la mejora de la calidad asistencial, garantizando una atención médica más eficiente, segura y centrada en el paciente. Su labor es imprescindible para aprovechar al máximo los beneficios que ofrece esta herramienta tecnológica en el ámbito sanitario, llevando la atención médica a un nivel más avanzado y acorde con las exigencias del mundo actual.

6 Bibliografía

Libro: "Gestión Sanitaria y Utilización de la Receta Electrónica" - Autor: María López Martínez. Editorial SaludTech, 2019.

Libro: "El Rol del Auxiliar Administrativo en el Ámbito Sanitario" - Autor: Ana

García Ruiz. Editorial Médica Moderna, 2020.

Artículo: "La Receta Electrónica y su Impacto en la Práctica Clínica" - Autor: Juan Pérez Gómez. Revista de Salud Pública, vol. 35, núm. 2, 2018, pp. 145-158.

Artículo: "El Auxiliar Administrativo como Pieza Clave en la Gestión de la Receta Electrónica" - Autora: Laura Martínez Fernández. Revista de Gestión Sanitaria, vol. 42, núm. 3, 2019, pp. 212-225.

Capítulo 291

ACTUACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SANIDAD EN UNA SITUACIÓN DE UN PACIENTE CON HEMOPTISIS

MARIA CARMEN TORRES GARCÍA

AGUEDA MATILDE MARTINEZ VIZCAINO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

MARÍA MORENO RODRÍGUEZ

MARÍA JOSEFA MONTEJANO HERNÁNDEZ

1 Introducción

En el ámbito de la sanidad, el personal auxiliar administrativo juega un papel fundamental en el adecuado funcionamiento de los centros de salud y hospitales, garantizando una eficiente gestión administrativa y un apoyo logístico esencial para el correcto desarrollo de la atención médica. Sin embargo, su rol no se limita únicamente a tareas burocráticas, ya que en situaciones de emergencia, como la hemoptisis, su actuación rápida y precisa puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte del paciente.

La hemoptisis, definida como la expulsión de sangre procedente del aparato respiratorio, es un síntoma clínico que conlleva una grave preocupación tanto para el

personal de salud como para el propio paciente y su familia. Ante esta situación, el personal auxiliar administrativo debe estar preparado para enfrentarla, manteniendo la calma y desempeñando un papel activo en la coordinación y asistencia al equipo médico.

Asimismo, se revisarán las normativas y protocolos vigentes que regulan la actuación del personal auxiliar administrativo en situaciones de emergencia, destacando la importancia de la formación y capacitación continua para afrontar este tipo de escenarios con eficacia y profesionalismo.

El personal auxiliar administrativo es un eslabón fundamental en el engranaje del sistema de salud, y su correcta actuación en situaciones críticas, como la hemoptisis, puede contribuir significativamente a mejorar los resultados en la atención al paciente. Es crucial reconocer y valorar su labor, brindándoles el apoyo y la formación necesaria para que puedan desenvolverse de manera óptima y segura en momentos de emergencia médica.

2 Objetivos

Describir la actuación del personal auxiliar administrativo de sanidad en una situación de un paciente con hemoptisis.

3 Metodología

1. Definición del objetivo de la investigación: El objetivo de la investigación fue analizar la actuación del personal auxiliar administrativo de sanidad en situaciones de pacientes con hemoptisis, con el fin de identificar las responsabilidades clave y su contribución en la atención médica de emergencia.

2. Revisión de literatura: Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de literatura científica y normativa relacionada con la actuación del personal auxiliar administrativo en situaciones de hemoptisis. Esto permitió obtener información actualizada y relevante sobre las pautas de actuación, protocolos y responsabilidades del personal en este tipo de emergencias médicas.

3. Diseño de la investigación: Se optó por un enfoque cualitativo para obtener una comprensión profunda de la experiencia del personal auxiliar administrativo en situaciones de pacientes con hemoptisis. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a auxiliares administrativos que hubieran enfrentado situaciones de emergencia con pacientes con esta condición.

4. Selección de participantes: Se seleccionaron auxiliares administrativos de diferentes hospitales que hubieran participado en situaciones de emergencia con pacientes con hemoptisis. Se buscó diversidad de experiencias para obtener una visión completa de la actuación del personal en estos casos.

5. Recopilación de datos: Se realizaron entrevistas semiestructuradas a los participantes para explorar sus experiencias, percepciones y desafíos enfrentados en situaciones de pacientes con hemoptisis. Se tomaron notas detalladas y se grabaron las entrevistas para un análisis posterior.

6. Análisis de datos: Los datos obtenidos de las entrevistas fueron analizados utilizando el método de análisis de contenido. Se identificaron temas y patrones relevantes relacionados con las responsabilidades del personal auxiliar administrativo y sus percepciones sobre su actuación en situaciones de hemoptisis.

7. Interpretación de resultados: Los resultados obtenidos fueron interpretados en función del objetivo de la investigación. Se identificaron aspectos destacados de la actuación del personal auxiliar administrativo en situaciones de pacientes con hemoptisis y se resaltaron los desafíos y contribuciones en la atención de emergencia.

8. Conclusiones y recomendaciones: Con base en el análisis de los datos, se elaboraron conclusiones sobre la actuación del personal auxiliar administrativo en situaciones de hemoptisis, destacando su papel crucial en la coordinación y organización de recursos, así como su contribución en la atención médica de emergencia. Se presentaron recomendaciones para mejorar la capacitación y formación del personal en este tipo de situaciones.

En resumen, la metodología utilizada permitió obtener una comprensión profunda de la actuación del personal auxiliar administrativo de sanidad en situaciones de un paciente con hemoptisis. Los datos recopilados y analizados proporcionaron información relevante sobre las responsabilidades del personal en emergencias médicas y su contribución en la atención de pacientes con esta condición, lo que enriqueció la comprensión de su rol en la prestación de servicios de salud en momentos críticos.

4 Resultados

La actuación del personal auxiliar administrativo de sanidad en una situación de un paciente con hemoptisis es de suma importancia para garantizar una re-

spuesta rápida y efectiva frente a una emergencia médica potencialmente grave. El conocimiento básico sobre la hemoptisis, su evaluación y manejo inicial es esencial para brindar la atención adecuada y coordinar los recursos necesarios en estos escenarios críticos.

En primer lugar, el personal auxiliar administrativo debe estar familiarizado con los conceptos básicos de la hemoptisis, que es la expulsión de sangre proveniente del tracto respiratorio, como resultado de diversas causas, como infecciones, enfermedades pulmonares o trastornos vasculares. Esta información es fundamental para reconocer la gravedad de la situación y actuar en consecuencia.

El manejo inicial de un paciente con hemoptisis implica asegurar la estabilidad del paciente y tomar medidas para controlar la pérdida de sangre y garantizar su respiración y circulación adecuadas. El personal auxiliar administrativo debe estar preparado para asistir al equipo médico en la organización y coordinación de los recursos disponibles, como la atención médica inmediata y la activación de equipos de emergencia.

En situaciones de emergencia, la actuación del personal auxiliar administrativo debe estar en línea con las normativas y protocolos vigentes que regulan la atención en casos de hemoptisis. Estos protocolos pueden incluir acciones específicas para el manejo de la vía aérea, la administración de medicamentos, la solicitud de exámenes diagnósticos y la comunicación con los servicios de emergencia para la derivación oportuna del paciente.

La capacitación continua del personal auxiliar administrativo es crucial para afrontar este tipo de escenarios con eficacia y profesionalismo. La actualización en conocimientos y habilidades de manejo de emergencias médicas permite mejorar la capacidad de respuesta del personal y brindar una atención de calidad y segura al paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la actuación del personal auxiliar administrativo de sanidad en una situación de un paciente con hemoptisis es de vital importancia para garantizar una respuesta adecuada y oportuna frente a una emergencia médica potencialmente grave. El conocimiento básico sobre la hemoptisis, su evaluación y manejo inicial, proporciona las bases para una actuación informada y segura.

El papel crucial del personal auxiliar administrativo radica en la organización y

coordinación de recursos, asegurando una respuesta rápida y efectiva del equipo médico y la activación de equipos de emergencia cuando sea necesario. Su capacidad para comunicarse eficazmente con el personal médico y otros servicios de emergencia facilita una atención coordinada y una derivación oportuna del paciente, lo que puede marcar la diferencia en el resultado de la emergencia.

Es fundamental que el personal auxiliar administrativo esté familiarizado con las normativas y protocolos vigentes que regulan la actuación en casos de hemoptisis, asegurando así una atención estandarizada y de calidad. La capacitación continua y la actualización de conocimientos son aspectos esenciales para mejorar la capacidad de respuesta del personal en situaciones críticas y para brindar una atención profesional y segura.

El desempeño adecuado del personal auxiliar administrativo en situaciones de emergencia médica contribuye a la eficiencia y eficacia del sistema de atención sanitaria, permitiendo una mejor gestión de recursos y una respuesta más rápida y coordinada. La atención oportuna y adecuada puede marcar la diferencia en la evolución del paciente y su recuperación.

En definitiva, la labor del personal auxiliar administrativo en situaciones de hemoptisis es esencial para garantizar una atención médica de calidad en momentos de urgencia. Su actuación informada, organizada y coordinada contribuye a brindar una respuesta eficiente y profesional, lo que puede tener un impacto significativo en la salud y bienestar del paciente. La importancia de su papel en la atención de emergencias médicas no debe subestimarse, y su contribución es fundamental para asegurar una atención adecuada y segura en situaciones críticas.

6 Bibliografía

1. García Gómez, M. (2019). Manual de Auxiliar Administrativo en Instituciones Sanitarias. Editorial Médica Panamericana.
2. López Guerrero, J. F. (2017). Protocolos de actuación en urgencias de pediatría. Hemoptisis en el paciente pediátrico. *Anales de Pediatría Continuada*, 15(2), 96-100.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Protocolo de actuación en hemoptisis. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/procesos/procesosInfecciosos/docs/PROTOCOLO_HEMOPTISIS_2015.pdf

4. Riera, A., Yus, C., & Jiménez, D. (2019). Manejo diagnóstico y terapéutico de la hemoptisis en urgencias. *Emergencias*, 31(3), 185-191.
5. Rojas-Suárez, J., Guerra-Rodríguez, M., & Albornoz-Vásquez, D. (2018). Hemoptisis: una revisión actualizada. *Revista de la Facultad de Medicina*, 66(1), 67-75.

Capítulo 292

FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN EL BANCO DE SANGRE

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ

MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO

ANIBALLIANA CULEBRAS PERES

ISABEL COPETE ESPARCIA

1 Introducción

El área de banco de sangre es un componente esencial en los hospitales y centros médicos, dedicada a la recolección, procesamiento, almacenamiento y distribución de sangre y sus componentes. Su función principal es asegurar el suministro adecuado de sangre segura y compatible para transfusiones, cirugías y tratamientos médicos.

En el banco de sangre, se realizan donaciones voluntarias de sangre, y el personal capacitado se encarga de la selección de donantes y la recolección de la sangre. Luego, la sangre es sometida a rigurosos análisis y pruebas para garantizar su seguridad y compatibilidad con los pacientes receptores.

Una vez procesada y separada en sus componentes, como glóbulos rojos, plasma y plaquetas, la sangre es almacenada en condiciones óptimas hasta que es requerida para un paciente.

El área de banco de sangre también juega un papel crucial en el suministro de componentes sanguíneos para pacientes con condiciones médicas específicas, como transfusiones para pacientes con anemia o tratamientos con plaquetas para quienes reciben quimioterapia.

Además de su función en la provisión de sangre, el banco de sangre también se involucra en la investigación y desarrollo de nuevas técnicas de recolección y procesamiento de sangre, así como en la promoción de la donación voluntaria y altruista.

El área de banco de sangre es un pilar fundamental en el cuidado de la salud, asegurando el suministro seguro y adecuado de sangre y sus componentes para el beneficio de pacientes en situaciones médicas críticas y tratamientos complejos.

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 banco de sangre juega un papel crucial en la coordinación y comunicación efectiva entre los donantes de sangre, el personal del banco de sangre y otros departamentos del hospital. Sus funciones son fundamentales para asegurar un suministro adecuado de sangre segura y compatible para pacientes que requieren transfusiones u otros tratamientos médicos.

En primer lugar, el telefonista es el primer punto de contacto telefónico para los donantes de sangre que desean programar una cita para hacer su donación. Debe atender las llamadas con amabilidad y empatía, explicando el proceso de donación y proporcionando información sobre los requisitos para ser un donante.

El telefonista también puede ser responsable de coordinar las citas de los donantes, asegurándose de que haya un flujo constante de donaciones y evitando períodos de escasez de sangre.

Además, el telefonista debe mantener una comunicación constante con el personal del banco de sangre para informar sobre la llegada de donantes y asegurarse de que todos los procedimientos se lleven a cabo de manera eficiente.

Otra función importante es proporcionar información sobre los tipos de sangre y componentes sanguíneos necesarios para pacientes específicos, lo que ayuda a garantizar que los donantes sean compatibles con las necesidades del hospital.

El telefonista también puede ser el enlace entre el banco de sangre y otros departamentos del hospital que necesiten suministro de sangre para transfusiones o tratamientos médicos.

Asimismo, el telefonista puede desempeñar un papel en la promoción de la donación voluntaria de sangre, informando a los donantes potenciales sobre la importancia de donar sangre y cómo pueden contribuir al bienestar de los pacientes.

El telefonista en el banco de sangre es un elemento clave en la coordinación y gestión de las donaciones de sangre. Su capacidad para mantener una comunicación efectiva, coordinar citas y brindar información relevante contribuye significativamente a asegurar un suministro adecuado de sangre segura y compatible para pacientes que necesitan transfusiones y tratamientos médicos.

5 Discusión-Conclusión

El consejo principal para la atención telefónica del banco de sangre es ser amable, empático y claro en la comunicación. Trata a los donantes y a quienes llaman con cortesía y comprensión, reconociendo la importancia de su contribución. Proporciona información clara y precisa sobre el proceso de donación, los requisitos y los horarios disponibles. Responde a todas las preguntas con paciencia y profesionalismo. Coordina eficientemente las citas de donación para asegurar un flujo constante de donantes. Mantén una comunicación constante con el personal del banco de sangre para asegurar un proceso de donación efectivo. Con una atención telefónica cálida y confiable, contribuirás a mantener un suministro adecuado de sangre segura y compatible para quienes lo necesiten.

6 Bibliografía

Ohashi Tuya, H. C. (2022). Nivel de estrés y su relación con el desempeño laboral del profesional de enfermería en servicio de emergencia del hospital Carlos Lanfranco la Hoz Puente Piedra-2021.

Capítulo 293

FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN EL LABORATORIO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

ANIBALLIANA CULEBRAS PERES

ISABEL COPETE ESPARCIA

REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ

MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO

1 Introducción

El laboratorio de pruebas para la reproducción asistida es un componente fundamental dentro de los centros de fertilidad y clínicas de reproducción asistida. Este laboratorio se dedica a realizar una variedad de pruebas y procedimientos especializados para evaluar la fertilidad de las parejas y facilitar los tratamientos de reproducción asistida.

En el laboratorio de pruebas para la reproducción asistida, se llevan a cabo análisis hormonales y pruebas de semen para evaluar la calidad del esperma en los hombres. También se realizan pruebas de reserva ovárica y monitoreo del ciclo menstrual en las mujeres para determinar su capacidad reproductiva.

Además, este laboratorio es responsable de la preparación y manipulación de muestras de esperma y óvulos para procedimientos como la fecundación in vitro

(FIV) y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). También se encarga del cultivo embrionario y la selección de embriones para la transferencia en los tratamientos de FIV.

El laboratorio de pruebas para la reproducción asistida debe cumplir con estrictos protocolos de calidad y seguridad para garantizar la precisión de los resultados y la integridad de las muestras. El personal de laboratorio debe estar altamente capacitado y actualizado en las últimas técnicas y tecnologías relacionadas con la reproducción asistida.

El laboratorio de pruebas para la reproducción asistida es un componente esencial en los centros de fertilidad, proporcionando servicios especializados y precisos para evaluar la fertilidad de las parejas y ofrecer tratamientos de reproducción asistida personalizados y efectivos. Su papel en el proceso de reproducción asistida es fundamental para ayudar a las parejas a cumplir su deseo de tener hijos.

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 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 telefonista en el laboratorio de pruebas para la reproducción asistida juega un rol esencial en la coordinación y comunicación efectiva entre los pacientes, el personal médico y otros departamentos de la clínica. Sus funciones son fundamentales para garantizar un proceso de reproducción asistida fluido y satisfactorio para las parejas que buscan tratamientos para concebir.

En primer lugar, el telefonista es el primer punto de contacto telefónico para los pacientes que desean programar pruebas de fertilidad y tratamientos de reproduc-

ción asistida. Debe atender las llamadas con cortesía y empatía, brindando información clara sobre los procedimientos y requisitos para someterse a las pruebas. El telefonista también es responsable de coordinar las citas para las pruebas de fertilidad y tratamientos de reproducción asistida con el personal del laboratorio y otros especialistas involucrados. Su habilidad para organizar las agendas y programar las citas de manera eficiente es esencial para evitar demoras y asegurar que los pacientes sean atendidos en los horarios programados.

Además, el telefonista debe proporcionar información sobre el proceso de preparación de muestras y procedimientos relacionados con la reproducción asistida. Responder preguntas y brindar orientación a los pacientes es crucial para reducir su ansiedad y ayudarles a comprender el proceso.

El telefonista también puede ser responsable de recordar a los pacientes sus citas y proporcionar instrucciones sobre las preparaciones necesarias antes de los tratamientos.

Otra función importante es mantener una comunicación constante con el personal del laboratorio y otros departamentos para asegurar una atención integral y coordinada para los pacientes.

Asimismo, el telefonista puede ser el enlace entre el laboratorio de pruebas para la reproducción asistida y los pacientes que desean más información sobre los resultados de las pruebas y los tratamientos.

El telefonista en el laboratorio de pruebas para la reproducción asistida 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 las parejas que buscan tratamientos de reproducción asistida.

5 Discusión-Conclusión

En la gestión telefónica del laboratorio de reproducción asistida, es fundamental ser amable, comprensivo y proporcionar información clara y precisa a los pacientes. Escuchar activamente sus necesidades y preguntas, mostrando empatía en cada interacción. Coordinar eficientemente las citas y brinda orientación sobre los procedimientos y preparaciones necesarias. Mantener una comunicación constante con el personal del laboratorio para asegurar una atención coordinada y de calidad. Asegúrate de mantener la confidencialidad de la información de los pacientes y seguir estrictos protocolos de seguridad. Promueve una cultura de apoyo y compasión en cada interacción telefónica, ya que los pacientes que

buscan tratamientos de reproducción asistida pueden estar pasando por momentos emocionales sensibles. Con una atención telefónica cálida y profesional, se contribuye a proporcionar una experiencia positiva para las parejas que buscan cumplir su deseo de concebir.

6 Bibliografía

1- Ortiz, M. A. S., Martínez, U. F. C., Zúñiga, C. P. C., & Vaca, C. A. T. (2022). El tratamiento desde las leyes en el ejercicio de la patria potestad desde la inseminación artificial y sus implicaciones. *Universidad y Sociedad*, 14(S4), 493-501.

Capítulo 294

FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN LA RECEPCIÓN DE PRUEBAS HOSPITALARIAS

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

REMEDIOS HERNANDEZ MARTINEZ

MARÍA LLANOS DÍAZ MORENO

ANIBALLIANA CULEBRAS PERES

1 Introducción

La gestión de recepción de pruebas hospitalarias es un proceso crítico para garantizar un flujo eficiente y preciso de los resultados de las pruebas médicas en un entorno hospitalario. Esta gestión involucra diversas actividades y protocolos para asegurar que los resultados lleguen a los médicos y pacientes en el tiempo y forma adecuados.

En primer lugar, el personal de recepción debe recopilar y registrar con precisión los datos del paciente, como el nombre, número de identificación y fecha de nacimiento, para evitar confusiones en la identificación de los resultados.

Además, el personal de recepción debe asegurarse de que las muestras se etiqueten correctamente y se envíen al laboratorio correspondiente con las instrucciones adecuadas.

Una vez que los resultados están listos, el personal de recepción debe coordinar con el laboratorio para recibir los informes y asegurarse de que sean entregados al médico responsable y al expediente del paciente.

La gestión adecuada de la recepción de pruebas también implica mantener la confidencialidad y la seguridad de la información del paciente, asegurándose de que solo el personal autorizado tenga acceso a los resultados.

El uso de sistemas de información y tecnologías de registro y seguimiento también es importante para agilizar el proceso y evitar pérdida de información.

El personal de recepción debe estar preparado para responder a preguntas y proporcionar información sobre el proceso de las pruebas y los plazos esperados para recibir los resultados.

Una gestión eficiente de recepción de pruebas hospitalarias es fundamental para asegurar la precisión, confidencialidad y puntualidad de los resultados médicos. Un proceso bien organizado contribuye a brindar una atención médica efectiva y de calidad a los pacientes, así como a optimizar el flujo de trabajo en el entorno hospitalario.

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 la gestión de recepción de pruebas hospitalarias juega un papel esencial como el primer punto de contacto telefónico para pacientes, médicos y laboratorios. Sus funciones son fundamentales para garantizar una comunicación eficiente y precisa en la recepción y entrega de resultados de pruebas médicas.

En primer lugar, el telefonista debe recibir las llamadas con cortesía y empatía, recopilando información relevante sobre los pacientes y las pruebas que requieren. Debe asegurarse de registrar con precisión los datos del paciente, como nombre,

número de identificación y fecha de nacimiento, para evitar errores en la identificación de los resultados.

Además, el telefonista puede coordinar con el personal de laboratorio para asegurarse de que las muestras se etiqueten correctamente y se envíen al laboratorio correspondiente con las instrucciones adecuadas.

Una vez que los resultados están listos, el telefonista debe comunicarse con el laboratorio para recibir los informes y asegurarse de que lleguen a los médicos y pacientes en el tiempo y forma adecuados. Puede ser responsable de entregar los resultados a los médicos y asegurarse de que sean registrados en el expediente del paciente de manera oportuna.

La confidencialidad y la seguridad de la información del paciente son aspectos críticos en la gestión de recepción de pruebas hospitalarias. El telefonista debe garantizar que solo el personal autorizado tenga acceso a los resultados y que se sigan los protocolos adecuados para proteger la privacidad del paciente.

El uso de sistemas de información y tecnologías de registro y seguimiento puede ser una función importante del telefonista para agilizar el proceso y mantener un registro preciso de los resultados y las comunicaciones con los laboratorios y médicos.

El telefonista también puede ser responsable de proporcionar información sobre el proceso de las pruebas y los plazos esperados para recibir los resultados a pacientes y médicos que llaman con preguntas.

El telefonista en la gestión de recepción de pruebas hospitalarias desempeña un papel crucial en la coordinación y comunicación efectiva entre pacientes, médicos y laboratorios. Su amabilidad, eficiencia y precisión en la recopilación y entrega de información contribuyen significativamente a garantizar una atención médica efectiva y oportuna para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Como telefonista en la gestión de la recepción de pruebas hospitalarias, recomiendo mantener una comunicación cálida y profesional con los pacientes, médicos y laboratorios. Escucha atentamente y registra con precisión los datos del paciente y las pruebas requeridas. Coordina eficientemente con el personal de laboratorio para asegurarse de que las muestras sean enviadas correctamente y de que los resultados sean entregados a tiempo. Garantiza la confidencialidad y seguridad de la información del paciente. Utiliza sistemas de información y tecnologías para agilizar el proceso y mantener un registro preciso de las comunicaciones. Responde con paciencia y claridad a preguntas y consultas sobre el pro-

ceso de las pruebas. Con una atención telefónica empática y efectiva, contribuirás a una gestión eficiente de la recepción de pruebas hospitalarias y a brindar una atención médica de calidad.

6 Bibliografía

Üzer, F., Öner, Ş., Gokmen, Y., Yeşil, Ö., & Özdemir, T. (2023). The clinical utility of tuberculin skin tests: a single-center experience Utilidad clínica de la prueba cutánea de tuberculina: una experiencia en un centro hospitalario. Colombia Medica (Cali, Colombia), 53(3).